

Ministério da Saúde

Profissionalização de
Auxiliares de **E**nfermagem

Cadernos do Aluno



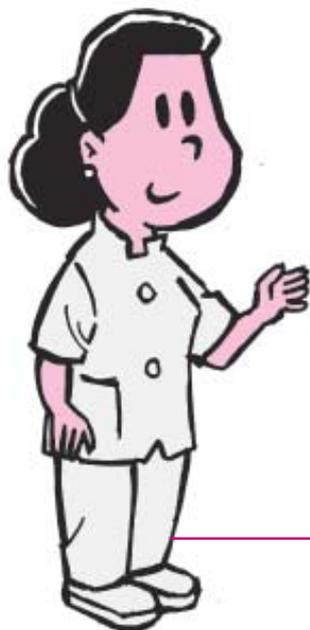
**INSTRUMENTALIZANDO
A AÇÃO PROFISSIONAL**

2

Brasília - DF

*P*rofissionalização de *A*uxiliares de *E*nfermagem

Cadernos do Aluno



INSTRUMENTALIZANDO
A AÇÃO PROFISSIONAL

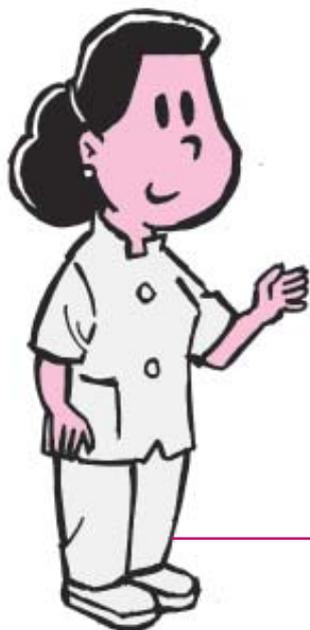


*Ministério da Saúde
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Departamento de Gestão da Educação na Saúde
Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem*

*P*rofissionalização de *A*uxiliares de *E*nfermagem

Cadernos do Aluno

Série F. Comunicação e Educação em Saúde
2ª Edição Revista
1ª Reimpressão



INSTRUMENTALIZANDO
A AÇÃO PROFISSIONAL



Brasília - DF
2003

© 2001. Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte.

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

Tiragem: 2.^a edição revista - 1.^a reimpressão - 2003 - 100.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Departamento de Gestão da Educação na Saúde

Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem

Esplanada dos Ministérios, bloco G, edifício sede, 7.^o andar, sala 733

CEP: 70058-900, Brasília - DF

Tel.: (61) 315 2993

Fundação Oswaldo Cruz

Presidente: Paulo Marchiori Buss

Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública: Jorge Antonio Zepeda Bermudez

Diretor da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio: André Paulo da Silva Malhão

Curso de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem

Coordenação - PROFAE: Leila Bernarda Donato Göttems, Solange Baraldi

Coordenação - FIOCRUZ: Antonio Ivo de Carvalho

Colaboradores: Ana Júlia Calazans, Ana Lucia Jesuino, Elda Coelho Azevedo Bussinger, Ethel Leonor Noia Maciel, Eula Mirtes Alves da Silva, Fátima Gislaine Cunha, Gustavo de Mello, Leila Bernarda Donato Göttems, Maria Antonieta Benko, Maria Del Carmem Bisi Molina, Maria Regina Araújo Reichert Pimentel, Marly Barbosa Coelho, Marta de Fátima Lima Barbosa, Rita de Cássia Duarte Lima, Sandra Ferreira Gesto Bittar, Solange Baraldi

Capa e projeto gráfico: Carlota Rios, Adriana Costa e Silva

Editoração eletrônica: Carlota Rios, Ramon Carlos de Moraes

Ilustrações: Marcelo Tibúrcio, Maurício Veneza

Revisores de português e copidesque: Napoleão Marcos de Aquino, Marcia Stella Pinheiro Wirth

Apoio: Abrasco

Impresso no Brasil/ *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem.

Profissionalização de auxiliares de enfermagem: cadernos do aluno: instrumentalizando a ação profissional 2 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. - 2. ed. rev., 1.^a reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

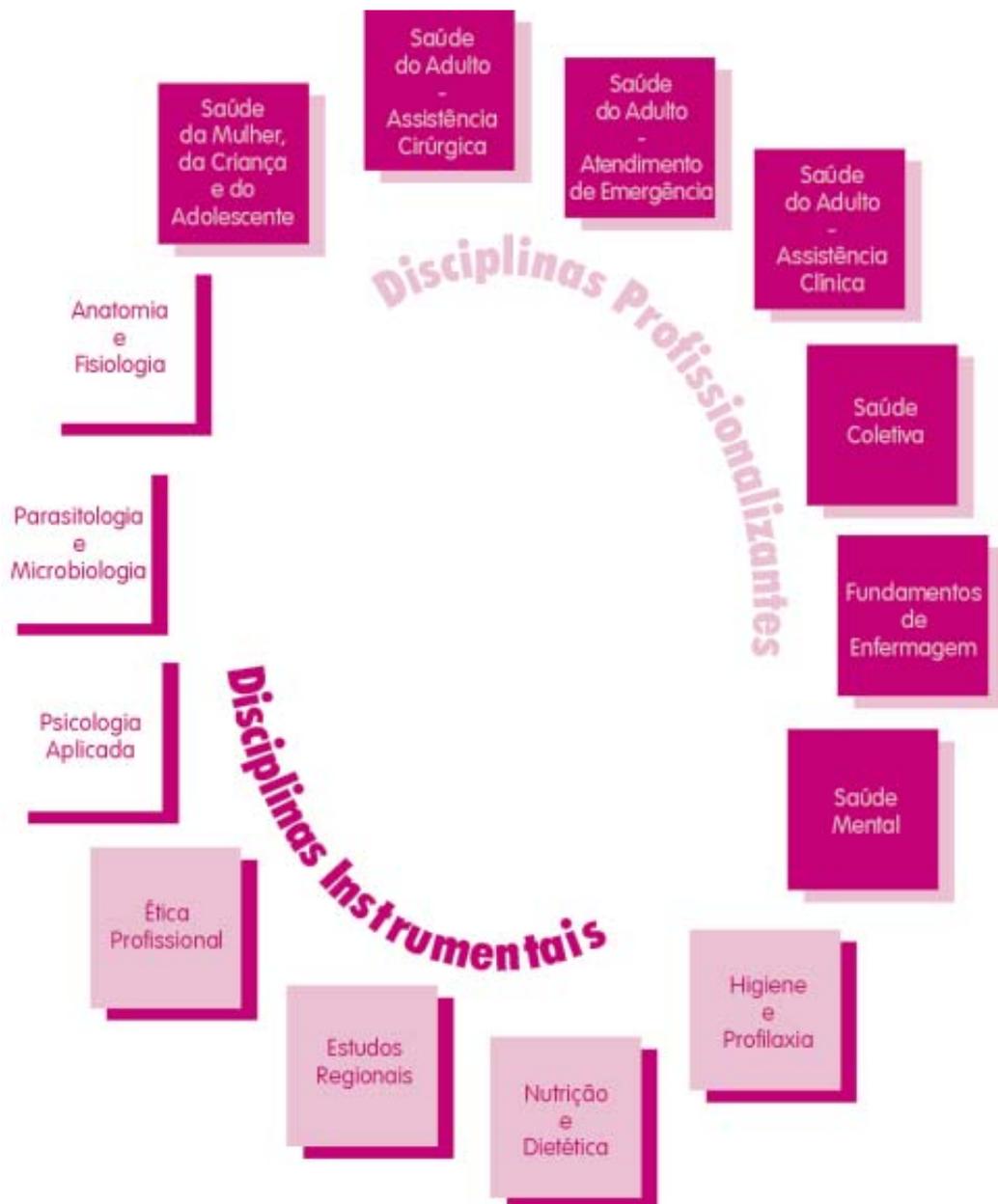
128 p.: il. - (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

ISBN 85-334-0538-3

1. Educação Profissionalizante. 2. Auxiliares de Enfermagem. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão de Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. III. Título. IV. Série.

NLM WY 18.8

Catálogo na fonte - Editora MS



SUMÁRIO

- 1 *Apresentação* ————— *pág 9*
- 2 *Estudos Regionais* ————— *pág 11*
- 3 *Higiene e Profilaxia* ————— *pág 45*
- 4 *Nutrição e Dietética* ————— *pág 71*

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

PROJETO DE PROFISSIONALIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DA ÁREA DE ENFERMAGEM

O processo de construção de Sistema Único de Saúde (SUS) colocou a área de gestão de pessoal da saúde na ordem das prioridades para a configuração do sistema de saúde brasileiro. A formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde, a regulamentação do exercício profissional e a regulação e acompanhamento do mercado de trabalho nessa área passaram a exigir ações estratégicas e deliberadas dos órgãos de gestão do Sistema.

A descentralização da gestão do SUS, o fortalecimento do controle social em saúde e a organização de práticas de saúde orientadas pela integralidade da atenção são tarefas que nos impõem esforço e dedicação. Lutamos por conquistar em nosso país o Sistema Único de Saúde, agora lutamos por implantá-lo efetivamente.

Após a Constituição Federal de 1988, a União, os estados e os municípios passaram a ser parceiros de condução do SUS, sem relação hierárquica. De meros executores dos programas centrais, cada esfera de governo passou a ter papel próprio de formulação da política de saúde em seu âmbito, o que requer desprendimento das velhas formas que seguem arraigadas em nossos modos de pensar e conduzir e coordenação dos processos de gestão e de formação.

Necessitamos de desenhos organizacionais de atenção à saúde capazes de privilegiar, no cotidiano, as ações de promoção e prevenção, sem prejuízo do cuidado e tratamento requeridos em cada caso. Precisamos de profissionais que sejam capazes de dar conta dessa tarefa e de participar ativamente da construção do SUS. Por isso, a importância de um "novo perfil" dos trabalhadores passa pela oferta de adequados processos de profissionalização e de educação permanente, bem como pelo aperfeiçoamento docente e renovação das políticas pedagógicas adotadas no ensino de profissionais de saúde.

Visando superar o enfoque tradicional da educação profissional, baseado apenas na preparação do trabalhador para execução de um determinado conjunto de tarefas, e buscando conferir ao trabalhador das profissões técnicas da saúde o merecido lugar de destaque na qualidade da formação e desenvolvimento continuado, tornou-se necessário qualificar a formação pedagógica dos docentes

para esse âmbito do ensino. O contato, o debate e a reflexão sobre as relações entre educação e trabalho e entre ensino, serviço e gestão do SUS, de onde emanam efetivamente as necessidades educacionais, são necessários e devem ser estruturantes dos processos pedagógicos a adotar.

Não por outro motivo, o Ministério da Saúde, já no primeiro ano da atual gestão, criou uma Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, que passa a abrigar o Projeto de profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) em seu Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Dessa forma, o conjunto da Educação Profissional na Área da Saúde ganha, na estrutura de gestão ministerial, nome, lugar e tempo de reflexão, formulação e intervenção. As reformulações e os desafios a serem enfrentados pela Secretaria repercutirão em breve nas políticas setoriais federais e, para isso, contamos com a ajuda, colaboração, sugestões e críticas de todos aqueles comprometidos com uma educação e um trabalho de farta qualidade e elevada dignidade no setor da saúde.

O Profae exemplifica a formação e se insere nesta nova proposta de educação permanente. É imprescindível que as orientações conceituais relativas aos programas e projetos de formação e qualificação profissional na área da saúde tenham suas diretrizes revistas em cada realidade. Essa orientação vale mesmo para os projetos que estão em execução, como é o caso do Profae. O importante é que todos estejam comprometidos com uma educação e um trabalho de qualidade. Esta compreensão e direção ganham máxima relevância nos cursos integrantes do Profae, sejam eles de nível técnico ou superior, pois estão orientadas ao atendimento das necessidades de formação do segmento de trabalhadores que representa o maior quantitativo de pessoal de saúde e que, historicamente, ficava à mercê dos "treinamentos em serviço", sem acesso à educação profissional de qualidade para o trabalho no SUS. O Profae vem operando a transformação desta realidade. Precisamos estreitar as relações entre os serviços e a sociedade, os trabalhadores e os usuários, as políticas públicas e a cidadania e entre formação e empregabilidade.

Sabe-se que o investimento nos recursos humanos no campo da saúde terá influência decisiva na melhoria dos serviços de saúde prestados à população. Por isso, a preparação dos profissionais-alunos é fundamental e requer material didático criterioso e de qualidade, ao lado de outras ações e atitudes que causem impacto na formação profissional desses trabalhadores. Os livros didáticos para o Curso de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem, já em sua 3ª edição, constituem-se, sem dúvida, em forte contribuição no conjunto das ações que visam a integração entre educação, serviço, gestão do SUS e controle social no setor de saúde.

Humberto Costa
Ministro de Estado da Saúde

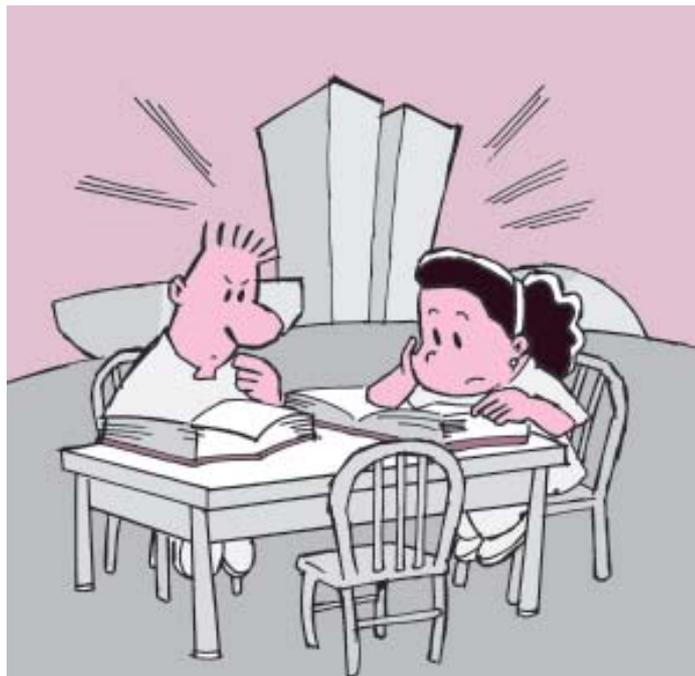
Estudos Regionais



ÍNDICE

1	<i>Apresentação</i>	15
2	<i>Brasil! Que país é esse?</i>	16
	2.1 <i>Espaço geográfico e cultural: a realidade brasileira</i>	16
	2.2 <i>Organização política do Brasil</i>	22
3	<i>Processo saúde-doença e indicadores sociais</i>	25
	3.1 <i>Cidadania: conceitos e reflexões</i>	25
	3.2 <i>Indicadores socioeconômicos: a busca de ambientes saudáveis</i>	29
4	<i>(Re)Conhecendo e construindo a Política Nacional de Saúde</i>	35
	4.1 <i>O processo de construção do Sistema Único de Saúde(SUS)</i>	35
	4.2 <i>Trabalho, cidadania e modos de vida na sociedade brasileira</i>	39
5	<i>Referências bibliográficas</i>	43

Estudos Regionais



1- APRESENTAÇÃO

Neste texto serão apresentados os conteúdos da disciplina Estudos Regionais, cujo objetivo primordial é contextualizar o trabalhador nos espaços político, sociocultural e profissional.

Para tanto, iniciaremos discutindo o espaço geográfico brasileiro e a relação das pessoas com a organização socioeconômica, desde o fim do Império até os dias atuais.

Abordaremos as diversas lutas empreendidas pelos direitos de cidadania, bem como as conquistas delas decorrentes, destacando particularmente as da área de saúde. Discutiremos, ainda, os significados de direitos e deveres do cidadão, ressaltando a utilização dos indicadores sociais como dados imprescindíveis à promoção da saúde.

Conhecer essas conquistas não é só lembrar de fatos ocorridos mas, antes de tudo, entender como se processaram e deles extrair valiosas lições para o futuro de nossos próprios processos evolutivos e profissionais.

Observaremos, também, que cada região tem suas especificidades e que suas características quase sempre influenciam o processo saúde-doença de determinado grupo social.

Como resultado final, esperamos que os ensinamentos ora repassados permitam que você torne-se capaz de entender melhor como funciona a organização do sistema de saúde, sua legislação, limites e possibilidades.

Boa aprendizagem!

2- BRASIL! QUE PAÍS É ESSE?

2.1 Espaço geográfico e cultural: a realidade brasileira



Observe seu lugar de trabalho. Por certo, você já deve ter feito isso inúmeras vezes. Mas procure observá-lo de maneira diferente da habitual. Ele localiza-se em um espaço geográfico determinado. E onde fica esse espaço? Em um bairro que possui ruas, praças, monumentos, comércio, indústrias e serviços de saúde. Em uma cidade que faz parte de um município, situado em um estado. O conjunto de estados compõe o país, o qual é dividido em regiões que agrupam estados afins segundo suas características e organização econômica.

Assim, o Brasil, do ponto de vista político-administrativo, é constituído por 26 estados e um Distrito Federal (Brasília), agrupados em cinco regiões - Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste - com quadros característicos de clima, vegetação e relevo.

E qual a importância dessa divisão?

Essa divisão tem por finalidade a descentralização do poder e o controle, pelas autoridades, de dados socioeconômicos e culturais que auxiliem no planejamento do desenvolvimento regional.

O Brasil é um país continental com 8.511.965 km², cuja extensão territorial o classifica como o quinto do mundo. É natural, portanto, que disponha de muita terra para ser cultivada, muitas jazidas de minérios a explorar. Enfim, nosso país tem o privilégio de dispor de grande variedade e quantidade de recursos naturais, que podem ser aproveitados em benefício de seus habitantes.

Seguindo-se a lógica do desenvolvimento econômico, divide-se em três macrorregiões - Amazônia, Nordeste e Centro-Sul - que traçam uma linha imaginária e, ao mesmo tempo, real da concentração de riquezas do país.

Em princípio, pode-se subentender que quanto maior a quantidade de indústrias, riquezas naturais e terras cultivadas, melhor a qualidade de vida das pessoas residentes na área. Entretanto, na maioria das vezes, o resultado do desenvolvimento tem sido o crescimento desordenado das cidades, pois a urbanização que vem sendo processada no país foi acompanhada de um processo de metropolização, isto é, de uma constante aglomeração demográfica nos principais municípios.

Essa divisão geográfica e econômica estabelece o perfil do país, fazendo-nos perceber que, apesar das riquezas disponíveis, há muita gente vivendo em situação de pobreza e miséria. Em todas as regiões, grandes parcelas de trabalhadores recebem um quarto do salário-mínimo, as condições de saneamento básico são deficientes e a esperança de vida ao nascer difere de acordo com cada local, sendo menor nas famílias de baixa renda, devido à gravidade dos problemas por elas enfrentados.

Mas se possuímos regiões ricas em recursos, o que impede que a população brasileira tenha melhores condições de vida?

Freqüentemente, ouvimos falar que somos a oitava economia do mundo e, por conseguinte, que despontamos no cenário mundial como uma potência econômica. Contudo, cada vez que saímos à rua deparamos com o aumento da miséria e violência - características e consequências do contraste social - quadro que nos faz repensar se realmente estamos tão desenvolvidos economicamente.

Esse conflito - potência econômica e miséria social - tem sua origem na nossa história e raízes no nosso desenvolvimento econômico, que vem de períodos anteriores à década de 30.

Durante a fase colonial o Brasil foi quase sempre explorado sem que houvesse qualquer preocupação quanto a seu desenvolvimento. Ao nascermos como nação independente éramos um país essencialmente agrícola e assim permanecemos durante todo o Império.

Com o advento da República não mudamos nosso sistema econômico e continuamos com o modelo agrícola direcionado para a exportação. Nas primeiras décadas da República, período conhecido como “República Velha”, setores da oligarquia ligada ao café, nosso principal produto de exportação à época, dirigiram a vida política, social e econômica do país.

Durante aquele período houve diversos movimentos políticos e sociais: os primeiros, por conta das lutas de setores excluídos da oligarquia dominante; os segundos, pelas lutas para garantir os direitos sociais e de cidadania.

A crise social e política dos anos da década de 20, agravada pela crise econômica de 1929, desencadeou um movimento que culminou com a ascensão de Getúlio Vargas ao poder. Tal movimento reunia diversos grupos políticos, econômicos e sociais, descontentes com o go-



Demográfico - relativo à demografia; número de pessoas em determinada região.

Esperança de vida ao nascer - duração média de vida humana, expressa em anos.

República - sistema de governo em que o povo exerce sua autoridade por intermédio do seu representante.

Oligarquia - governo de uma minoria.



Bens de consumo - é tudo aquilo que o indivíduo necessita para viver, como habitação, saúde, educação, vestuário, lazer, alimentação, trabalho, etc.

verno anterior. Dentre eles, destacava-se a indústria, marginalizada pelo sistema agrícola-exportador. Assim, o Brasil iniciava um processo de industrialização que o levaria ao patamar dos níveis atuais.

Entretanto, se esse processo deu origem à industrialização, que tornou possível a existência dos bens de consumo por nós conhecidos, como o desnível socioeconômico prosseguiu e se acentuou até os dias de hoje?

Após atingir o poder, Vargas precisava cada vez mais do apoio popular. Para tal, necessitava enfraquecer as lideranças sindicais a fim de substituí-las por pessoas de sua inteira confiança. Assim, adotou uma série de medidas que visavam atender a algumas das reivindicações populares, instituindo as leis trabalhistas, a carteira de trabalho, a aposentadoria e o salário-mínimo.

Aclamado pelo povo, estabeleceu um regime ditatorial que se por um lado iniciou um processo de desenvolvimento econômico, por outro impediu a organização sindical e a liberdade de imprensa, levando à supressão dos direitos civis e ao controle dos Institutos de Aposentadoria e Pensões, no campo da saúde e assistência social.

Iniciada a industrialização e, por conseqüência, a urbanização, o Brasil, a partir da década de 50, passou por profundas mudanças no seu perfil socioeconômico e político com a entrada de indústrias, o aumento de empregos e a redemocratização, saindo da ditadura de Vargas. Entretanto, mesmo assim o setor primário da economia (agricultura, pecuária, extrativismo mineral e vegetal, caça e pesca) continuou a ser o mais importante no período. Cerca de 60% da população economicamente ativa (PEA) vivia no campo. Do restante, 13% eram empregados na indústria e 26% em diversos outros serviços nas cidades.

O grande impulso da industrialização ocorreu em 1956, no governo de Juscelino Kubitschek, que investiu na economia favorecendo o surgimento das indústrias multinacionais (eletrodomésticos e automobilísticas como Ford, Volkswagen, por exemplo) e, ao mesmo tempo, concedendo grandes empréstimos para impulsionar os setores nacionais (usinas siderúrgicas e metalúrgicas). Essas medidas facilitaram a produção e circulação de mercadorias em todo o território nacional, além de propiciar a modernização da agricultura com a compra de máquinas e adubos.

Porém, se trouxe novas oportunidades o processo de industrialização gerou implicitamente a dispensa dos trabalhadores do campo, que eram substituídos por máquinas. Sem oportunidades reais, grandes massas de lavradores e pequenos agricultores dirigiram-se para os principais centros urbanos à procura de melhores chances de trabalho - movimento chamado de êxodo rural.

Por sua vez, as cidades não conseguiram absorver esses trabalhadores que, não possuindo qualificação profissional, passaram ao

subemprego. Sem condições financeiras para ocupar moradias adequadas, essa população aglutinou-se nas periferias, formando as favelas – que caracterizam, de forma exemplar e metafórica, a falta de um crescimento urbano planejado.

Além disso, a mecanização da produção no campo gerou outro problema. Para aqueles que não acompanharam o êxodo rural, a opção passou a ser o emprego temporário nas grandes fazendas em épocas de colheitas, transformando-se em “bóias-frias”, sem benefícios sociais como carteira assinada, assistência à saúde, etc., além de baixos salários.

Em 1964, marcado por medidas autoritárias, ocorreu um movimento militar que resultou na exclusão de grande parte da sociedade da participação e deliberação quanto aos fatos da vida política. A “Era Militar”, como ficou conhecida, expurgou e controlou sindicatos, partidos políticos, centros acadêmicos e organizações culturais que pudessem pôr em risco as propostas do novo regime.

Os governos militares desenvolveram uma política que pretendia transformar o país em uma potência econômica. Esse crescimento foi conseguido com a participação de capitais estrangeiros, em troca da permissão da exploração das riquezas minerais do subsolo brasileiro, e do próprio Estado, que oferecia subsídios para algumas indústrias nacionais, como leite, farinha de trigo, informática, entre outras. Esse “milagre brasileiro” aprofundou as desigualdades sociais e econômicas, concentrando renda, propriedade e capital na mão de uma minoria ligada a esses diversos setores. A entrada desse capital, que possibilitou o consumo de bens duráveis, foi acompanhada do aumento dos preços dos gêneros alimentícios, transportes e aluguéis.

A crise mundial do petróleo, que elevou o preço mundial desse produto e, por conseqüência, o dos combustíveis no Brasil, mostrou a fragilidade do “milagre”. A partir daí, com o crescente endividamento do país no mercado financeiro internacional e o aumento da inflação com a elevação dos preços, significativa parcela da população passou a ter dificuldades para consumir bens indispensáveis à manutenção da qualidade básica de vida.

Nos longos períodos de autoritarismo no país, os governos faziam o que bem entendiam, facilitando o enriquecimento das classes dominantes. O crescimento ocorrido na indústria foi excludente e concentrador de renda, negando à maior parte da população o acesso aos benefícios. Apesar de toda a industrialização, os desníveis de renda entre as classes sociais tornaram-se mais acentuados, com conseqüente decréscimo no padrão alimentar das camadas de baixa renda, o que deteriorou ainda mais suas condições de saúde.

A partir dos anos de 80, os movimentos sociais começaram a fazer pressão, cobrando do Estado a adoção de políticas sociais que possibilitassem uma diminuição concreta das desigualdades sociais no país.



Subemprego – emprego caracterizado como temporário e precário, por tempo determinado e sem direitos trabalhistas. Exemplos: “biscates”, estivadores, carregadores, etc.



O retorno dos exilados políticos, os metalúrgicos do ABC, o movimento estudantil, a campanha pelas “Diretas Já”, pela “Reforma Sanitária”, pela “Reforma Agrária” são alguns dos movimentos sociais da época – dos quais alguns ainda continuam.



Subsídios – ajuda financeira do governo a empresas particulares para financiar parte da produção.

Políticas sociais – conjunto de objetivos que formam um programa de ação do governo para promover o bem-estar da sociedade.

Outro ponto importante a se ressaltar é que a ocupação do território brasileiro não ocorreu de forma homogênea, nem a um só tempo.

A concentração litorânea data do período de colonização, em função da dependência econômica de Portugal e de outros centros mundiais do capitalismo. Ao longo dos séculos, a preocupação foi muito mais com o mercado externo do que com o interno. Assim, o povoamento brasileiro caminhou de costas para o interior, sempre de olhos voltados para o litoral, pois como exportar era nossa principal meta precisávamos do mar.

Se observarmos um mapa de densidade demográfica, repararemos que a maior parte da população brasileira agrupa-se em uma faixa litorânea que se estende por 100 km para o interior. A quase totalidade das cidades mais populosas do país encontram-se nessa faixa de terra.

Como se sabe, a forma de crescimento urbano e o clima têm influência na disseminação de determinadas doenças. Quanto maior o número de pessoas a ocupar um determinado espaço, maior a probabilidade de escassez de alimentos, emprego, serviços de saúde e salário. Portanto, em centros urbanos industrializados a poluição atmosférica é mais forte, e as doenças respiratórias mais frequentes. O clima e relevo podem facilitar ou dificultar o desenvolvimento econômico regional e determinar a proliferação de doenças endêmicas como, por exemplo, a bronquite, comum em regiões frias e com alto índice de poluição do ar.

Outro fator a considerar são os hábitos alimentares, que variam de região para região, em função da interação dinâmica de clima, relevo, solo, vegetação e industrialização. Assim, deve-se levar em conta as características regionais – fruto da posição geográfica e da formação histórica -, também expressas nas diferenças culturais: sotaques próprios, devoção religiosa, culinária, etc.

Comumente, o termo cultura associa-se a uma idéia que não exprime seu verdadeiro significado. Ouve-se dizer que determinada pessoa é desprovida de cultura ou que há indivíduos com “boa cultura”. Nessa visão, o termo refere-se ao maior ou menor grau de escolaridade. **Cultura** é, no entanto, toda a soma de conhecimento apreendido ou adquirido por uma pessoa durante a vida, inclusive o escolar. Sua forma de aquisição ou aprendizado será tão variada quanto as experiências individuais. Podemos deduzir que a cultura faz parte da essência de todos os indivíduos e que, na realidade, o que existe são culturas diferentes.

Por esse raciocínio, cada região brasileira apresenta características particulares em função do tipo de população que a colonizou.

Foram três os principais grupos étnicos que deram origem à população brasileira: o **indígena**, natural do continente à época da descoberta; o **negro**, trazido como escravo para ser utilizado como mão-de-obra na lavoura; e o **branco**, como colonizador. A grande miscigenação entre esses grupos originou uma diversidade de aglutinações culturais.



Como se caracteriza a sua região em termos de hábitos culturais, sotaques, clima, solo, vegetação, relevo? De que vivem as pessoas?

O próprio processo de inserção dessas etnias processou-se de forma diferente. O colonizador, na quase totalidade de origem portuguesa, tinha em grande parte uma visão de exploração do Brasil. O interesse de Portugal consistia em explorar as riquezas que a colônia possuía, ou poderia possuir. Desse modo, nossa colonização foi iniciada como colônia de exploração, inexistindo preocupação com o desenvolvimento.

Os colonizadores tentaram adaptar o índio, morador no território, a seu sistema socioeconômico. A exploração de sua mão-de-obra no extrativismo do pau-brasil evoluiu para uma tentativa de utilização de sua força de trabalho como escravo nas lavouras. Todavia, o modo de vida nômade e a diferença cultural não qualificavam o indígena para esse tipo de trabalho – donde surgiu a lenda de que o índio não gostava de trabalhar.

Essa visão distorcida e reduzida originou-se no desconhecimento, por parte dos colonizadores, da função da mulher e do homem na cultura indígena. O plantio era de competência das mulheres; ao homem competia a caça, pesca e a guerra.

Não sendo possível utilizar a força de trabalho indígena na lavoura, o negro foi trazido da África para o Brasil, sem praticamente direito algum. Seus nomes eram trocados por outros, de origem portuguesa; a religião de seus ancestrais foi proibida e seus corpos eram usados indiscriminadamente por seus donos.

Quando o modelo escravista teve fim, com o ato de abolição da escravidão, essa parcela da sociedade continuou excluída do sistema econômico pois não dispunha de qualificação para ocupar as funções e empregos de um novo país com a intenção de industrialização. Foram, então, trocados pelos imigrantes - não recebendo qualquer compensação pelos anos de cativo a que foram submetidos - e passaram a aglutinar-se nas periferias das cidades, desamparados, jogados à própria sorte pelo poder público.

Estes pontos demonstram que o Brasil se desenvolveu economicamente centrado na exploração da força de trabalho e concentração de riquezas. Esse modelo, denominado capitalista, sofre atualmente um processo de releitura com algumas idéias modernizantes: a globalização.

Mas, afinal, o que vem a ser globalização?

Em rápidas palavras, é o advento de uma nova era que combinaria abundância econômica com estabilidade política. Segundo essa idéia, o mundo se apresentaria como um grande mercado com estabilidade política, social e econômica, sem fronteiras, a partir da implementação



Nômade - indivíduo ou grupo de pessoas que não fixam moradia em um local.



Esses imigrantes, em sua maioria, eram italianos, suíços e alemães, que saíram de seus países de origem fugindo da pobreza em busca de prosperidade.



Você conhece alguém que já foi chamado de ultrapassado por não saber usar o computador ou não ter acesso à internet? Por não ter celular? Por não estar usando roupas e cortes de cabelo da moda?



As causas das desigualdades sociais advêm de um processo desenrolado ao longo de décadas no Brasil. Tal conhecimento possibilita-nos uma valiosa experiência para que possamos, por meio da participação direta no exercício de nossa cidadania, reverter esse quadro histórico.



Política - em grego, *pólis* significa cidade; assim, a definição de que o homem é um animal político está relacionada à necessidade de viver em cidade, ou melhor, em sociedade.

de tecnologia que cria um sistema de informação veloz. Esse sistema divulga idéias relacionadas com o desenvolvimento construídas por aqueles que dominam o mercado econômico.

Todos devem adquirir novos modelos de gestão e equipamentos para informatizar e agilizar a produção de mercadorias e serviços, com vistas ao atendimento de um mercado consumidor e competitivo, em nome do desenvolvimento global.

Entretanto, essa forma de pensar desconsidera as diferenças e dificuldades regionais e individuais. Provoca o fim de ocupações e empregos muito mais rapidamente do que o surgimento de novos - e estes, quando criados, direcionam-se a setores, ramos e espaços geográficos diferentes dos extintos, impactando econômica e socialmente nos modos de viver de cidades e regiões.

Outro impacto ocorre nas relações de trabalho, com a criação de formas de contratação que não garantem direitos trabalhistas como assinatura de carteira de trabalho, férias, FGTS, assistência à saúde e outros.

No setor saúde, esse sistema econômico reflete-se na criação de cooperativas transitórias nas unidades de saúde, em detrimento do concurso público, e no consumo exacerbado de tecnologia de ponta em detrimento do cuidar humanizado individual e coletivo.

2.2 Organização política do Brasil

Para que um Estado ou nação possa ser politicamente organizado, pressupõe-se que nele exista uma série de direitos e deveres. No Brasil, como na maioria dos países, esses direitos e deveres estão inscritos na Constituição Federal, lei fundamental de um Estado.

Comumente, o termo “política”, associado a um alinhamento de ordem partidária, causa aversão em significativa parcela da população. A idéia que se faz é que, para ser politizado, o homem precisa estar filiado às propostas de determinado partido político. Contudo, a política está ligada ao homem.

Você sabe quantas Constituições surgiram em nosso país? Ao longo da história, foram elaboradas sete Constituições. A primeira, em 1824, dois anos após a Independência, preconizava que o Império do Brasil era a associação política de todos os cidadãos brasileiros que formavam uma nação livre e independente que não admitia, com qualquer outra, laço de união ou federação que se opusesse à sua independência.

A principal característica dessa Constituição era a forte centralização monárquica, isto é, as **províncias** (antiga denominação dos atuais estados), então subordinadas ao poder central exercido pelo Imperador.

Além da tradicional divisão dos poderes em Legislativo, Judiciário e Executivo - poder esse exercido pelo próprio Imperador -, somava-se o quarto poder: o Moderador.

Efetivamente, a chave de toda organização política estava no Poder Moderador. Também exercido pelo Imperador, esse Poder dava o direito de agir sobre o Legislativo, dissolvendo a Câmara, e sobre o Judiciário, suspendendo os magistrados de suas funções.

Com o fim do Império, em 1889, surgiu a necessidade de uma nova Constituição, a qual foi promulgada dois anos após a Proclamação da República, em 1891. Nela, estabeleceu-se que a Nação adotaria como forma de governo a República Federativa, com os poderes Legislativo, Judiciário e Executivo, constituída como união indissolúvel dos estados.

O sistema constitucional federativo então implantado enfraquecia o poder central exercido pelo presidente, pois a forma de federação concedia grande autonomia aos poderes estaduais.

Como o poder central não poderia sustentar-se sem o apoio dos poderes estaduais, formulou-se uma política em que uma minoria detinha maior poder de opinar e influir sobre os destinos da nação. Nasceu, assim, um governo oligárquico, isto é, de uma minoria - nesse caso, os plantadores de café de São Paulo.

Essas oligarquias - representadas pelos “coronéis” - impunham aos seus respectivos estados os governadores. De fato, o coronelismo foi o verdadeiro poder durante toda a primeira fase da República, pois a Constituição de 1891 excluía a quase totalidade dos brasileiros do acesso ao voto - que era censitário, ou seja, somente quem possuía uma renda acima de determinado nível poderia votar e ser votado. Assim, o poder decisório no Brasil ficava restrito a uma pequena parcela da população, sob a tutela dos “coronéis”.

Insatisfeitos, os excluídos politicamente pelo coronelismo levaram a cabo a Revolução de 1930, que impôs Getúlio Vargas no poder. Quatro anos depois, uma nova Constituição era promulgada. Basicamente, mantinha as características da anterior quanto à federação e à divisão dos poderes, mas ampliava os poderes do Executivo em detrimento da autonomia dos estados.

Ao lado de uma declaração de direitos e garantias individuais, típicas do liberalismo, foram inseridos aspectos de ordem econômica e social, familiar e de educação e cultura. Frente aos problemas encontrados nessas áreas, foram definidas pelo governo normas de intervenção na sociedade.

Nos anos seguintes, o governo de Vargas caminhou para uma ditadura e em 1937 foi apresentada uma nova Constituição, muito similar à anterior mas que ampliava ainda mais o poder do Executivo. Com o Poder Legislativo enfraquecido e o Executivo em suas mãos, Vargas governou ditatorialmente.



O poder Legislativo (Câmara de Vereadores, Câmara de Deputados e Senado) cria as leis, o Executivo (prefeito, governador e presidente) as faz cumprir e o Judiciário (magistrados, juízes) julga de acordo com as leis.



Em 1831, durante o período da Regência no Brasil, foi criada a Guarda Nacional, cuja maior patente era a de coronel. Esses coronéis eram indicados pelo poder econômico local e, em sua maioria, eram fazendeiros latifundiários que dominavam a política local. Isto acontece ainda hoje?



Liberalismo - na visão política, é um conjunto de idéias que estabelece liberdade política e oportunidades iguais para todos. Na visão econômica, é o equilíbrio dos preços em função da livre concorrência e da não-intervenção do Estado.

Com o término da 2ª Guerra Mundial, começaram a surgir no Brasil movimentos de redemocratização, que culminaram com a renúncia de Vargas. Posteriormente, em 1946, foi promulgada uma nova Constituição. Para tal, serviram de modelo as Constituições de 1891 e 1934 - que nem sempre estiveram de acordo com as reais necessidades do país.

Após o movimento militar de 1964, uma nova Constituição foi promulgada em 1967. A nova lei acrescentava e enfatizava os mecanismos de segurança nacional, isolando e cerceando os Poderes Legislativo e Judiciário, ampliando o poder presidencial.

Contudo, as crises políticas e sociais continuaram mesmo depois de sua promulgação. Foi então editado o “Ato Institucional nº 5” (AI 5), que ignorou a Constituição, suspendendo todo e qualquer direito político dos cidadãos - como o voto e a livre expressão. O Brasil passa a ser governado por meio de atos e decretos-lei, culminando com a Emenda Constitucional de 1969. A rigor, muito mais que uma emenda, ela foi técnica e teoricamente uma nova Constituição, pois apresentava um texto prévio integralmente reformulado.

Nesse contexto, foi fortemente reforçada a centralização do poder pelo governo federal, reduzindo em muito a autonomia dos estados e municípios.

Ao final dos anos 70 e início dos 80, os movimentos sociais pressionavam o governo para que o cidadão tivesse o direito de intervir na vida política do país - o que culminou com o movimento das “Diretas Já” e, posteriormente, com a eleição de uma Assembléia Constituinte

formada por deputados federais e senadores, eleitos para esse fim. Assim, foi elaborada a Constituição de 1988, chamada de “Constituição Cidadã”, atualmente em vigor.

Mas por que “Cidadã”? Apesar das várias críticas, a Constituição de 1988 representou, do ponto de vista dos direitos, grande avanço, principalmente nas áreas de saúde, educação, previdência e assistência social, porque foi gerada pela sociedade. Diferencia-se das demais porque, pela primeira vez, foi elaborada do ponto de vista do cidadão e não do Estado, expresso nos fundamentos que lhe deram origem, a saber:

- resgate dos direitos de cidadania, incluindo a participação popular na construção de uma nação soberana;
- dignidade da pessoa humana, respeitando a pluralidade política e garantindo os direitos de subsistência;
- universalização dos direitos sociais, descentralizando a gestão da execução das políticas para estados e municípios;
- responsabilidade do Estado na garantia dos direitos sociais, como saúde e educação.



Na área de saúde, esses fundamentos, contidos na Constituição, estão delineando o processo de construção de um Sistema Único de Saúde (SUS), universal, descentralizado e com intensa participação popular nos conselhos em nível federal, estadual, municipal e distrital.

Mesmo com as sucessivas perdas de direitos trabalhistas e do desvio do financiamento previdenciário para outras áreas, essa Constituição resgata a voz do povo com a perspectiva de construção, de uma sociedade mais justa, mediante a manutenção de um Estado democrático e de direito.

3- PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E INDICADORES SOCIAIS

3.1 Cidadania: conceitos e reflexões

Existe um ditado popular que diz: “os meus direitos terminam quando começam os dos outros”.

Essa história de direitos sempre foi um problema na convivência entre as pessoas, seja a dois, em família ou na comunidade. Quem não tem um vizinho que no final de semana liga o som alto, às 5 horas da manhã; ou que estaciona o carro em nossa garagem ou o lixo na frente de sua casa, um dia antes de a coleta passar?



No trabalho, também é comum aquele que ocupa o telefone o tempo todo, impedindo a comunicação dos demais ou que não cumpre adequadamente suas tarefas. Essas atitudes são, sem dúvida, um desrespeito à cidadania dos demais.

Mas o que exatamente significam as palavras cidadão e cidadania?

Considera-se cidadão todo aquele que está no amplo gozo de seus direitos; que não tem condenação e pode transitar em todos os espaços normalmente freqüentados pelos demais; que pode votar e ser votado; que tem garantido o acesso aos bens de consumo.

A esse conjunto de direitos, chamamos cidadania. Representa o direito à vida em seu sentido pleno e irrestrito. Para consolidá-la, faz-se necessária uma sociedade politicamente organizada, democrática e preocupada com o bem-estar social.

Quanto ao homem, cabe-lhe o exercício da cidadania por meio da participação, passando de mero receptor de dádivas para um ser que interage com o meio, percebe as diferenças e transforma-se em sujeito daquilo que pode conquistar. Sem dúvida, a cidadania é o viver em sua plenitude, em sua essência e, por isso, precisa ser construída coletivamente.

Sabe-se que essa consciência coletiva não é tão fácil de ser construída numa sociedade em que o capitalismo globalizado cria e recria indivíduos voltados para suas necessidades, sempre prontos a resolver apenas seus problemas. Para esses, o meu supera o nosso, impedindo sua participação em lutas por direitos universais e coletivos.

Então, a cidadania é um direito que para ser conquistado deve ser construído coletivamente, não só no sentido de atender a necessidades básicas mas de acesso a todos os níveis de existência do homem. Porém, como entender essa palavra de significado tão amplo e distante da nossa realidade?

Alguns autores, para facilitar a compreensão, desdobraram-na em três tipos de direitos: civis, políticos e sociais. No entanto, no cotidiano de uma nação esses direitos não são vistos isoladamente, estão interligados, inseridos um no outro, dando forma e movimento ao conceito de cidadania.

Com relação aos direitos civis, todos temos o direito de ir e vir, assegurado em nossa Constituição.

Mas será que isto é realmente ocorre?

Na verdade, esse é um dos direitos mais transgredidos na história da humanidade. Hitler, durante a 2ª Guerra Mundial, para criar uma *raça pura* excluiu as demais que ameaçavam seu projeto. Naquele momento, os judeus esconderam-se para que sua etnia não fosse extinta. Eles tinham seus corpos, podiam ir e vir, mas havia um regime ditatorial que os segregava.

Outro exemplo foi o que nós, brasileiros, vivemos a partir de 1964, quando os cidadãos foram impedidos de expressar sua opinião, presos e eliminados por não ter a mesma convicção política do grupo dominante.

Nestes dois exemplos, as pessoas eram donas de seu corpo, mas não donas do direito.

Outra experiência refere-se especificamente à classe trabalhadora. Dizem que os trabalhadores podem escolher onde vão colocar seus corpos e em que condições e ritmo vão trabalhar, mas isso não é realidade. Notamos que a história do trabalho está repleta de contradições. A primeira delas é o descompasso do mercado de trabalho com o sistema de educação. Parece que uns nasceram para ocupar cargos de destaque na sociedade; outros, para ser operários.

A falta de preparação na infância, adolescência e juventude impõe ao trabalhador um esforço e um sofrimento desumanos, muitas vezes expressos no desemprego e subemprego. Na verdade, não basta que o corpo seja meu; ele tem que ter acesso a outros direitos para que eu possa exercer efetivamente o direito civil de transitar pela vida em toda a plenitude.



Segregar - separar com a finalidade de isolar e evitar contato entre pessoas.

O segundo direito é o social, cuja referência é o atendimento das necessidades humanas básicas, como o direito à alimentação, habitação, saúde, educação e trabalho com salário digno.

O desrespeito a esse direito manifesta-se pelo número de analfabetos e de crianças fora da escola; pelo acesso restrito às universidades; pelo aumento gradativo da taxa de pobreza, com a conseqüente proliferação de favelas e acampamentos; pela falta de políticas de assentamento urbano e rural de impacto na qualidade de vida da população.

Na verdade, a correção dos desvios no acesso aos bens de consumo só se efetivará com modificações nas bases do capitalismo, que impedem a distribuição mais eqüitativa do rendimento bruto do país. Ou seja, é preciso que os recursos gerados pelos impostos favoreçam a todos os cidadãos através da implementação de políticas públicas.

O direito político está relacionado com a deliberação do homem sobre sua vida. Utilizando-o sabiamente, garantiremos os direitos de livre expressão de pensamento e de prática política e religiosa, de acesso de todos à escola e de salários dignos. Esse direito tem relação com a convivência entre os homens, por intermédio de organismos de representação.

Essas representações podem ser exercidas diretamente, por meio dos sindicatos, partidos, movimentos sociais, escolas, conselhos e associações de bairro; ou indiretamente, pela eleição de presidente da República, governador, parlamentares, prefeitos e vereadores. É de forma indireta que resistimos às imposições dos Poderes, com greves ou de movimentos de pressão como o dos “sem-terra e sem-teto”, dos indígenas pela demarcação das reservas, dos homossexuais pelo direito ao casamento e outros.

Em todas as nações do mundo esses direitos estão garantidos nas Constituições, sendo que, em certos casos, alguns artigos requerem maior detalhamento para evitar dúvidas de interpretação. Isso não quer dizer que, pelo fato de constar em lei, serão naturalmente respeitados. O que vimos é justamente o contrário - muitos não passam de *letra morta*, não saem do papel. Como exemplos, podemos citar grupos da população cujos direitos estão garantidos na legislação mas que no cotidiano são desrespeitados: caso dos idosos, crianças, adolescentes, negros e mulheres.

Quanto à situação dos meninos e meninas de rua no Brasil, temos que considerar que suas famílias estão inseridas num contexto histórico caracterizado por aspectos econômicos, sociais, políticos e culturais. Essas famílias têm o seu cotidiano marcado pelas profundas desigualdades existentes na sociedade, que as restringem e mesmo excluem do acesso aos principais meios para uma vida digna: emprego e renda, educação, alimentação, saúde, habitação, lazer, etc. No entanto, em nossa Constituição todos esses direitos são garantidos no capítulo dos direitos sociais.



Políticas públicas – conjunto de objetivos que formam um programa de ação do governo para problemas relativos à coletividade.



Livre expressão é a forma de expressar o pensamento que caracteriza um indivíduo ou um grupo de pessoas baseada em uma visão de mundo; o que difere de **opinião**, definida como manifestação sobre um certo assunto.



Tendo em vista o estado de miséria, os pais colocam seus filhos precocemente no mercado informal de trabalho, o que representa possibilidade de aumento no orçamento doméstico. Se pensarmos que a criança deve ser protegida até que alcance a maturidade necessária para começar a trabalhar e que o Estatuto da Criança e do Adolescente (lei complementar) não permite o trabalho antes dos 14 anos, constatamos que a atitude dos pais, consequência da privação, é de total desrespeito à cidadania de seus filhos.

O resultado é a constituição de uma população flutuante de meninas e meninos, que passam os dias nas ruas e voltam para casa, sendo por isso chamados de meninos(as) **nas** ruas; e aqueles que moram nas ruas, conhecidos como meninos(as) **de** rua.

Ao contrário do que pensa a maioria da população, os meninos(as) que perambulam pelas ruas das grandes cidades do país não são crianças abandonadas pelas famílias. Grande parte delas tem vínculo familiar, estando nas ruas por vários motivos, dentre eles para fazer algo que possa contribuir para o sustento da família.

A rua torna-se um espaço de moradia permanente ou eventual, de brincadeira e de luta pela sobrevivência, e por meio do trabalho (como no caso dos vendedores ambulantes, limpadores de pára-brisas de carros, guardadores de automóvel, carregadores das feiras e de supermercados, dentre outros) ou mesmo dos pequenos “delitos” eles acabam adaptando-se a essa forma de viver.

Onde estão os direitos dessas crianças e adolescentes? Não deveriam ser assistidos pelo Estado, por estar desamparados?

Outro grupo que vem sofrendo pela falta de infra-estrutura para atender a suas necessidades é o da terceira idade. Nosso país está despreparado para dar-lhe o apoio necessário. Os poucos recursos que restaram dos sucessivos desvios da Previdência não garantem sua aposentadoria.

É importante ressaltar que existem dois tipos de envelhecimento: o essencialmente biológico e o social. Biologicamente, o organismo entra em decadência, em declínio, porque se reduzem suas possibilidades de subsistir. A morte, embora possa advir a qualquer momento da vida, freqüentemente chega na velhice.

Socialmente, nossa população está mais velha por duas razões: o declínio da mortalidade e a queda da natalidade. As vacinas e antibióticos, os avanços tecnológicos, tornaram-se acessíveis à população e os métodos contraceptivos, antes restritos às pessoas de bom nível sociocultural, são hoje disponíveis às mulheres de baixa renda.

Esse aumento do número de idosos exigirá uma atenção especial dos serviços de assistência social e de saúde. Desenvolver políticas



que atendam a essa demanda é um desafio para os países em desenvolvimento. As políticas sociais específicas devem estar voltadas para a integração do idoso ao meio e para a sensibilização da sociedade no sentido de combater o preconceito, estimulando a convivência com os mesmos.

Na sociedade brasileira, o idoso dispõe da Lei n.º 8.842, cujo objetivo é assegurar seus direitos, criando condições de promoção de sua autonomia, de integração e de participação efetiva na sociedade. Na área de saúde, suas ações são:

- garantir ao idoso a assistência à saúde, através do SUS;
- prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso;
- adotar, aplicar e fiscalizar normas de funcionamento para instituições que cuidem do idoso;
- elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares;
- treinar equipes interprofissionais;
- realizar estudos epidemiológicos de determinadas doenças senis com vistas à prevenção, tratamento e reabilitação;
- criar serviços alternativos de saúde para o idoso.

Todos conhecemos os serviços de saúde e sabemos como é difícil o acesso do idoso ao sistema. Geralmente, enfrentam filas quilométricas para garantir uma consulta ou adquirir um medicamento. Na verdade, na sua totalidade esses direitos ainda não saíram do papel.

Finalizando, não podemos perder de vista que esses direitos estão interligados e um depende do outro. Para se construir a cidadania de um povo faz-se necessária a participação de todos, discutindo, votando, controlando o exercício dos diversos poderes legalmente instituídos. Os pontos comuns para a concretização dessa conquista são a participação e o diálogo, para que sejam efetivadas determinadas políticas, criando consenso quanto a propostas e lutas.

3.2 Indicadores socioeconômicos: a busca de ambientes saudáveis

Qual o significado de estar doente ou saudável? Historicamente, esse assunto tem sido a principal preocupação dos grupos sociais.

A condição de estar doente ou sadio, de acordo com o contexto social, vem sendo determinada pelo modo de viver de cada indivíduo, principalmente em uma sociedade na qual o resultado do trabalho é transformado obrigatoriamente em bens de subsistência. Nesse espaço social, sentir-se doente significa uma ameaça para o indivíduo e seu grupo familiar.



Demanda – procura, busca. No caso específico, a população de idosos em busca de, ou à procura de, serviços de assistência social e de saúde.

Doenças senis – doenças que resultam do processo de envelhecimento, como artrose, artrite, arteriosclerose, entre outras.



Diante desse contexto, resta-nos perguntar: “Você é um cidadão pleno? Está construindo a cidadania de nossa nação? Participa de sindicatos, conselhos, associação de moradores ou outras organizações que lutam pelo direito de cidadania?”





Pensando-se no caso do povo brasileiro, em particular na região em que vivemos, como ocorre a distribuição das riquezas? A oferta de vagas no mercado de trabalho local está compatível com o número de pessoas que precisam ser empregadas? E como está a qualidade do sistema de habitação, transporte, educação e serviços de saúde?



Latente - oculto e disfarçado.



Você já ouviu esta história antes?

A existência de um senso comum definindo saúde apenas como ausência de doença reduz o organismo a uma máquina sempre pronta a produzir na juventude, parando na velhice. A falência da engrenagem é centrada na disfunção do organismo, ou seja, na doença.

A influência desse modo de pensar se expressa na procura crescente da população por unidades de saúde de alta complexidade, as quais dispõem de recursos tecnológicos avançados tais como ultrasonografia, ressonância magnética, tomografia, etc.

Aos poucos, esse modo de pensar o processo saúde-doença vem sendo substituído pela idéia de que estar doente ou saudável é reflexo do modo de viver do homem, de forma individual e ou coletiva. As condições de saúde estão relacionadas ao modo como o homem se estrutura para produzir meios de vida com o trabalho e satisfazer suas necessidades pelo consumo de alguns bens, como moradia, alimentação, educação e serviços de saúde – o que podemos chamar de padrão de vida.

Percebe-se que existem diferenças, que as pessoas não têm o mesmo padrão econômico, que as riquezas estão geralmente nas mãos de poucos e que existe um déficit na oferta de emprego, levando-se em conta a disponibilidade de mão-de-obra em todo o país.

Guimarães¹ mostra-nos que os 10% mais ricos, que se apropriaram de 44,9% da renda nacional em 1980, aumentaram sua participação para 48,1% em 1991, enquanto os 50% mais pobres, que se apropriaram de 12,5 % da renda nacional em 1980, reduziram sua participação para 12,1% em 1991.

Esses dados demonstram que a sociedade brasileira está polarizada entre ricos e pobres e que existe um processo de empobrecimento latente, exigindo dos mais pobres constantes readaptações para sua sobrevivência.

Um exemplo de readaptação é a migração constante à procura de um espaço para fixar-se próximo dos grandes centros industriais ou em áreas rurais cuja produção agrícola tenha garantia de mercado. Todos procuram acesso aos meios de consumo.

Tal fato gera um crescimento desordenado das comunidades. Surgem as favelas e os acampamentos, verdadeiros aglomerados de pessoas em áreas sem infra-estrutura básica como água, esgoto, energia elétrica, etc.

De certa forma, o poder de compra é um dos determinantes de maior influência na escolha do espaço em que o indivíduo ou grupo familiar pretende residir. É nossa renda que determina se o ambiente será saudável ou insalubre, se as ruas serão pavimentadas ou não, se o ar será puro ou poluído, se o clima e as características territoriais serão adequadas à vida.

1 Guimarães, 1994.

Mas o que encontramos, em todo o país, são bairros sem infraestrutura de serviços públicos, saneamento, habitação, escolas, transportes e serviços de saúde em quantidade e qualidade incapazes de atender às necessidades da população. Aqueles que residem nas chamadas áreas de risco, como favelas e acampamentos, são desprovidos quase que totalmente desses serviços, o que resulta em maior risco de contrair doenças infecciosas e parasitárias transmitidas pela água, esgotos e alimentos contaminados.

Nas áreas mais industrializadas, onde há recursos tecnológicos, além do problema de falta de infra-estrutura básica (saneamento), há a questão do excessivo número de veículos nas ruas; da poluição sonora, visual e atmosférica; da presença de animais como ratos, baratas e outros vetores; do aumento da violência e da criminalidade e da falta de espaço para lazer, em ambiente saudável, fatores que aumentam ainda mais o risco de adoecimento das populações.

Outro fator imprescindível à subsistência é a alimentação adequada, uma vez que diversos estudos afirmam que a subnutrição pode causar debilidade mental e deficiência no crescimento do indivíduo, propiciando maior susceptibilidade às doenças e minimizando suas oportunidades de efetiva participação nos diversos grupos sociais, na escola, no mercado de trabalho, etc.

Isto pode ser facilmente percebido ao analisarmos a evolução de vida entre uma pessoa desnutrida e outra que teve adequada alimentação. Geralmente, o primeiro apresentará um histórico escolar com sucessivas reprovações, acabando, muitas vezes, por abandonar os estudos sem sequer completar o ensino fundamental. O outro, no mais das vezes, consegue concluir o ensino fundamental e médio e chegar à universidade.

Como vimos, a insalubridade das cidades e a falta de acesso aos meios de consumo são os principais determinantes que levam indivíduo, família e comunidade a adoecer. É isto que faz a diferença entre pensar a saúde restrita ao uso de práticas que cuidam do corpo adoecido e pensá-la como um conjunto de ações e medidas de controle destinado a melhorar a qualidade de vida do indivíduo e das populações.

Então, os direitos ao saneamento, emprego e salário digno, educação, transporte, lazer, moradia e acesso à terra são bens universais, de todos, que devem ser consumidos sem privilégios de uma ou outra camada social, pois determinam o estado de saúde ou de doença dos grupos sociais.

Para mensurar a qualidade de vida de grupos populacionais são elaborados indicadores, ou seja, dados numéricos que representam direta ou indiretamente as características do viver. Servem como parâmetro de comparação entre países pobres e ricos, agrários e industrializados, entre o meio rural e o urbano.

Os profissionais de saúde geralmente utilizam esses dados para melhor conhecer o padrão de vida dos indivíduos residentes na região, servindo como um referencial para a enfermagem.

Assim sendo, várias organizações investem na construção de indicadores para avaliar os níveis de desenvolvimento dos diversos grupos populacionais.

A Organização das Nações Unidas (ONU), por exemplo, sugeriu os seguintes indicadores para mensurar o nível de vida de uma população: 1) saúde, incluindo condições demográficas; 2) alimento e nutrição; 3) educação, incluindo alfabetização e ensino técnico; 4) condições de trabalho; 5) situação em matéria de trabalho; 6) consumo e economia em geral; 7) transporte; 8) moradia com inclusão de saneamento básico; 9) vestuário; 10) recreação; 11) segurança social e 12) liberdade humana.²

Correlatadamente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu uma agenda específica para o setor saúde dividindo os indicadores em três grupos, a saber:

1. aqueles que tentam traduzir diretamente a saúde (ou a sua ausência) em um grupo populacional; nesse grupo, os indicadores estão separados em dois tipos:
 - globais: razão de mortalidade proporcional; coeficiente geral de mortalidade; esperança de vida ao nascer;
 - específicos: coeficiente de mortalidade infantil e coeficiente de mortalidade por doenças transmissíveis;
2. aqueles que se referem às condições do meio e que têm influência sobre a saúde: abastecimento de água, rede de esgotos, contaminações ambientais por diversos poluentes;
3. aqueles que procuram medir os recursos materiais e humanos relacionados às atividades de saúde, tais como rede de postos de saúde, número de profissionais e de leitos hospitalares em relação à população.³

Em 1990, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) estabeleceu um novo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) tendo como referência o valor de igualdade entre as pessoas, a valorização da igualdade de oportunidade no acesso à educação, saúde, emprego. Privilegia a ampliação da participação da maioria da população na vida econômica, política e cultural de um país.

O Instituto Brasileiro de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) entende essa nova leitura como um desenvolvimento não pensado apenas para os integrantes do grupo dos 10% mais ricos, centrado na importação de novas tecnologias.

Esse novo paradigma direciona políticas para a reestruturação do espaço brasileiro, o que alguns autores chamam de nova regionalização,



Como será que esses índices se apresentam em cada região do Brasil?



Paradigma - modelo.

² Brasil, 1997.

³ Guimarães, 1994.

pois parte de outras dimensões do desenvolvimento humano, como a expectativa de vida, a escolaridade e a renda.

Os estados brasileiros são classificados, segundo o Índice de Desenvolvimento Humano, a partir das medidas de privação dos três fatores acima citados. Sua escala, que vai de 0 a 1, leva-nos à seguinte leitura: quanto mais próximo de zero, maior a universalidade desses bens e quanto mais próximo de 1, maiores os sinais de desigualdade.

Porém outros indicadores continuam sendo utilizados nas formas tradicionais, complementando os dados de desenvolvimento humano, a saber: coeficiente de mortalidade, coeficiente de morbidade e fatores de risco, assim como a cobertura assistencial alcançada pelas unidades de saúde, tendo como referência os procedimentos executados pela equipe de saúde, etc.

Comparando esses dados, entenderemos porque as pessoas residentes em áreas sem saneamento básico e com alto índice de violência estão mais vulneráveis à morte do que aquelas que vivem em áreas nobres, economicamente desenvolvidas.

Medidas simples, como a implantação de rede de esgoto e orientação sobre evitar água empoçada em vasos, pneus e recipientes podem reduzir a mortalidade infantil e os casos de óbito por dengue hemorrágica. Por sua vez, dados elevados de mortes por homicídios traduzem a falência da segurança pública.

Outro fator importante é a avaliação do sistema de saúde, quando surgem nas regiões significativas proporções de óbitos por causa não definida - dados que revelam a falta de assistência médica e ou atestados de óbito incorretamente preenchidos. Como exemplo, tem-se a subnotificação dos casos de AIDS.

O indicador **esperança de vida**, que expressa o tempo médio de vida mensurado de um adulto ou recém-nascido, representa uma medida-resumo pois consegue sintetizar o efeito da mortalidade em todas as idades.

Quando a esperança de vida é de 64 anos, pode-se interpretar tal dado como uma demonstração de que a saúde pública está desenvolvendo programas de impacto real na sobrevivência do indivíduo. Ao contrário, quando abaixo de 50 anos, pode significar a falência do sistema socioeconômico do país. Na verdade, o homem só consegue viver mais quando o acesso aos meios de consumo é compatível com a qualidade de vida.

Outro coeficiente muito utilizado é o de mortalidade infantil. Além de medir o nível de saúde de uma população, está associado às condições econômicas e ambientais. Guimarães⁴, ao analisar as tendências de redução da mortalidade infantil observada entre 1970 e 1980, destaca quatro fatores mais comuns:

Op. cit, 2000.

- “diminuição da natalidade, o que resulta num espaçamento maior entre os nascidos, permitindo às mães darem atenção a seus filhos nos primeiros anos de vida, amamentando-os por um período maior;
- melhoria nas condições de saneamento básico, o que ajuda a evitar uma série de doenças infecciosas e parasitárias, dentre as quais as gastroenterites, que pioravam as condições nutricionais das crianças;
- aumento da cobertura vacinal da população infantil, o que reduz a incidência de doenças passíveis de prevenção por imunização;
- melhoria do perfil educacional das mulheres em idade reprodutiva, o que permite às mães adotar procedimentos preventivos de proteção à saúde de seus filhos.”

São muitos os indicadores de saúde criados e construídos a partir do perfil epidemiológico de cada região, estado ou município. O importante é que sirvam como indicativos para a implantação de políticas públicas que visem a melhoria das condições de vida da população, construindo cidades saudáveis. “Cidade saudável é aquela em que as autoridades políticas e civis, as instituições, os empresários, trabalhadores e a sociedade dedicam esforços constantes para melhorar as condições de vida, trabalho e cultura da população, estabelecem uma relação harmoniosa com o meio ambiente físico e natural, além de expandirem os recursos comunitários para melhorar a convivência, desenvolver a solidariedade, a co-gestão e a democracia”. (OPAS/OMS)

Dessa forma, no final dos anos 90, o Ministério da Saúde, em conjunto com as secretarias estaduais de saúde, colocou recursos financeiros à disposição dos municípios para que estes se incluíssem na Programação Pactuada Integrada (PPI), visando dar o primeiro passo para que os problemas locais passassem a ter soluções locais, tendo como referência as relações entre as pessoas, não importando seu cargo ou nível social - essa dinâmica de pactuação extrapola os espaços das secretarias de saúde e ganha os Conselhos de Saúde, Educação, Tutelares e outros.

Na PPI, pactua-se a redução ou aumento das taxas de alguns indicadores por meio de metas a serem alcançadas, revertendo em ganhos financeiros para os municípios. São exemplos a redução da mortalidade infantil, o aumento da frequência das gestantes ao atendimento pré-natal, o aumento dos domicílios com sistema de água e esgoto, etc.



Como é a qualidade de vida de seu município? Ele é saudável? Você conhece as cláusulas mais importantes da PPI no seu município.



Procure a Secretaria Municipal de Saúde e o Conselho de Saúde. Observe as condições do seu estado em relação a demografia, renda, mortalidade, morbidade e fatores de risco, recursos na área de saúde e cobertura de atendimento. Esses dados são importantes para sua ação como profissional de saúde.

4- (RE) CONHECENDO E CONSTRUINDO A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

4.1 O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS)

Ao longo de sua formação histórica, os modelos de desenvolvimento adotados no Brasil priorizaram as questões econômicas em detrimento das sociais, tendo como resultado o empobrecimento de parcelas significativas da população, gerando exclusão social e produzindo no meio ambiente um processo de fragmentação e divisão desordenada do espaço territorial.

Essa política reflete-se na organização das ações e práticas de saúde, cujo princípio é a assistência individual, em lugar da coletiva. Sua lógica é garantir o corpo sadio em condições de produzir.

O movimento da Reforma Sanitária, concebido durante os anos 70, contrapõe-se a essa forma de pensar e agir sobre as questões da saúde. A estratégia de romper com o modelo assistencial - que prioriza o atendimento ao indivíduo, desvinculado do meio em que este está inserido - e encontrar um sistema de saúde que atendesse às necessidades da população sem distinção de raça, gênero, faixa etária e renda era o grande desafio do movimento.

Enfatizar que a Reforma Sanitária é um processo significa compreendê-la como algo em ebulição, criado e recriado a cada momento, dependendo da organização, disponibilidade coletiva e da situação apresentada, por correlação de forças políticas, econômicas, sociais e institucionais.

Assim pensando, não há condições de se imaginar que de um dia para outro se pudesse afirmar: “Aqui começa a Reforma Sanitária”. No caminho, houve lutas, transformações, perdas, ganhos. Participação de movimentos de trabalhadores, políticos, estudantes, servidores públicos, empresários e outros atores sociais, compreendendo o poder dessa participação nas definições das políticas públicas de educação, habitação, renda e lazer de uma nação.

O que fundamentalmente caracteriza as mudanças na política de saúde no período 1980/90 é que elas ocorreram durante profunda crise econômica. O país via-se mergulhado na inflação, recessão e desemprego, o que coincidia com seu processo de redemocratização.





Diretrizes - são os princípios presentes nas leis.



Na cultura da medicalização se prioriza a utilização de exames com equipamentos de alta tecnologia e o consumo de medicamentos industrializados para a saúde.

A partir de 1987, com a criação, por decreto federal, dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS, que deram origem a convênios específicos firmados entre a União e os estados, a saúde passou a gozar de maior relevância no cenário nacional, culminando com a Carta Constitucional de 1988, que criou um sistema de seguridade social com três áreas solidárias mas distintas entre si: a **saúde**, a **previdência social** e a **assistência social**.

“O direito à saúde – definido como **direito de todos e dever do Estado** no artigo nº 196 da Constituição Federal de 1988 - foi regulamentado no ato da publicação das Leis nº 8.080 e 8.142, ambas de 1990 e que passaram a denominar-se, em conjunto, Lei Orgânica da Saúde – LOS. Leis de caráter geral que traçam diretrizes e garantem:

- a) políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença;
- b) o acesso a serviços de saúde que visem a promoção, proteção e recuperação da saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS), legalmente instituído no conjunto de leis referidas, ampliou o conceito de **saúde** articulando-a fortemente à questão ambiental, à democratização nas tomadas de decisão com participação popular e à reafirmação do poder municipal. Essa ampliação limitou a expansão da assistência médico-hospitalar e a *cultura da medicalização*, invertendo a idéia de que saúde é a ausência de doença.

A saúde passa, então, a ter como fatores determinantes e condicionantes, dentre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento, o ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Assim, não é mais o caso de se pensar em garantir saúde, exclusivamente, pela ausência de doença. A sociedade exige ações interativas, solidárias e integrais que associem as realidades locais, na área econômica e político-institucional, assegurando direitos e deveres, liberdade e participação.

Esse Sistema estabeleceu de forma inovadora três conceitos basilares: a **unificação** das instituições que atuam na área de saúde – como meio de integrar ações e serviços; a **democratização** – como garantia a todo cidadão do acesso igualitário aos serviços e a atenção à saúde; a **descentralização** – como possibilidade de direção única em cada esfera de governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, colocando-os mais próximos do usuário.

Desse modo, definiram-se as atribuições e competências de cada esfera de governo:

- **esfera federal** – a ela compete: “formulações de políticas nacionais de planejamento, normatização, avaliação e controle do sistema em seu âmbito; apoio ao desenvolvimento científico, tecnológico e de recursos humanos; coordenação das ações de educação para a saúde; regulação do SUS de abrangência

nacional; cooperação técnica e financeira; regulação das relações entre órgãos públicos e privados; regulação da atividade privada; acompanhamento e análise de tendências do quadro sanitário nacional, dentre outros”.

- **esfera estadual** – a ela cabe “a formulação da política estadual de saúde; a coordenação e o planejamento; a formulação e a coordenação da política de investimentos setoriais em seu âmbito; a coordenação da rede de referência estadual e a gestão do sistema de alta complexidade; a coordenação estadual das ações de vigilância sanitária, epidemiológica, de educação para a saúde, dos hemocentros e da rede de laboratórios de saúde pública; o estabelecimento de padrões de atenção à saúde no seu âmbito, dentre outras”.
- **esfera municipal** – a ela compete “a provisão das ações e serviços de saúde, envolvendo a formulação de políticas de âmbito local e o planejamento, execução, avaliação e controle das ações e serviços de saúde, quer sejam voltadas aos indivíduos, ao coletivo ou ao ambiente, inclusive a educação para a saúde e os processos de produção, distribuição e consumo de produtos de interesse para a saúde”.⁵

Esse grau de união entre as três esferas determina um modelo de atenção à saúde para o SUS que tem por objetivo estruturar as práticas de saúde propostas para a sociedade brasileira. Em termos práticos, o modelo de atenção contém as orientações básicas para o desenvolvimento das práticas de saúde em nível local, regional e nacional.

Nessa dinâmica, a construção do SUS sustenta-se nos princípios de equidade, integralidade, universalidade, descentralização e controle social da atenção à saúde.

O **princípio da equidade** dispõe sobre a igualdade no direito a assistência à saúde, definida com base nas situações de risco, condições de vida e estado de saúde da população.⁶

O **princípio da integralidade** orienta as práticas de saúde pela visão integral do homem, de tal forma que o estado dos indivíduos e da coletividade sejam considerados como resultantes das condições de vida expressas em aspectos como educação, lazer, renda, alimentação, liberdade, condições de trabalho, relação com o meio ambiente, habitação, etc.

O **princípio da universalidade** garante o acesso de todo cidadão aos bens e serviços produzidos na rede de atenção à saúde, independente de vínculo empregatício ou de contribuição previdenciária, sem preconceitos ou privilégios.

Pelo **processo de descentralização** promove-se a redistribuição do poder, nas suas vertentes técnica, política e administrativa no âmbito das práticas de atenção à saúde, entre os três níveis político-administrativos do SUS – federal, estadual e municipal, cujas atribuições foram

⁵ Brasil, 1990.

⁶ Op. cit.

anteriormente detalhadas. Portanto, compreende-se a descentralização como um processo de transferência de responsabilidade e recursos da União para os estados e destes, principalmente, para os municípios, onde deve constituir-se a maior parte da estrutura assistencial em saúde.

Segundo as diretrizes do SUS, a redistribuição de poder entre as esferas de governo complementa-se pela participação popular e o controle social.

Entende-se **controle social** como um conjunto de práticas que visam ao exercício da cidadania e à garantia do acesso do cidadão a informações sobre saúde. Imaginemos que cada cidadão, nesse novo contexto, possa formular propostas de reestruturação para o sistema de saúde, do planejamento à execução, intervindo na definição das políticas de saúde nas três esferas de governo, bem como na gestão e execução das ações e serviços de saúde.

O controle social se efetiva com a participação nos Conselhos Nacional, Estadual e Municipal legalmente legitimados nas Conferências de Saúde, que devem ser realizadas a cada dois anos. Nos municípios, além do Conselho Municipal pode-se encontrar dois outros fóruns de participação: o Conselho Distrital - que representa determinada região local - e o Conselho Gestor - que controla o funcionamento das unidades de saúde.

Desde a criação do SUS, dois pontos polêmicos marcam as discussões: o financiamento do Sistema e a composição paritária dos Conselhos. O art. 35, vetado na lei nº 8.080/90 e reeditado na 8.142, dispõe sobre o financiamento para a saúde no orçamento fiscal de cada esfera de governo, *atrelando* a liberação de recursos à criação de plano de cargos, carreiras e salários; à existência de fundos e de Conselhos; ao plano de saúde e à elaboração anual de um relatório de gestão.

As dificuldades de adequação do poder municipal para cumprir as exigências acima descritas levaram os gestores de saúde a idealizar normas operacionais redefinindo toda a lógica do financiamento e, conseqüentemente, da organização do SUS, consolidando um sistema de pagamento por produção de serviços ao setor público.

Atualmente, o financiamento do sistema de saúde é regulado através de critérios que levam em consideração o número de habitantes por região, os tipos de doenças que mais acometem a população, o quantitativo de unidades de saúde, e o desempenho técnico, econômico e financeiro do município no período anterior.

Os valores hoje pagos por procedimentos - vacinas, curativos, inspeção sanitária, visita domiciliar, consultas em especialidades médicas básicas (clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia e pequena cirurgia ambulatorial) - e os procedimentos preventivos de odontologia seriam repassados a todos os municípios habilitados na “gestão plena do básico”, a partir de um valor por pessoa residente em um determinado município.



Paritária - constituído por igualdade de representações, tanto dos órgãos de governo como da sociedade em geral.



Como as normas que estabelecem as mudanças nas formas de repasse financeiro de recursos para gerenciar o sistema de saúde têm sido aplicadas em seu município?

Desse modo, os municípios teriam condições de articular o conjunto das propostas, programas e estratégias que vêm sendo definidos no nível federal e em vários estados, tomando como referencial instrumentos financeiros como o PAB (Piso de Atenção Básica); gerenciais e técnico-operacionais, a exemplo da Programação Pactuada Integrada (PPI), do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa de Vigilância à Saúde (VIGISUS), que possibilitam a construção de um modelo fundamentado na promoção da qualidade de vida.

Uma das formas mais atuais de reorganização do sistema de saúde local é a estratégia de Saúde da Família, que tem como objetivo deslocar o enfoque da assistência hospitalar individualizada para uma assistência coletiva, nos diversos níveis de atenção à saúde. Uma condição básica para o sucesso dessa estratégia é a mudança na política de formação de recursos humanos na área de saúde e outras afins.

Enfim, toda a reorientação e os princípios legais estabelecidos na Política Nacional de Saúde no Brasil são instigantes e provocam reflexões, tais como: o que é desejável e necessário no sistema de saúde de seu município? Quais os grandes obstáculos na implantação do SUS e como superá-los?

“É preciso sonhar, mas com a condição de crer em nosso sonho, de examinar com atenção a vida real, de confrontar nossa observação com nosso sonho, de realizar escrupulosamente nossas fantasias.”

Lênin – *Sonhos, acredite neles*



A gestão plena da atenção básica corresponde ao conjunto de responsabilidades que devem ser cumpridas pelo município para conseguir sua habilitação no Sistema de Financiamento.

4.2 Trabalho, cidadania e modos de vida na sociedade brasileira

Podemos falar, refletir, analisar e ter nossa opinião sobre o trabalho sem conhecer a sociedade em que vivemos? Qual a origem e o significado da palavra trabalho? Qual a participação da mulher no mundo do trabalho? E das nossas crianças e adolescentes?

Buscaremos alguns estudiosos do assunto a fim de entender nossa responsabilidade, ou seja, reconhecer melhor o papel de cada um de nós, trabalhadores-cidadãos, na sociedade moderna e poder identificar, no campo do saber-fazer, as possibilidades de crescimento e reivindicações nos ambientes de trabalho.

Na Europa Ocidental, durante os séculos XVII e XVIII, nasceu a idéia moderna de sociedade - ponto de partida da análise e aprofundamento do tema. Tal entendimento é inseparável, por um lado, da crescente divisão do trabalho; por outro, da representação do indivi-

duo como singular, ético e criador da vida sociocultural. Esses dois eixos de transformação estão vinculados à ordem econômica e a valores culturais que nos ajudam a compreender os diversos significados da nova sociedade em construção.

Mas onde surgem essas transformações?

A Revolução Industrial trouxe, ao mesmo tempo, novas técnicas e maior exploração do homem para o universo da produção fabril. O mundo do trabalho modificou-se completamente. Iniciou-se um acelerado processo de industrialização, com crescimento da produção, ampliação do mercado e do consumo.

É interessante ressaltar como o **trabalho** (a palavra origina-se do termo *tripalium*, instrumento de tortura usado na Idade Média) se transforma em meio e condição de se chegar à modernização e ao progresso do mundo industrializado. É considerado um fenômeno, fruto da capacidade criativa do homem, capaz de gerar, em tese, toda a riqueza e desenvolvimento sociocultural, caminho possível de superação da pobreza e das desigualdades sociais.

Nos anos 70, o maior conhecimento e envolvimento do saber operário ao processo de produção começou a influenciar a gestão da política de saúde do trabalhador. É quando se percebe que “a morbimortalidade tem relações com o mundo do trabalho”, ressalta Lacaz⁷, o que pode ser considerado como avanço, pois até o final do século agravos à saúde eram enfocados somente fora do ambiente de trabalho.

Com as lutas e conquistas dos sindicatos e do Sistema Único de Saúde no que diz respeito à participação da sociedade, surgem os Programas de Saúde do Trabalhador - inicialmente em São Paulo; depois, nos demais estados e municípios.

Hoje, prevalecem transformações na organização da produção e do trabalho. Novas tecnologias, dentre elas a informática como grande propulsora e as telecomunicações, têm permitido agilizar as relações de produção e modificar as formas de contratação da mão-de-obra. Essas mudanças estão presentes nas relações de trabalho, em que se definem a política salarial, a jornada de trabalho e a produtividade/qualidade. Podem, de um lado, contribuir para a revalorização do trabalhador e, de outro, significar a possibilidade de um controle mais sutil sobre o trabalho.

O Brasil, segundo Mé dici⁸, “é um país que ainda convive com grande heterogeneidade nas relações de trabalho e produção. Ao lado do avanço das relações flexíveis de trabalho encontram-se formas de produção onde o assalariamento clássico ainda é uma novidade. Isso faz com que convivam em nosso país uma multiplicidade de realidades com tempos que avançam com intensidades distintas, aumentando ainda mais a diversidade das condições de trabalho”.



Relações flexíveis – nova forma de definir as condições contratuais de trabalho, das quais a terceirização, a contratação por tempo determinado e os sistemas de cooperativa são alguns exemplos.

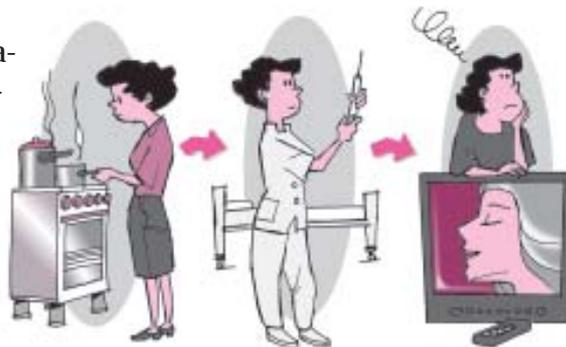
7 Lacaz, 1997.

8 Mé dici, 1993.

E a mulher trabalhadora, onde se situa nesse cenário?

Enfocaremos o trabalho da mulher na área de saúde e sua articulação com outras categorias de trabalhadores.

Lutas e conquistas marcam os novos cenários desbravados pela mulher na sociedade. Elas continuam cumprindo diversas jornadas, pelo fato de serem mãe, mulher, trabalhadora e cidadã, com talento, habilidade e competência; estão envolvidas em diversas instâncias - na política, na indústria, na administração e nos serviços, principalmente nas áreas de saúde e educação.



A presença preponderante de mulheres na área de saúde é fato conhecido. Estima-se que cerca de 80% da ocupação do setor seja feminina - nas categorias de enfermagem, o peso relativo do gênero feminino ultrapassa esse percentual.

Entretanto, como se sabe, a mulher sofre diversos tipos de discriminação – sexual (“sexo frágil”), racial, educacional (maior restrição de acesso à educação) e religiosa, o que a situa em patamares diferenciados em relação ao homem.

Os dados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS 1994) fornecem-nos claramente duas informações: as mulheres, em média, estariam recebendo salários médios mensais menores que os homens; há maior concentração de empregos do gênero feminino, comparativamente ao masculino, em faixas salariais inferiores e vice-versa – há menor concentração de empregos femininos, comparativamente aos masculinos, nas faixas superiores.

Considerando-se as categorias profissionais nos serviços de saúde, se pensarmos apenas nas ações restritas à assistência básica, é possível uma aproximação em relação a apenas três, a saber: médicos, enfermeiros e pessoal de enfermagem (incluem-se nesse grupo: auxiliar de enfermagem, visitador sanitário, auxiliar de banco de sangue, instrumentador cirúrgico, parteira prática e atendente de enfermagem e similares).

Em relação aos direitos sociais, a Constituição Federal de 1988 assegura como direitos do trabalho, dentre outros:

- “relação de emprego protegido contra demissão arbitrária ou sem justa causa;
- seguro-desemprego e fundo de garantia por tempo de serviço;
- salário mínimo nacional unificado;
- décimo-terceiro salário;
- remuneração superior para trabalho noturno;
- participação nos lucros e excepcionalmente na gestão das empresas;

- jornada de trabalho normal não superior a oito horas diárias e quarenta e quatro semanais;
- gozo de férias anual e direito a repouso semanal;
- aposentadoria por tempo de trabalho e idade;
- proteção ao trabalho da mulher e dos jovens;
- reconhecimento das convenções e acordos coletivos de trabalho”⁹.



Um dos graves problemas de nosso país são os contingentes de crianças e jovens precocemente inseridos no mercado de trabalho. Dadas as condições de pobreza e muitas vezes de miséria a que são submetidos, cedo deixam de brincar e passam a ser explorados. Os postos de trabalho são, geralmente, de alto risco, como em olarias, carvoarias, oficinas mecânicas, canaviais.

O Estatuto da Criança e do Adolescente define os direitos dessa parcela da população. Mesmo vigente há alguns anos, assistimos diariamente na mídia denúncias sobre a existência de trabalho de menores de 14 anos, em todas as regiões. Tal fato comprova a falta de políticas públicas que garantam condições aos pais para que não precisem contar com o trabalho infantil como complementação da renda familiar.

A Constituição de 1988 garante em seu art. 8º a livre associação profissional ou sindical sem necessidade de autorização do Estado. Assegura, ainda, o direito de greve a todos os trabalhadores e a presença dos sindicatos é estabelecida como obrigatória nas negociações coletivas de trabalho.

Mas as conquistas referidas no capítulo das políticas sociais prevêem que se estruturam e adotem modelos inovadores na educação e formação profissional. Devem orientar-se por uma visão do todo, multidisciplinar, na qual a articulação do homem e do meio favoreçam novos conhecimentos, práticas e técnicas.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB nº 9.394/96), aprovada em dezembro de 1996, deu início ao projeto de reformulação da política nacional de educação. Redefiniu os papéis e as responsabilidades dos sistemas educacionais – federal, estadual e municipal -, delegando maior autonomia à escola e permitindo o desenvolvimento de conteúdos curriculares conforme a realidade de cada região ou escola.

Segundo informações do Ministério da Educação, em 1999 contabilizou-se cerca de 53 milhões de estudantes, em todos os níveis da educação básica (educação infantil, fundamental e médio) e modalidades (educação de jovens e adultos e educação especial), além da educação superior (graduação e pós-graduação). Em 1970, o número de estudantes era de 28,1 milhões; em 1991, 39,8 milhões; em 1998, 49,8 milhões.

⁹ Girardi, 1995.

Houve também progresso do ponto de vista pedagógico. A taxa de repetência, embora ainda elevada, diminuiu no ensino fundamental de 30,2%, em 1995, para 23,4%, em 1997; no ensino médio, atingiu 26,7% em 1995, declinando para 18,7% em 1997, conforme informações do Ministério da Educação¹².

Falar em condições de trabalho, seja da mulher, da criança, do adolescente ou de qualquer trabalhador, significa refletir sobre as condições de vida e de saúde, conseqüentemente, sobre qualidade, modos e estilos de viver das populações.

“Particularmente em países como o Brasil e outros da América Latina, a péssima distribuição de renda, o analfabetismo e o baixo grau de escolaridade, assim como as condições precárias de habitação e ambiente, têm um papel muito importante nas condições de vida e saúde”, ressalta Buss.¹⁰

É inegável a forte relação existente entre os problemas sanitários que afetam as comunidades e o meio ambiente. Exemplo típico é a diarreia - com mais de 4 bilhões de casos por ano, é a doença que mais aflige, na atualidade, a humanidade.

Conforme relata Nassif¹¹, “a partir de informações do Ministério da Saúde, a cada 24 horas morrem no Brasil 20 crianças, devido à falta de saneamento básico, especialmente esgoto sanitário, e que 25% dos 41,8 milhões de domicílios brasileiros não são atendidos por rede de abastecimento de água, 55% não têm acesso a esgoto sanitário, ou seja, 88 milhões de brasileiros não são assistidos por esgoto sanitário.”

Os problemas “desastrosos” e degradantes, indicados por essas informações, associados a outros relativos a informação, educação, hábitos, cultura, participação popular, controle social, etc., dificultam a melhoria na qualidade de vida, apesar de estarmos ingressando no século XXI.

Portanto, na articulação entre trabalho e economia, educação e saúde, homem e ambiente, com vistas à qualidade de vida da população em geral, faz-se necessário questionarmos nossa participação como trabalhadores com colegas, vizinhos, parentes e outros atores sociais responsáveis por assegurar e manter a vida com qualidade no planeta.

5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abranches, SH, Santos, W, Coimbra, MA. *Política social e combate à pobreza*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1987. Anexo I.

Alencar, MMT. A política de atendimento à infância e à juventude no Brasil, no contexto neoliberal. *Em Pauta*: Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ, 1996.

10 Buss, 2000.

11 Nassif, 2000.

12 Rev. Jornal do Brasil, 2000.

- Bodstein, RCA. Complexidade da ordem social e contemporânea e redefinição da responsabilidade pública. In: Rozenfeld, Suely (Org.). *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ (pp. 63-97).
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatuto da Criança e do Adolescente*, 1998.
- BRASIL. *Indicadores e Dados Básicos* – IDB. Rede Interagencial de Informações para a Saúde, OPAS/OMS, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei Orgânica da Saúde* – Lei nº 8.080/90.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica* – NOB 01/96. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996.
- BRASIL. Ministério do Trabalho. *Relação Anual de Informação Social*. 1994.
- Buss, P. Qualidade de vida e saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. ABRASCO. V. 4, nº 1. 2000.
- Carvalho, GI, Santos, L. *Aspectos jurídicos da gestão de serviços de saúde no Brasil*. São Paulo, [s.d.]. Mimeografado.
- Castro, MHA. Educação desata, um a um, seus muitos nós. *Revista Jornal do Brasil*. Educação 2000. 25 de junho de 2000.
- Dallari, DA. *O que são direitos da pessoa*. 5ª ed. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- Froft, EL. *Antropologia cultural e social*. 2ª ed. São Paulo: Cultrix, 1983.
- Gentile, M. *Os desafios do município saudável*. Programação da Saúde/Município Saudável: Ministério da Saúde, nº 1, ago./out. 1999.
- Girardi, SN. *A situação atual dos recursos humanos em saúde no Brasil*. Relatório Final. Belo Horizonte, jun. 1995 (mimeografado).
- Guimarães, R, Tavares, R. Saúde e sociedade no Brasil anos 80. In: *ABRASCO; IMS/UERJ*. Rio de Janeiro. Relume Dumará, 1994.
- Lacaz, FAC. Prioridade para quem produz. *Revista Radis Tema*, nº 15, out. 1997.
- Klintowitz, J. Como salvar nossas crianças. *Veja*, set. 1999, pp. 116-121.
- Manzini-Covre, ML. *O que é cidadania*. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense, 1991.
- Médici, AC. Mercado de trabalho em saúde no Brasil: desafios para os anos noventa. In: Ministério da Saúde. II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: textos apresentados. *Cadernos RH*. Ano 1, V. 1, nº 3. Brasília: 1993.
- Mendes, EV. *et al. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Hucitec; ABRASCO, 1993.
- Nassif, L. Problema de saneamento não é contábil. *Jornal do Brasil*. 22 de outubro de 2000.
- Salgado, MA. Envelhecimento populacional: desafio do próximo milênio. *Revista da Terceira Idade*, nº 14, São Paulo, 1988, pp. 31-37.
- Silva, EMA. *Alguns aspectos das relações familiares dos adolescentes da comunidade de Rio Pequeno/Jacarepaguá*. UERJ, 1995.
- Silva, JA. *Curso de Direito Constitucional Positivo*. 9ª ed. São Paulo: Malheiros Editores, 1992.

Higiene e Profilaxia



ÍNDICE

1	<i>Apresentação</i>	49
2	<i>Higiene individual e coletiva</i>	50
	2.1 <i>Responsabilidade pessoal versus responsabilidade governamental</i>	51
3	<i>Saúde, meio ambiente e educação</i>	51
	3.1 <i>Problemas decorrentes da urbanização</i>	53
4	<i>A saúde, o trabalho e o trabalhador</i>	55
	4.1 <i>A busca de qualidade de vida no trabalho</i>	58
	4.2 <i>Auxiliar de enfermagem: um trabalhador da saúde</i>	59
5	<i>Vigilância sanitária</i>	61
	5.1 <i>Vigilância sanitária: um trabalho a muitas mãos</i>	62
	5.2 <i>O papel do município</i>	63
	5.3 <i>Atuação da vigilância sanitária</i>	64
6	<i>Saneamento</i>	65
	6.1 <i>Sistemas de abastecimento de água</i>	67
	6.2 <i>Esgotamento sanitário</i>	67
	6.3 <i>O lixo e o controle de vetores</i>	68
	6.4 <i>Destino do lixo</i>	69
	6.5 <i>Reciclagem do lixo</i>	69
7	<i>Educação em saúde</i>	70
8	<i>Referências bibliográficas</i>	70

Higiene e Profilaxia



1- APRESENTAÇÃO

O presente texto de Higiene e Profilaxia visa contribuir para a formação do auxiliar de enfermagem. Ao estudá-lo, este profissional apreenderá os componentes envolvidos nas medidas de manutenção e controle da saúde.

Em um primeiro momento, desenvolvemos os conteúdos de forma a apresentar os fatores pertinentes ao conceito de higiene. Logo após, observamos, em uma perspectiva histórica, de que forma a humanidade vem enfrentando as doenças, bem como a importância da saúde, do meio ambiente e da educação na profilaxia das mesmas.

A seguir, abordamos o tema da saúde do trabalhador e sua associação com o adoecimento.

Posteriormente, enfatizamos como o governo controla, pelas práticas de vigilância sanitária, as condutas humanas, de modo a que não venham causar riscos à saúde. Por fim, discutimos as alternativas para melhorar a qualidade de vida mediante medidas específicas de utilização e tratamento da água e esgoto - e de que modo podemos dar melhor destino ao lixo, visando a prevenção de doenças.

O conteúdo foi elaborado com a pretensão de que, ao final do estudo, o aluno adquira a compreensão de que a saúde, mais que o não-adoecimento, é consequência da relação estabelecida entre o homem e o meio ambiente.

Objetivamos fornecer noções básicas de higiene e profilaxia para possibilitar a esse profissional melhor aptidão em sua atuação, tanto do ponto de vista individual quanto coletivo.

2- HIGIENE INDIVIDUAL E COLETIVA



Inicialmente, discorreremos sobre os principais meios de que dispomos para ter ou manter uma saúde adequada, tanto individual como coletivamente, segundo uma perspectiva que privilegia a saúde da coletividade.

Muitas pessoas acreditam que para se ter saúde basta manter uma boa alimentação e evitar vícios que afetam o organismo. Outras, que a saúde depende de acesso a bons serviços de prestação de assistência pública ou privada.

Apesar de esses fatores - e muitos outros, em conjunto - serem indispensáveis para alcançarmos condições ideais de vida com saúde, faz-se necessário ressaltar que a higiene é um dos mais importantes para assegurar tais condições.

Quando nos referimos à higiene, falamos não apenas da individual, no dia-a-dia, como tomar banho e escovar os dentes. Além dessas ações, voltadas para o cuidado e preservação do corpo, todas aquelas direcionadas à manutenção da saúde mental também integram o que denominamos higiene pessoal.

Nessa perspectiva, o homem deve ser orientado a buscar uma vida equilibrada, reconhecendo, porém, que a saúde física e mental dependem de ações tanto individuais como coletivas.

No nível das ações individuais, para que as pessoas optem por adotá-las, faz-se necessário que saibam de sua importância e tenham condições de utilizá-las. Daí a relevância da educação e orientação para a saúde transmitidas nas esferas familiar, cultural e das ações governamentais.

Considerando-se o permanente inter-relacionamento do homem com os seus semelhantes e o meio ambiente, amplia-se sua responsabilidade no campo da higiene. Assim, ao nos referimos à higiene e sua relação com as condições de saúde da população não podemos pensar apenas na dimensão da responsabilidade individual.

Conseqüentemente, o conceito de higiene deve incorporar a **dimensão social**, que abrange os fatores econômicos e políticos, redundando na **responsabilidade governamental**.



Ações de higiene pessoal são aquelas que estão ao alcance do indivíduo. Dependem de seu próprio conhecimento e ou interesse em agir.

2.1 Responsabilidade pessoal versus responsabilidade governamental

Visando elucidar os limites que determinam o que, em termos de higiene, corresponde às responsabilidades pessoal e governamental, utilizaremos uma exemplificação pertinente à alimentação.

Todos sabemos a importância das verduras, legumes e frutas. No nível pessoal, ao decidir comer um tomate você o lavará antes de acrescentá-lo à sua salada, bem como as mãos antes de fazer a refeição.

Embora você tenha sido cuidadoso, isto de nada adiantará se medidas de responsabilidade governamental não tiverem sido anteriormente tomadas. Por exemplo: o tomate, tão cuidadosamente lavado, pode conter agrotóxicos caso o governo não tenha estabelecido uma política de controle de pesticidas; e a água pode não ter sido adequadamente tratada se não houver investimentos na rede de abastecimento de sua cidade ou bairro.

Outro exemplo significativo que permite a observação dos limites que diferenciam a responsabilidade pessoal da governamental, no tocante à higiene, é a fiscalização de restaurantes, bares e lanchonetes.

Esses estabelecimentos servem alimentos largamente consumidos pela população. Por isso, além de sofrerem a “fiscalização” do consumidor – que pode denunciar, optar por comer em outro lugar, etc. -, devem ser fiscalizados pelo governo, a fim de que cumpram as rigorosas medidas de higiene necessárias para evitar doenças.

As responsabilidades dos governos federal, estaduais e municipais estendem-se aos âmbitos da educação e cultura, e à adoção de políticas públicas voltadas para o investimento nas áreas de saúde e meio ambiente.



Agrotóxicos - produtos aplicados nas plantações para evitar o aparecimento de pragas.



Refleta sobre situações que envolvam responsabilidades pessoais e governamentais em instituições como hospitais, supermercados e escolas.



A enfermagem moderna ou científica nasceu da valorização das medidas de higiene e profilaxia, permanecendo, desde então, ligada a essa idéia. Dessa forma, para que possa orientar as pessoas adequadamente, é importante que o auxiliar de enfermagem conheça as formas de prevenção e propagação das doenças, bem como sua sintomatologia e formas de tratamento.



A água é considerada um dos meios de transporte para o agente causador de doenças – tanto por sua ingestão direta, contato com a pele e mucosas ou irrigação no plantio de alimentos.

3- SAÚDE, MEIO AMBIENTE E EDUCAÇÃO

Ao falarmos em educação, saúde e meio ambiente não podemos nos esquecer de que o Brasil é um país com profundas desigualdades sociais.

Essas diferenças dificultam sobremaneira o planejamento e a execução de ações voltadas para a melhoria de nossas vidas. Cada região/estado possui uma realidade específica, problemas peculiares – e até dentro de um mesmo estado podemos encontrar situações bastante divergentes.

Um exemplo que mostra a singularidade de cada cidade ou estado é o destino dado ao lixo. Nas grandes cidades há um recolhimento diário



Ninguém pode cuidar de sua saúde nem buscar qualidade de vida se não possuir as informações mínimas necessárias para tal. A desinformação afeta o homem e sua família.



e, talvez, tratamento adequado. Quando, porém, as referências são os pequenos municípios do interior do país ou bairros periféricos das capitais, a realidade é outra. O quadro que se revela é o de total irresponsabilidade dos governantes e de desconhecimento, desinformação, da população.

Atualmente, tornou-se lugar-comum a crítica ao fato de o Brasil não cuidar adequadamente de seu meio ambiente. Critica-se, também, o constante descaso com a saúde das pessoas. No entanto, a maior falta de compromisso tem sido com a educação - através da qual o homem pode alcançar a condição de participante do processo de construção social, passando a interferir e contribuir na realidade na qual está inserido.

Infelizmente, ainda há relevante número de analfabetos e ou semi-analfabetos em nosso país, os quais, geralmente, convivem não apenas com esse obstáculo mas também com precárias condições de moradia e salários que mal os mantêm. Conseqüentemente, tais limitações lhes prejudicam sobremaneira o acesso às informações que poderiam proporcionar-lhes melhores noções de proteção à saúde e ajuda no desenvolvimento de seu trabalho e estilo de vida.

Os programas de prevenção de doenças não podem destinar-se apenas às campanhas de vacinação e à orientação individual, pois pensar em saúde exige uma compreensão mais ampla.

Pensemos, por exemplo, em uma doença bastante comum em nosso país - a esquistossomose. Sua abordagem nos possibilita compreender o efetivo inter-relacionamento das áreas de saúde, meio ambiente e educação.

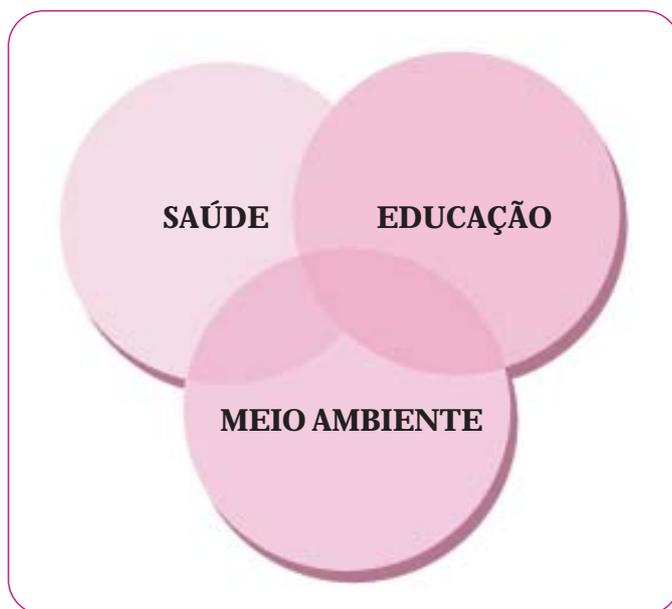
Atualmente, a esquistossomose ainda é um dos graves problemas de saúde no Brasil, sendo considerada endêmica em algumas regiões. Apesar de prevenível, ainda há diversas dificuldades e barreiras historicamente construídas.

Grande parte dos brasileiros não tem acesso à rede de esgoto. Assim, fazem suas necessidades à beira dos rios ou em sanitários improvisados, cujo esgoto corre a céu aberto. Associe-se esse hábito ao fato de muitos rios e lagos brasileiros conterem o caramujo - o hospedeiro intermediário do *Schistosoma mansoni*, agente causador da doença - e veja-se a extensão do problema. O simples ato de tomar banho em um rio, para se refrescar do calor ou se divertir com os amigos, passa a constituir um risco potencial de adquirir a esquistossomose.

Em vista da grande dificuldade de atendimento e acompanhamento nos serviços de saúde, muitas pessoas convivem com a doença sem receber tratamento adequado e quando conseguem acesso a um hospital, geralmente apresentam graves seqüelas.

Essas considerações ressaltam que a relação saúde e meio ambiente é tão estreita que não se pode pensar que a formação do(a) auxiliar de enfermagem - ou de qualquer outro profissional da área de saúde - atenda-se apenas ao ensino de conteúdos específicos.

Como podemos perceber, através deste conhecimento específico amplo o profissional de enfermagem passa a ter grande responsabilidade em relação à prevenção de doenças e à manutenção da saúde das pessoas da comunidade em que vive ou do local onde trabalha – que inclui tanto as ações diretamente relacionadas às doenças propriamente ditas quanto aquelas de caráter mais geral.



3.1 Problemas decorrentes da urbanização

A partir da implantação de projetos industriais muitos dos grandes centros urbanos sofreram significativas transformações. Pessoas que moravam na zona rural para eles migraram, acalentando o sonho de um emprego e acesso à educação de qualidade e a bens e serviços. Como resultado, as cidades “incharam” e houve grande deterioração na qualidade de vida – pela falta de um planejamento que previsse o desenvolvimento de políticas públicas de caráter preventivo.

O número de pessoas aumentou, bem como a quantidade de carros em circulação; aglomerados formaram-se nas periferias e a poluição do ar atingiu níveis alarmantes.

Recentemente, algumas regiões passaram a realizar o controle da poluição e as secretarias estaduais e municipais a agir de forma articulada com os conselhos de meio ambiente, interferindo nas políticas das empresas poluentes – melhorias que, em grande parte, foram motivadas por pressões das ONGs, organismos internacionais e programas de qualidade implantados nas empresas.



Analise a realidade de sua comunidade, observe se existe uma determinada doença que ocorre com frequência. Talvez você já saiba muito a respeito dela, e isso é importante para sua atuação como profissional de saúde.



Amplie seu foco de observação e relacione as relações e pontos de contato existentes entre a saúde, educação e meio ambiente - esta reflexão visa levá-lo(a) a pensar sua própria prática como auxiliar de enfermagem, de forma a melhorá-la a partir desse conhecimento.



Imagine-se trabalhando em uma unidade de saúde no interior do estado ou atuando em uma equipe do Programa Saúde da Família e pense como poderia agir.



A degradação ambiental afeta a qualidade de vida de todas as pessoas; no entanto, essa situação é mais frequente entre as populações carentes. Suas consequências podem ser muito graves.

Pense nos grandes aglomerados urbanos e nas conseqüências da poluição do ar para a saúde das pessoas. Pense nos problemas respiratórios que afetam crianças e adultos. Reflita a respeito das medidas que vêm sendo adotadas, não deixando de considerar os órgãos por elas responsáveis.

- Será que houve uma melhoria significativa?
- Será que as empresas fizeram o possível?
- Será que o governo traçou políticas adequadas de controle nessa área?
- Será que a vigilância e a ação sobre os infratores têm sido efetivas?
- Será que os profissionais de saúde têm atuado de forma correta?
- Será que o profissional de enfermagem tem se preocupado com as ações voltadas para a educação e tem nelas se envolvido, participando mais efetivamente do controle social através dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e de Meio Ambiente?

Observando a realidade vivida pela população de muitos desses municípios, podemos categoricamente afirmar que não!

Ainda há significativa parcela da sociedade sem acesso à água tratada ou sistema de esgoto adequado. O destino dado ao lixo doméstico, industrial e hospitalar não permite que falemos em condições adequadas de saúde.

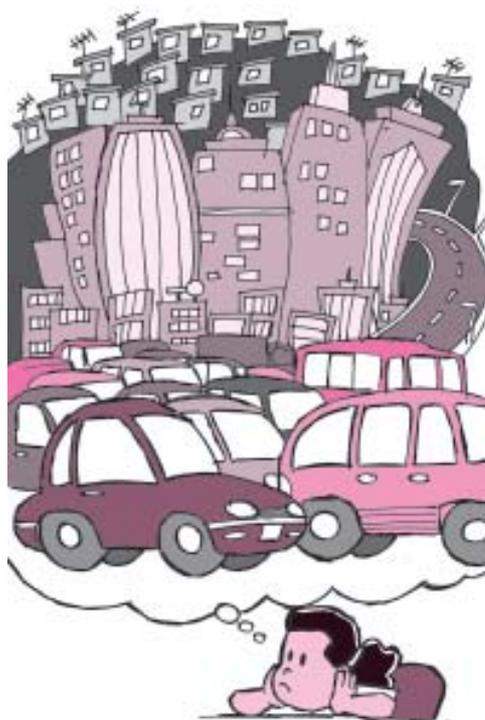
Apesar de um número maior de moradias estar hoje recebendo tratamento de água e estar ligada à rede de esgoto; apesar de existir uma maior preocupação quanto ao tratamento que deve ser dado aos dejetos, é necessário observar que o acesso a esses serviços é absolutamente desigual.

Muitos bairros periféricos dos grandes municípios não têm a infra-estrutura mínima necessária à qualidade de vida com saúde.

Prevenir doenças e manter a saúde humana não depende apenas de campanhas de vacinação em massa ou acesso aos serviços de saúde. Conforme dito, faz-se preciso planejar e investir de forma a permitir uma efetiva integração de ações nas áreas da saúde, educação e meio ambiente.

Até aqui, referimos-nos ao meio ambiente como espaço físico onde o homem vive; espaço por ele modificado com o objetivo de melhorar ou adequar sua sobrevivência, por exemplo:

- desmatamento – realizado com vistas à construção de casas e ou espaço para agropecuária; seu resultado, entretanto, é bastante nocivo pois altera o ecossistema;
- construção de diversos tipos de fábricas, indústrias, etc. – idealizado para dar lucros e gerar empregos, acaba poluindo o ar, rios e solo;



- controle de roedores, mosquitos e pragas de plantação – visando a prevenção de doenças, termina por afetar a fauna e as lavouras com o uso indiscriminado de inseticidas e pesticidas.

Agora, ampliaremos o conceito de meio ambiente, que não mais se referirá apenas ao espaço físico, mas também ao ambiente de trabalho, haja vista sua imbricação com a saúde do trabalhador.



Imbricação – sobreposição parcial de uma coisa com outra.

4- A SAÚDE, O TRABALHO E O TRABALHADOR

Sabemos que adequadas condições de trabalho são essenciais à preservação e manutenção da saúde física e mental. Portanto, a discussão do tema saúde e trabalho deve necessariamente considerar as relações existentes entre o homem que trabalha e o ambiente onde exerce sua atividade.

Ao longo do tempo, esse ambiente sofreu modificações, do mesmo modo que as relações de trabalho. Atualmente, a evolução técnico-científica exige do trabalhador maior habilitação para o exercício de suas atividades, colocando-o diante da competição pelo mercado de trabalho. Além disso, a crescente expectativa de lucros por parte dos empresários aumentou significativamente a exploração da força de trabalho, piorando as condições de vida e trabalho.

A compreensão da idéia de que as condições de trabalho estão subordinadas à expectativa de obtenção de lucros facilita o estudo do meio ambiente de trabalho, espaço onde os trabalhadores sofrem as consequências dos baixos investimentos em medidas de prevenção e controle individuais e coletivos.

Hoje, a inter-relação entre as áreas de saúde, meio ambiente e educação tem contribuído para as discussões que envolvem a qualidade de vida do trabalhador.

Nesse sentido, algumas organizações têm investido na realização de cursos de humanização do serviço, em ações voltadas para a melhoria das relações entre os trabalhadores, redução do estresse e fornecimento de equipamentos de proteção individual e coletiva.

O que devemos lembrar é que essas medidas não são benefícios graciosamente oferecidos pelos empregadores. Cada conquista obtida envolveu lutas e um complicado jogo de forças entre o Estado, as empresas e a sociedade civil, organizada em sindicatos e associações. São um direito conquistado. Além disso, você, trabalhador(a), não pode perder de vista que, por mais que tenham ocorrido mudanças, ainda há muito a ser corrigido.



Como profissional da área de saúde, faz-se necessária sua compreensão acerca do controle dos agentes físicos, biológicos e químicos - fundamental para a garantia da saúde.



Há como discutir esse assunto sem tentar explicar, mesmo que de forma breve, as razões que levam os empregadores a menosprezarem as medidas de prevenção e controle da saúde de seus trabalhadores?



Após refletir sobre a relação trabalho e saúde, como é o dia-a-dia enfrentado pelos profissionais de enfermagem nos serviços de saúde? Será que seus direitos têm sido garantidos e a legislação, cumprida?



Insalubridade – percentual adicionado ao salário do trabalhador que atua em ambiente de risco à sua saúde física e mental.

Por exemplo, já pensou a respeito do pagamento da insalubridade? Vale a pena nos submetemos a um trabalho que nos tira o que temos de mais precioso, nossa saúde, em troca de um percentual a mais no salário?

É claro que não!

Entretanto, muitos desses trabalhos considerados insalubres devem ser realizados. Porém, queremos trazer para reflexão a idéia de que muitas das condições insalubres às quais os trabalhadores brasileiros estão submetidos poderiam ser eliminadas com investimentos em tecnologias mais avançadas.

Mais uma vez, deparamos com a estreita relação entre trabalho, meio ambiente e saúde, que precisa ser melhor compreendida.

Você, auxiliar de enfermagem, pode estar indagando: o que tenho a ver com isso? Onde trabalho não existem esses problemas...

Talvez seja verdade!

Possivelmente, essas questões não sejam tão acentuadas na unidade de saúde ou hospital em que você trabalha, mas dizem respeito a uma abrangência presente em qualquer esfera da vida, especialmente na área de saúde.

O profissional possui responsabilidades que se referem tanto às questões ligadas à própria condição de trabalho quanto à identificação de problemas relacionados à saúde do trabalhador, à vigilância sanitária e aos serviços de saúde das empresas.

A lesão por esforços repetitivos, os níveis de ruídos dos equipamentos, o uso de produtos tóxicos, a falta de investimentos na adoção de certas tecnologias disponíveis no mercado - que poderiam reduzir os riscos de doenças - e a não-melhoria das condições do ambiente de trabalho continuam sendo uma realidade.

Os trabalhadores precisam conscientizar-se das responsabilidades que devem ser cobradas dos governos e das empresas que desobedecem às normas e às políticas de preservação do meio ambiente e de saúde do trabalhador.

Tais políticas - como a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, por exemplo - são resultado de movimentos sociais que, de forma organizada, procuram identificar o descumprimento de determinadas normas e políticas e influenciar a adoção de estratégias que favoreçam a sociedade, em geral, e os trabalhadores, em particular.

O objetivo das lutas que cada organização social busca empreender é a melhoria do acesso do homem a alternativas mais adequadas no trato da questão da saúde e do meio ambiente.

Chamamos a atenção, no entanto, para o fato de que a principal questão a ser discutida não é simplesmente a existência de normas, mas se estas são ou não respeitadas ou cumpridas. Cada um de nós deve compreender a seriedade requerida pelo assunto.

Os muitos avanços que ainda devem ser alcançados dependem da organização de trabalhadores conscientes de seus direitos, conhecedores da realidade que os cerca e na qual estão inseridos, e cômicos de suas possibilidades.

Como auxiliar de enfermagem, você deve procurar conhecer o perfil epidemiológico de morbimortalidade dos trabalhadores do estado ou município em que trabalha, ou seja, de que adoecem e morrem, a fim de que sua atuação profissional não seja descontextualizada.

Apesar de existir uma política geral de saúde do trabalhador, em vista da dimensão territorial do país e das características políticas, sociais, econômicas, culturais e de desenvolvimento de cada região e ou estados - uns são mais industrializados, como São Paulo; outros, mais agrícolas - há significativas diferenças que impossibilitam comparar a situação de saúde dos trabalhadores nos diferentes estados brasileiros.

Para melhor entendimento, procure conhecer os dados relativos ao seu estado e ou município e tente sugerir ações que possam ser implementadas para a melhoria do quadro.

Uma das dificuldades que certamente você encontrará é o fato de que, muitas vezes, os dados oficiais não correspondem à realidade, pois várias doenças profissionais sequer são notificadas. Esse problema, a subnotificação, é gravíssimo porque, além de demonstrar a insensibilidade e ou desconhecimento daqueles que deixam de fornecer informações, revela que muitos ignoram ou desconsideram que a elaboração de um planejamento adequado depende do fornecimento de dados reais.

Há muitas razões que justificam a existência da subnotificação. Grande parte dos trabalhadores brasileiros, por exemplo, não possui carteira assinada e geralmente desconhece seus direitos. Quando sofre uma doença profissional, não tem nenhum tipo de proteção.

E o que o auxiliar de enfermagem pode fazer frente a essa situação?

Primeiramente, precisa saber que essa questão é tão importante que mereceu, por parte do Ministério da Saúde, a criação do Programa de Saúde do Trabalhador - cujo objetivo é a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde do trabalhador, atuando com vistas a:

- intervir na realidade atual, modificando-a por meio de ações voltadas para o investimento na qualificação dos processos de trabalho;
- melhorar as relações que ocorrem no ambiente de trabalho, investindo em recursos humanos, qualificando o profissional, melhorando as relações interpessoais e reduzindo o estresse físico e mental;
- orientar a adoção de medidas que promovam a redução da incidência de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais;



Descontextualizar - fora do contexto, da realidade; sem ligação com os acontecimentos.



Subnotificação - notificação que não condiz com a realidade, cuja amplitude não pode ser dimensionada, podendo estar aquém ou além do número real da ocorrência.



Doenças ocupacionais - disfunção orgânica decorrente do trabalho.

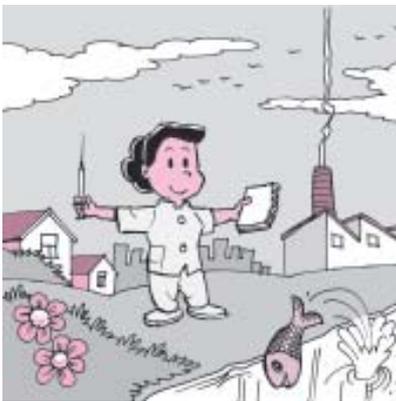
- adotar medidas de orientação ao trabalhador, às empresas e à sociedade em geral.

A indagação sempre feita em situações como esta é: a quem compete agir?

A ação compete a todos, no limite exato de suas responsabilidades sociais, legais e compromisso ético:

- compete ao Estado - porque é responsável pela assistência médica ao doente e àquele que sofreu acidente no trabalho, por meio do devido atendimento na rede pública de saúde;
- compete às empresas – que devem estabelecer as condições necessárias à existência de um ambiente de trabalho com condições sanitárias adequadas e desenvolver ações que objetivem a criação de um ambiente mais humanizado, de respeito e compromisso com a qualidade de vida de seus trabalhadores, incluindo-se a manutenção dos serviços de saúde e a responsabilidade pelos danos causados à saúde do trabalhador;
- compete aos sindicatos – que devem conscientizar os trabalhadores sobre os direitos, bem como pressionar setores do governo e da classe empresarial para que cumpram sua responsabilidade;
- compete ao trabalhador - exigir as condições mínimas necessárias ao desenvolvimento de suas atividades, de modo a garantir a manutenção de sua saúde, e se dispor a participar de programas de capacitação;
- compete a todos - estar atentos às situações de descumprimento legal e exigir que os órgãos competentes assumam suas responsabilidades.

4.1 A busca de qualidade de vida no trabalho



Esse aspecto passa, necessariamente, por uma nova forma de olhar as empresas e seus trabalhadores.

França², referindo-se ao enfoque biopsicossocial que deve nortear essa nova realidade, afirma que no contexto do trabalho esta abordagem pode ser associada à ética da condição humana – a qual busca desde a identificação, eliminação, neutralização ou controle dos riscos ocupacionais observáveis no ambiente físico, padrões de relações de trabalho, carga física e mental requerida para cada atividade, implicações políticas e ideológicas, dinâmica da liderança empresarial e do poder formal e informal até o significado do trabalho em si, relacionamento e satisfação.

O enfermeiro e o auxiliar de enfermagem do trabalho devem estar atentos para que sua atuação não se restrinja a ações de prevenção de

² França, 1997.

doenças, atendimentos a quem sofre acidentes e ou apresenta doenças relacionadas à ocupação.

Esses profissionais precisam ver-se como indispensáveis no processo de modernização das empresas, motivando-as a implementar programas que busquem a humanização e melhoria das relações de trabalho, entendendo que prevenção, manutenção, promoção e recuperação da saúde dependem de investimentos que valorizem os aspectos humanos, do envolvimento de todos e do comprometimento com o crescimento harmônico dos recursos humanos - o que, conseqüentemente, trará melhor qualidade de vida no ambiente profissional.

4.2 Auxiliar de enfermagem: um trabalhador da saúde

Ao cuidar de seus clientes, os integrantes da equipe de enfermagem devem também preocupar-se com os cuidados necessários à preservação de sua própria saúde, seja na realização de técnicas de acordo com o preconizado, seja exigindo dos responsáveis as condições necessárias para tal, uma vez que são bastante suscetíveis a situações de risco e acidentes.

Assim, devem exigir um tratamento digno, pois têm o direito de ser devidamente capacitados para o exercício de suas atividades, bem como receber acompanhamento e controle de suas condições de saúde, e equipamentos de proteção individual (máscaras, luvas, aventais, calçados, sapatilhas, óculos, lençóis, etc.) necessários ao desenvolvimento do trabalho - o que não pode ser negligenciado.

Como conseqüência de nossa especificidade de trabalho, corremos o risco de vir a ter os seguintes problemas:

● Lombalgia

Afeta significativa parcela dos trabalhadores da área de enfermagem, daí a importância de se educar o trabalhador para que faça os movimentos adequados, visando evitar futuras complicações.



Os equipamentos de proteção individual (EPIs) são gratuitamente fornecidos pelas instituições nas seguintes condições: todas as vezes em que as medidas de proteção coletiva forem tecnicamente inviáveis ou não permitam completa proteção contra os riscos de acidentes do trabalho e ou afecções profissionais; no período de implantação das medidas de proteção coletiva e em situações de emergência.



Faz-se urgente a realização de estudos de ergonomia - ao ambiente de trabalho e aos movimentos de corpo - visando à proteção da saúde do trabalhador e à adaptação dos equipamentos de trabalho.



Estudos de ergonomia - estudos científicos relativos à adaptação de equipamentos e do meio ambiente de trabalho, de modo a não prejudicar a saúde do profissional.

- **Acidentes com material pérfuro-cortante**

Os profissionais devem ser orientados quanto aos diversos riscos no manuseio desses materiais, tendo em vista os riscos aí envolvidos e o descaso quanto ao seu manuseio e eliminação. Exemplo: corriqueiramente, vemos profissionais reencaparem as agulhas após sua utilização, o que é completamente incorreto.



- **Contato com produtos químicos**

Mais acentuado no ambiente hospitalar, seja durante o manuseio de medicamentos - que acabam sendo inalados quando de seu preparo -, seja pelo contato com produtos utilizados em desinfecção, esse fato igualmente não recebe a devida atenção.



- **Contato com secreções e eliminações**

A probabilidade de adquirir uma doença infecto-contagiosa representa sério problema entre os profissionais de saúde. Para sua minimização, as instituições devem dar especial atenção aos programas de educação continuada, vacinação, monitoramento periódico da incorporação de novos hábitos e fiscalização da utilização dos equipamentos de proteção individual.



● Estresse

O permanente convívio com situações-limite faz com que o profissional de saúde tenha maior susceptibilidade ao estresse, seja devido ao contato com a miséria e o sofrimento humanos, seja pela impotência diante da dimensão dos problemas, dificuldades e complexidade do trabalho em equipe.

No caso da mulher, soma-se ainda a percepção de desvalorização de seu trabalho e a sobrecarga de atividades externas (o cuidado com familiares e a casa, por exemplo).



● Irritação, cansaço e desânimo

Freqüentes no dia-a-dia, estes problemas refletem as condições insatisfatórias de trabalho, merecendo investimento sério e urgente.

O trabalho da enfermagem, além de desgastante e pesado, em geral não tem o devido reconhecimento - como melhores salários, benefícios e valorização - dos responsáveis por seu gerenciamento.

5- VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A idéia de vigilância sanitária origina-se na Europa dos séculos XVII e XVIII e no Brasil dos séculos XVIII e XIX, com o surgimento da noção de *polícia sanitária*.

Essa polícia sanitária, citada por Eduardo³, tinha, dentre outras, as funções de exercer o saneamento da cidade, fiscalizar as embarcações e o comércio de alimentos e vigiar a cidade, com vistas a evitar a propagação de doenças.

Ao longo da história brasileira, a noção de controle e vigilância da saúde vem incorporando outros conhecimentos mais compatíveis com a realidade política, econômica e social do país, como as idéias de meio

³ Eduardo, 1998.



ambiente, ecologia e qualidade de vida; a questão do planejamento urbano e do lixo; o direito do consumidor.

Assim, estudaremos o atual conceito de vigilância sanitária, constante na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990:

“Art. 6º, parágrafo 1º - Entende-se por Vigilância Sanitária um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - O controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo;

II - O controle da prestação de serviços que se relaciona direta ou indiretamente com a saúde”.

Os profissionais de saúde utilizam o instrumental da vigilância sanitária para o alcance de seus objetivos; portanto, devem ter amplo conhecimento, dominar as ferramentas do exercício de vigilância, os manuais específicos e os roteiros de inspeção, haja vista sua atuação em setores os mais diversos.

Referindo-se à definição anteriormente citada, Eduardo⁴ lembra que ela amplia o campo de atuação da vigilância sanitária pois “ao ganhar a condição de prática capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, torna-se uma prática com poder de interferir em toda a reprodução das condições econômico-sociais e de vida, isto é, em todos os fatores determinantes do processo saúde-doença”.

Nessa nova realidade, é possível compreender a vigilância sanitária como parte que integra e se articula com todo o planejamento de saúde dentro do Sistema Único de Saúde.

5.1 Vigilância sanitária: um trabalho a muitas mãos

Considerando o exposto, pode-se perceber a importância que assumem os setores de vigilância em nossas secretarias, e as dificuldades relativas à implementação de suas atividades, bem como a necessidade – para as pessoas que neles atuam - de dominar conhecimentos que não pertencem exclusivamente ao setor saúde.

4 Op. cit. 1998.

Vigilância sanitária se faz de forma integrada!



Cada um desses órgãos tem um papel e forma de agir e podem ser acionados sempre que houver interesse ou necessidade. Além de uma ação integrada, devem compreender que, bem mais que inspecionar, conceder licenças para funcionamento ou não, vigiar, autuar, faz-se necessário repensar a vigilância em sua dimensão educativa, de busca de um padrão de qualidade e incorporação da ideia de que todo o dano deve ser reparado.

Não basta à vigilância sanitária cumprir seu papel burocrático. Ela deve construir um planejamento voltado para a realidade local e solidamente fundamentado na ética, justiça e educação.

Atuando em órgãos de coordenação da vigilância sanitária, seja em âmbito municipal, estadual ou federal, os profissionais devem estar atentos à necessidade de que o seu planejamento contemple tanto os aspectos técnicos quanto os éticos e jurídicos – o que gera a necessidade de que conheçam princípios do Direito, especialmente nas áreas do Direito Penal e Civil.



Direito Penal – ocupa-se das punições impostas àqueles que desobedecem às leis.

Direito Civil – relaciona-se às normas que regulam as relações dos cidadãos entre si.

5.2 O papel do município

A partir da municipalização da Saúde e com base no que preconiza o Sistema Único de Saúde, o município é o elemento indispensável à nova concepção de vigilância sanitária.

Entretanto, não restam dúvidas de que muitas intervenções da vigilância sanitária extrapolam seus limites territoriais e políticos, exigindo planejamento e ações conjuntos. Essa necessidade não decorre apenas da complexidade inerente a determinadas situações, mas pode estar ligada às dificuldades de cada município em suprir recursos financeiros, humanos e, até mesmo, materiais.

Segundo Eduardo⁵, “em relação aos níveis de competência, a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) do Ministério da Saúde assume o papel de coordenação, visando regulamentar e executar as ações em todo o país. No nível estadual, os órgãos de coordenação central, regionais e municipais possuem estruturas organizacionais que variam de acordo com as diferentes unidades da Federação”.

5.3 Atuação da vigilância sanitária

A vigilância sanitária possui extenso campo de atuação. Afinal, quase tudo, de algum modo, apresenta ligação com a saúde das pessoas. Portanto, sujeito à atuação da SNVS: da pilha, que não deve ser desprezada no lixo comum, ao restaurante, que deve controlar o combate de insetos e roedores; da fábrica organizada segundo um modelo de trabalho que estressa seus empregados.

Seja na área de produção, seja na de prestação de serviços ou de controle do meio ambiente, a vigilância encontra espaço para sua atuação.

Rouquayrol⁶ organiza as funções da vigilância sanitária de forma bastante abrangente, lembrando que, no Brasil, ela é responsável pela normatização e controle de:

- bens, da produção, armazenamento, guarda, circulação, transporte, comercialização e consumo de substâncias e produtos de interesse da saúde, suas matérias-primas, coadjuvantes de tecnologias, processos e equipamentos;
- tecnologias médicas, procedimentos e equipamentos e aspectos da pesquisa em saúde;
- serviços, direta ou indiretamente relacionados com a saúde, prestados pelo Estado e modalidades do setor privado;
- de portos, aeroportos e fronteiras, contemplando veículos, cargas e pessoas;
- aspectos do ambiente, processos de trabalho e saúde do trabalhador.

Todas as que atuam na área de saúde deveriam ter um conhecimento básico de como funciona o setor de vigilância sanitária de seu município, procurando saber como agem e se as medidas que adotam alcançam os resultados esperados.

5 Op. cit. 1998.
6. Rouquayrol, 1999.

6- SANEAMENTO

Em nossa sociedade, o termo saneamento vem sendo utilizado de muitas maneiras. Sempre que a ele nos referimos, nos vem à mente a idéia de que esta é uma preocupação das sociedades modernas e que, no passado, as pessoas não estavam atentas à necessidade do estabelecimento de medidas coletivas de controle sanitário, mas isto não é verdade! Há muito, os homens perceberam a necessidade de medidas de prevenção de doenças e controle da saúde.

O conceito de saneamento utilizado pela Organização Mundial da Saúde (*OMS*) é o controle de todos os fatores do meio físico que exercem ou possam exercer efeito nocivo sobre o bem-estar físico, mental ou social das pessoas.

Muitas doenças ocorrem pelo desconhecimento da forma ideal de cuidar do meio ambiente e do destino dado aos dejetos (lixo, fezes). Por outro lado, apesar de várias pessoas possuírem esse conhecimento, não lhe dão o devido valor e continuam a agir como se seu comportamento não provocasse sérias conseqüências para sua saúde, a de sua família e a da coletividade.

Mas a quem, afinal, compete a responsabilidade pela saúde?

Dizemos que essa responsabilidade envolve a parceria governo/sociedade. Ou seja, o governo deve garantir o serviço de coleta de lixo; e o cidadão, embalar o lixo que produz e colocá-lo em local adequado para coleta. Assim, as atividades relacionadas ao saneamento exigem responsabilidades tanto governamentais como individuais.

Vejamos um exemplo bastante comum que exemplifica este raciocínio: alguém que desconheça a importância do uso da água limpa e do vaso sanitário pode utilizar a água de rio para beber e tomar banho. Nesses atos, pode vir a contrair, por exemplo, diarreia. Ao defecar perto do rio, permitirá que o ciclo da doença continue pois a chuva fará com que as fezes, portadoras do agente causador, também contaminem a água. Assim, a próxima pessoa a usar a água desse rio também se contaminará.

Portanto, é responsabilidade de cada um conhecer o ambiente em que vive. Por outro lado, é responsabilidade do governo prover os meios de formação das pessoas, garantindo-lhes acesso a escolas e centros comunitários, além de investir na construção de estações de tratamento de água e esgoto.

Essas responsabilidades governamentais estão claramente contidas na Constituição de 1988, que faz referência ao saneamento básico nos seguintes artigos:



A OMS é uma instituição formada por representantes de vários países e tem por objetivo propor normas e programas para que a população não-assistida possa ser atendida por uma política de saúde.



Os sanitaristas são profissionais de nível universitário a quem compete traçar, para as autoridades governamentais, as melhores estratégias de planejamento, determinando os locais e formas de sanear o meio ambiente, e como podem ser postas em prática.



Em 1995 o presidente da República sancionou a Lei nº 8.987, que também permite à iniciativa privada prestar serviços públicos, dentre eles o de saneamento.



De que forma sua cidade investe em saneamento?

Art. 21 (inciso XX): afirma que compete à União, entre outras atribuições, “instituir diretrizes para o desenvolvimento urbano, inclusive habitação, saneamento básico e transportes urbanos”;

Art. 23 (inciso IX): diz ser competência comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios “promover programas de construção de moradias e a melhoria das condições habitacionais e de saneamento básico”;

Art. 30 (inciso V): atribui aos municípios competência para “organizar e prestar, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, os serviços públicos de interesse local (...)”;

Art. 200 (inciso IV): diz que compete ao SUS “participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico”.

Apesar de essa legislação definir as competências do governo no que se refere à resolução dos problemas pertinentes ao saneamento, explicitando-as de maneira inequívoca, muitas dessas determinações não têm sido cumpridas. Desta forma, ainda não atingimos níveis adequados de saneamento em todo o país, fato que tem direta interferência com alguns indicadores de saúde populacionais, como os citados por Costa e Silva Jr.⁷, por exemplo:

- 30% das mortes de crianças com menos de um ano de idade devem-se à diarreia;
- 60% dos casos de internação em pediatria devem-se à falta de saneamento;
- há 5,5 milhões de casos de esquistossomose.

Com base em nossas discussões e reflexões, podemos elaborar o seguinte conceito de **saneamento**: conjunto de medidas que tem por objetivo alcançar níveis de saúde no mínimo satisfatórios, por meio de abastecimento de água potável, coleta e disposição de esgotos e lixo e de educação da população para a saúde, com a finalidade de proteger e melhorar as condições de vida, tanto nos centros urbanos como nas comunidades rurais.

Agora que você sabe a importância do saneamento para a saúde, faz-se necessário conhecer suas principais atividades, as quais, conforme Mota⁸, são:

- abastecimento de água;
- afastamento de dejetos (sistemas de esgoto);
- coleta, remoção e destinação final do lixo;
- drenagem de águas pluviais;
- controle de insetos e roedores;
- higiene dos alimentos;

⁷ Costa e Silva Jr., 1996.

⁸ Nota *apud* Rouquayrol, 1999.

- controle da poluição ambiental;
- saneamento da habitação, dos locais de trabalho e de recreação;
- saneamento aplicado ao planejamento territorial.

Conforme pode-se perceber, o cumprimento das responsabilidades governamentais e da sociedade é de vital importância para o desenvolvimento das atividades acima listadas.

6.1 Sistemas de abastecimento de água

O abastecimento de água pode ocorrer por alternativas individuais ou coletivas.

No nível individual, utiliza-se mais comumente a coleta direta de água em rios, represas, lagoas, fontes naturais, etc.; reserva de água da chuva e construção de poços.

Coletivamente, a forma ideal é o sistema público de abastecimento de água, desenvolvido em algumas etapas: a primeira, de grande importância, é a captação da água, em rios, lagos, represas, lagoas, etc. Em seguida, necessita ser transportada até uma estação de tratamento, geralmente por tubulações, para que seja adequadamente limpa (retirada de impurezas) para utilização. Devidamente tratada, precisa ser armazenada em reservatórios. Destes, pelas chamadas redes de distribuição, chega à população, suprimindo suas necessidades.

Conscientize-se de que a água é o maior bem da humanidade, sem ela a vida se torna impossível. Cada um de nós tem responsabilidade pela conservação de nossas riquezas hídricas.

6.2 Esgotamento sanitário

A construção do sistema público de esgotamento sanitário tem como objetivos: a coleta do esgoto individual ou coletivo; o transporte e afastamento rápido e seguro do esgoto, seja através de fossas ou de sistemas de redes coletoras; e o tratamento e disposição final, isto é, o destino a ser dado ao esgoto tratado.

Na sua inexistência, pode-se utilizar a construção de fossa séptica, que recebe os dejetos transportados através da água, ou seca, que recebe os dejetos diretamente, sem água.

Você parou para pensar que ao lavar seus pratos, tomar banho ou utilizar o banheiro gera certa quantidade de dejetos? E que estes devem ser processados no sistema de esgoto?

A partir de agora, ao realizar essas atividades, lembre-se do quanto estão relacionadas com o uso da água, ou seja, com o sistema de abastecimento de sua cidade.



Atualmente, existem vários *sites* na Internet que discutem esse assunto e divulgam dados muito interessantes. Pesquisando-se a palavra saneamento, é possível acessar várias informações que servirão de valioso subsídio para o aprendizado.



Na falta de um sistema coletivo de abastecimento de água ou incerteza de que a água esteja qualificada para consumo humano, pode-se adotar medidas caseiras como a filtração, fervura (por 10/15 minutos) e utilização de produtos à base de cloro.



Apenas 1% da água em todo o mundo é potável.

Mas essa água precisa retornar para algum lugar, não é verdade? E essa função compete aos serviços de esgotamento sanitário: separar os resíduos sólidos da água, tratá-la e devolvê-la para o meio ambiente, de forma a não causar danos à nossa saúde.

6.3 O lixo e o controle de vetores

O lixo, também chamado resíduo sólido, é todo o resto de qualquer produto produzido e jogado fora – tanto de residências como de atividades sociais ou industriais.

Na saúde pública, representa fator indireto de transmissão de doenças, pois polui o meio ambiente e gera conseqüências adversas. Seu acúmulo em locais não apropriados propicia a proliferação de vetores que nele encontram alimento, abrigo e condições favoráveis, ocasionando doenças ao homem.

Essas doenças podem, inclusive, ser de natureza química, motivo pelo qual as autoridades sanitárias devem constantemente fiscalizar fábricas e indústrias que jogam lixo químico em rios (chumbo, cromo e nitratos, por exemplo), mares ou outras fontes de água utilizadas para consumo pela população.

Mas como podemos livrar-nos dos vetores associados ao lixo?

A resposta parece simples: devemos acondicionar e desprezar, de maneira adequada, o lixo produzido em nossa casa ou trabalho. Nessa fase, mais uma vez deparamo-nos com algo que envolve não apenas a responsabilidade individual, mas também a governamental. E aí a coisa deixa de ser simples - por exemplo, se colocarmos o lixo em sacolas resistentes e adequadamente fechadas mas a Prefeitura não o recolher, nosso problema persiste.

Assim, para que a limpeza pública seja considerada eficaz, faz-se necessário cumprir quatro etapas: adequado acondicionamento do lixo, limpeza das ruas, coleta e transporte e seu tratamento ou disposição final.

As principais medidas de controle vetorial são de ordem **ambiental, química e biológica**.

O **controle ambiental** torna o saneamento do meio ambiente acessível a todas as pessoas, ou seja, todos devem ter acesso, dentre outras coisas, a água tratada, esgotamento sanitário e destino final para o lixo - essa é a melhor estratégia para impactar as condições que viabilizam a proliferação de vetores.

O **controle químico**, muito empregado no Brasil, consiste no uso de agentes químicos borrifados, em intervalos regulares de tempo, em regiões com problema de vetores.

O **controle biológico** visa colocar entre os vetores alguns organismos predadores naturais dos mesmos, que com eles disputarão a conquista de alimentos, abrigo, etc. - estratégia muito pesquisada, pois, de certa maneira, não prejudica o meio ambiente.

6.4 Destino do lixo

Nas sociedades modernas, uma das grandes preocupações é o destino a ser dado ao lixo produzido e acumulado cotidianamente. Alguns locais dispõem de usinas de lixo, responsáveis por sua reciclagem. Mas isto não é a nossa realidade como um todo: os estados e municípios lidam com o seu lixo da maneira que lhes é possível.

Como caminhos alternativos ao enfrentamento desse problema, realizam-se campanhas educativas e veiculam-se propagandas nas televisões e rádios visando conscientizar a população.

Um estudo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 1990, concluiu que 75% do lixo produzido no Brasil são jogados, sem qualquer critério, nos lixões.

Como o problema é bastante sério, listamos a seguir algumas alternativas que não causam prejuízos à comunidade: o aterro sanitário, a incineração, os depósitos coletivos e a compostagem.

O **aterro sanitário** consiste em enterrar o lixo após sua compactação, cobrindo-o com camadas de terra. Para funcionar, exige cuidados e técnicas específicas, realizados por engenheiros autorizados, e o respeito a determinadas recomendações da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

A **incineração** consiste na queima do lixo, com o intuito de reduzir seu peso e volume. É boa alternativa quando: da inviabilidade de se fazer o aterro sanitário; há expressiva quantidade de resíduos não-infectados; há uma distância significativa entre o local de coleta e o de sua disposição.

Os **depósitos coletivos** são grandes vasilhames destinados ao depósito de lixo, para utilização comunitária. Um de seus inconvenientes é a necessidade regular de sua coleta, e sua destinação final.

A **compostagem** é a transformação de resíduos orgânicos presentes no lixo, mediante processos físicos, químicos e biológicos - o que resulta em excelente adubo.

6.5 Reciclagem do lixo

A técnica de reciclagem representa, hoje, uma tentativa de diminuição do desperdício e acúmulo de poluentes que podem ser recuperados. Dentre suas principais vantagens, destacam-se:

- redução do custo da coleta;
- aumento da vida útil dos aterros sanitários, tendo em vista a diminuição da quantidade de lixo para eles encaminhado;
- reutilização de produtos descartados;

- redução do consumo de energia das fábricas;
- diminuição dos custos de produção, decorrente do reaproveitamento dos produtos.

Agora, ao presenciar alguém despejando lixo nas ruas, certamente você terá conhecimento dos problemas que tal ato pode causar à comunidade. De posse desse saber, cabe-lhe agora o papel de multiplicador dessas informações em sua comunidade.

7- EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde é uma prática social cujo processo contribui para a formação da consciência crítica das pessoas à respeito de seus problemas de saúde e estimula a busca de soluções e organização para a ação individual e coletiva.

Atualmente, há diversas formas de divulgar os conhecimentos necessários para envolver o cidadão nas ações de melhoria de suas condições de vida e de sua comunidade, na perspectiva de estimular o exercício efetivo de sua plena cidadania.

8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. *Parâmetros Curriculares Nacionais: terceiro e quarto ciclos*. Apresentação dos temas transversais. Secretaria de Educação Fundamental/MEC, Brasília, DF, MEC/SEF, 1998. p. 436.

Eduardo, MBP. *Vigilância Sanitária*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

Figueiredo, PJM. *A sociedade do lixo: os resíduos, a questão energética e a crise ambiental*. Piracicaba: Editora UNIMEP, 1994.

França, ACL. Qualidade de vida no trabalho: conceitos, abordagens, inovações e desafios nas empresas brasileiras. *Revista Brasileira de Medicina Psicossomática*, nº 1(2):79-83, 1997.

Jacobi, P. Saúde e meio ambiente em uma realidade tão desigual. *Debates socioambientais*. Centro de Estudos de Cultura Contemporânea. São Paulo, ano 3, nº 8, nov./dez./jan./fev. 1997/98.

Nightingale, F. *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é Florence Nightingale*. São Paulo: Cortez; Ribeirão Preto, ABEn- CEPEn, 1989.

Rouquayrol, MZ, Almeida Filho, N. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

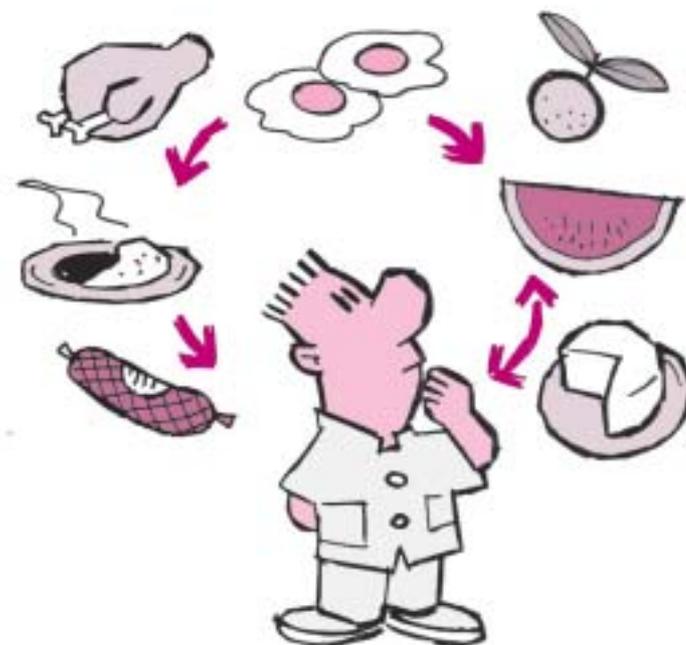
Nutrição e Dietética



ÍNDICE

1	<i>Apresentação</i>	75
2	<i>Alimentação e Saúde</i>	76
	2.1 <i>Perfil nutricional da população brasileira</i>	78
	2.2 <i>Distribuição dos problemas nutricionais</i>	78
	2.3 <i>A vigilância nutricional</i>	79
	2.4 <i>A situação nutricional no Brasil está melhorando?</i>	80
	2.5 <i>A Política Nacional de Alimentação e Nutrição</i>	81
3	<i>Alimentação e Nutrição</i>	83
	3.1 <i>Alimentos</i>	83
	3.2 <i>Nutrientes</i>	86
	3.3 <i>Classificação dos alimentos quanto à sua função no organismo</i>	97
	3.4 <i>Higiene e conservação dos alimentos</i>	103
4	<i>Nutrição nos Diferentes Ciclos da Vida</i>	107
	4.1 <i>Nutrição na gestação</i>	108
	4.2 <i>Nutrição na lactação</i>	108
	4.3 <i>Nutrição na infância</i>	110
	4.4 <i>Nutrição na adolescência</i>	111
	4.5 <i>Nutrição no envelhecimento</i>	112
5	<i>Alimentação e o Cuidado Nutricional como Forma de Terapia Não-Medicamentosa</i>	113
	5.1 <i>O cuidado nutricional</i>	113
	5.2 <i>Estrutura padrão de uma unidade de alimentação e nutrição hospitalar</i>	115
	5.3 <i>Tipos de dietas oferecidas nos hospitais</i>	115
	5.4 <i>Interação droga-nutriente</i>	121
6	<i>Referências Bibliográficas</i>	122

Nutrição e Dietética



1- APRESENTAÇÃO

O presente texto abordará os conteúdos de Nutrição e Dietética, essenciais à formação do auxiliar de enfermagem, possibilitando-lhe aplicações práticas nas disciplinas profissionalizantes e no cuidado, manutenção da saúde, prevenção de doenças e integração de diversos conteúdos das disciplinas instrumentais.

Considerando-se que a alimentação é um dos fatores determinantes das condições de saúde, abordaremos sua aplicação na prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, bem como os problemas nutricionais mais comumente encontrados em nosso país.

Estudaremos os conteúdos específicos da nutrição e apresentaremos as funções dos nutrientes no organismo, suas principais fontes alimentares, as conseqüências de uma ingestão inadequada (deficiência e excesso) e as recomendações nutricionais adaptadas à população brasileira.

Com relação aos alimentos, conheceremos desde sua classificação, correta manipulação e conservação até conceitos sobre os alimentos funcionais e transgênicos.

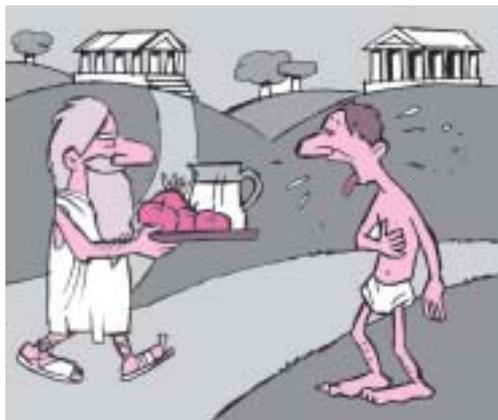
Ressaltaremos a importância de uma alimentação adequada para o desenvolvimento do ser humano e sua aplicação como forma de

tratamento não-medicamentoso em diversas doenças, considerando, obviamente, as situações da realidade e sua possível aplicação teórica na prática.

Esperamos que o presente material efetivamente contribua para a reflexão e compreensão da situação nutricional brasileira e sua relação com o modo de vida atual, propiciando ao auxiliar de enfermagem a utilização dos conhecimentos ora adquiridos em sua prática profissional.

2- ALIMENTAÇÃO E SAÚDE

A relação entre alimentação e saúde é conhecida desde a Antiguidade, sendo vasta a produção científica e leiga sobre o assunto. Os primeiros escritos médicos a respeito de sua importância para a saúde foram produzidos por Hipócrates, o Pai da Medicina, nos séculos V-IV a.C. - e muitos conhecimentos e convicções são ainda aceitos nos dias atuais.



Àquela época, já se conhecia a importância de um tipo de tratamento que utilizava os alimentos para a cura de algumas doenças, e já se fazia uso da farmacologia e, mesmo, de cirurgias. No entanto, a terapia que priorizava a alimentação tinha como público-alvo apenas os ricos e abastados. Preconizava-se, ainda, que a nutrição e a dietética, os exercícios físicos, a sexualidade e o repouso eram fundamentais para a prevenção de doenças e manutenção da saúde¹.

Um importante conceito acrescentado por Hipócrates a seus estudos foi o de que o homem gasta energia quando faz exercícios, e que os alimentos e bebidas compensam tal perda - hoje, sabe-se bem mais sobre o assunto.

Obviamente, não se pode comparar as informações científicas daquele período com as atualmente disponíveis, haja vista o incrível avanço da ciência desde então, particularmente no século XX. Além disso, vários alimentos foram incorporados à alimentação dos povos e o modo de vida teve intensa modificação - fatos que influenciaram a alimentação do homem e sua relação com a saúde.

No entanto, a idéia de que uma alimentação variada, individualizada e flexível pode contribuir para a saúde está sendo cientificamente comprovada e continua a ser um dos ensinamentos mais importantes.

Com o passar do tempo, a alimentação deixou de ser prioridade na prevenção de doenças e recuperação da saúde, sendo substituída pelos remédios e cirurgias, de resultados mais rápidos - mudança devi-

1. Mazzini, 1998.

da à introdução das tecnologias na área de saúde e aos avanços obtidos na farmacologia. Contudo, o emprego das tecnologias de ponta no diagnóstico e tratamento de doenças é significativamente oneroso, o que o não disponibiliza para todos que dele necessitam.

Considerando tais fatos, os profissionais de saúde e estudiosos da área voltam-se cada vez mais para a prevenção dos problemas de saúde, entendendo que o controle das doenças da atualidade não é de fácil realização. Além disso, de modo geral, as pessoas estão cada vez mais interessadas em obter informações sobre como viver mais e melhor.

Atualmente, a alimentação vem sendo aplicada sob o enfoque da prevenção dos problemas de saúde e incorporada como direito humano básico. A esse respeito, Valente diz:

“(...) o direito à alimentação começa pela luta contra a fome, ou seja, pela garantia a todos os cidadãos do direito de acesso diário a alimentos em quantidade e qualidade suficiente para atender às necessidades nutricionais básicas essenciais para a manutenção da saúde”.²

Antropologicamente, a alimentação ultrapassa a dimensão biológica do homem, de suas necessidades nutricionais, pois no ato de se alimentar a humanidade constrói a sua história. Em cada época, em cada espaço geográfico e comunidade existem modos diversos de se alimentar e preparar os alimentos, como se um ritual fosse - formas que são ou não incorporadas por outros povos, outras gerações.

Como um processo, a alimentação, dependendo de vários fatores, sofre modificações - algumas vezes impostas; outras, por necessidade da própria sobrevivência humana ou por consciência de sua necessidade.

A seguir, listamos vários fatores que podem influenciar a alimentação:

- condição socioeconômica;
- disponibilidade local dos alimentos;
- condição de plantio dos alimentos;
- cultura do meio (rural/urbano) em que as pessoas vivem;
- religião, crenças e tabus alimentares;
- hábitos e preferências alimentares;
- propaganda;
- patologias;
- informações prestadas por profissionais de saúde.



Antropologia – ciência que reúne várias disciplinas cujas finalidades comuns são descrever o homem e analisá-lo com base nas características biológicas e culturais.



Alimentação é a forma como as pessoas se alimentam, isto é, como escolhem, adquirem, combinam e consomem os alimentos disponíveis.

² Valente, 1997.

2.1 Perfil nutricional da população brasileira

Apesar do atual conhecimento científico a respeito das doenças e suas causas, especificamente da ciência da nutrição, muitas pessoas ainda passam fome no mundo e adoecem por alimentação inadequada sob os pontos de vista da quantidade e qualidade.

Em nosso país, ainda convivemos com problemas nutricionais associados à pobreza e à miséria, como desnutrição, hipovitaminose A, bócio e doenças correlacionadas a hábitos alimentares inadequados, como a anemia, obesidade e dislipidemias, que afetam tanto a população empobrecida como as demais parcelas da sociedade.

No entanto, não apenas esses problemas têm relação com a alimentação. As atuais doenças, associadas ao modo de viver das pessoas, parecem também estar relacionadas com a alimentação - como exemplos, doenças cardiovasculares, diabetes e neoplasias.

Além dessas, outras podem estar relacionadas com a qualidade do alimento ingerido, como a diarreia, a alergia e, até mesmo, doenças que podem levar rapidamente à morte - quando o alimento apresenta substâncias impróprias para consumo humano, como as toxinfecções alimentares.

2.2 Distribuição dos problemas nutricionais

Se refletirmos sobre a situação de saúde de determinada área geográfica, podemos enumerar muitas doenças diretamente inter-relacionadas com a alimentação. Por sua vez, as estatísticas de saúde podem auxiliar em muito o entendimento dessa questão, revelando, por exemplo, o número de indivíduos com desnutrição.

Muitas crianças não crescem adequadamente porque não conseguem alimentar-se bem ou apresentam algum problema que as impede de aproveitar as substâncias contidas nos alimentos. Além de não evoluírem como as demais crianças de sua idade, podem ainda apresentar peso insuficiente para a idade e ou altura.

O quadro a seguir apresenta os principais problemas nutricionais que ocorrem no Brasil. Ressalte-se que alguns dados foram obtidos em fontes produzidas por estudos nacionais; outros, por pesquisas regionalizadas³ - importantes para se conhecer a realidade local, o número de pessoas atingidas e os fatores que influenciam esse processo em cada comunidade ou região.



Dislipidemia – distúrbio provocado por qualquer anormalidade no perfil lipídico sanguíneo.

3 [Http://www.saude.gov.br/programas/carências/index.html](http://www.saude.gov.br/programas/carências/index.html)

PROBLEMA NUTRICIONAL	DADOS DE PESQUISAS REALIZADAS NO PAÍS
Déficit de altura para a idade	10,5% de crianças menores de 5 anos com grandes variações regionais (1996)
Déficit de peso para a idade	5,7% de crianças menores de 5 anos com grandes variações regionais (1996)
Anemia ferropriva (carência de ferro)	50% de crianças menores de 2 anos; 35% de gestantes
Deficiência de vitamina A	É problema endêmico em grandes áreas das regiões Nordeste e Norte e em bolsões de pobreza da região Sudeste
Carência de iodo	Prevalente em áreas do Centro-Oeste e na Amazônia, não abastecidas por sal iodado
Sobrepeso e obesidade	Obesidade: 4,8% entre os homens e 11,8% entre as mulheres; prevalente nas áreas urbanas (1989)

Fonte: Ministério da Saúde, 1999.

2.3 A vigilância nutricional

Um dos importantes meios para a obtenção de informações acerca do estado nutricional de uma população é o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) - desde 1990 regulamentado pelo Ministério da Saúde como atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SISVAN pode ser muito útil no trabalho em saúde, pois tem por objetivos descrever a situação nutricional e indicar as tendências das condições de alimentação e nutrição e seus determinantes, com fins de planejamento e avaliação de intervenções, programas e políticas.

Dada a dimensão e diversidade das áreas de atuação do SISVAN, faz-se necessária a parceria entre governo, instituições não-governamentais e sociedade, com esforços conjuntos para a melhoria do quadro alimentar e nutricional do país⁴.

De acordo com seus idealizadores, não apenas a área de saúde pode fornecer informações sobre alimentação e nutrição e contribuir para a construção do banco de dados do SISVAN; outras áreas a ela correlacionadas também o podem e devem fazer, como a econômica, social, de saneamento, educação e agricultura.

O papel do setor saúde, porém, é fundamental no que diz respeito ao diagnóstico precoce e ao combate dos problemas nutricionais. As informações obtidas em uma unidade sanitária são estratégicas para a captação precoce de pessoas com problema nutricional ou em risco,



No Brasil, a anemia por carência de ferro é um problema nutricional de grande magnitude.



Provavelmente, ao compreendermos melhor o problema e suas causas temos maior possibilidade de intervir localmente, bem como subsidiar políticas sociais no município e ou estado.

⁴ Engstrom, 1998.

possibilitando os procedimentos inerentes ao cuidado da saúde - muitas vezes, elas necessitam um cuidado diferenciado (agendamento prioritário, participação em grupos de acompanhamento nutricional, controle de enfermidades associadas), além de estratégias como a suplementação alimentar.

2.4 A situação nutricional no Brasil está melhorando?

Apesar de ainda convivemos com crianças desnutridas e pessoas que passam fome, a situação brasileira, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), não é entendida como grave - o percentual de crianças com déficit de peso é considerado baixo. Mas isto nem sempre foi assim.

O primeiro grande inquérito nacional sobre a situação nutricional de crianças menores de 5 anos e a alimentação de suas famílias foi realizado em 1974/75. De acordo com os padrões da OMS, a prevalência total de desnutrição foi considerada muito alta. Além disso, foram apontados déficits de calorias, vitaminas e minerais.

Em 1989, a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) apresentou resultados bem distintos dos anteriores: a situação nutricional infantil melhorou bastante - o que, segundo Iunes e Monteiro⁵, deveu-se à ampliação do acesso da população a serviços públicos como saneamento, saúde e educação.

Paralelamente, o índice de sobrepeso e obesidade aumentou na população adulta, revelando maiores riscos de saúde relacionados às doenças crônicas - como as cardiovasculares, o diabetes e alguns tipos de câncer.

O motivo dessa mudança em período tão curto relaciona-se ao modo de vida da população, especialmente a da área urbana.

Apesar de as causas dessas mudanças serem ainda desconhecidas, o impacto provocado no sistema de saúde é significativo. Atualmente, a mortalidade por doenças do aparelho circulatório é a mais alta - e a alimentação inadequada pode contribuir para o agravamento desse quadro. Considerando tais fatos, as ações de caráter preventivo, curativo e de reabilitação, na área de nutrição, revestem-se de fundamental importância.

Todos sabemos que uma alimentação saudável é fundamental à vida. Assim, a orientação dos profissionais de saúde quanto à sua importância deve ser prática constante - o que propicia maior conhecimento acerca dos padrões alimentares saudáveis, ajudando as pessoas a mudarem hábitos inadequados.

5 Iunes e Monteiro, 1993.

O profissional de enfermagem, além de desempenhar seu papel fundamental, o cuidar da população, deve conscientizar-se de que uma alimentação correta assegura mais saúde, menos doença e melhor qualidade de vida para as pessoas.

2.5 A Política Nacional de Alimentação e Nutrição

Com base na situação alimentar e nutricional brasileira, o Conselho Nacional de Saúde aprovou, em maio de 1999, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), cujo propósito é “a *garantia da qualidade dos alimentos colocados para o consumo no país, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais*”.⁶

Esta política tem as seguintes diretrizes:

- Estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos;
- Garantia da segurança e da qualidade dos produtos e da prestação de serviços na área de alimentos;
- Monitoramento da situação alimentar e nutricional;
- Promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis;
- Prevenção e controle de distúrbios nutricionais e doenças associadas à alimentação e nutrição;
- Promoção de linhas de investigação;
- Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

Incorporadas a essas diretrizes, são desenvolvidas ações como:

- a) Incentivo ao combate às carências nutricionais - visa recuperar o estado nutricional de crianças na faixa de 6 a 23 meses, mediante fornecimento de leite integral e óleo de soja. Esse atendimento pode estender-se a outros grupos populacionais, como gestantes, idosos e crianças maiores de 24 meses, desde que estabelecido como prioritário pelos municípios;
- b) Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) - objetiva fornecer informações epidemiológicas acerca do estado nutricional nos diferentes ciclos de vida, suas tendências e determinantes – bem como a operacionalidade e eficácia das ações governamentais;
- c) Ações para o controle da hipovitaminose A - consiste na distribuição de megadoses de vitamina A em crianças de 6 meses a 5 anos;
- d) Ações para o controle da anemia ferropriva - incentivam o aleitamento materno, com vistas à prevenção de todos os

6 - Ministério da Saúde, 1999.



Bolsões de miséria - são áreas desprovidas de serviços públicos e que possuem grande concentração de pessoas em situação bastante precária de vida.



Multimistura - é um preparado que pode conter farelos de trigo e arroz, folha de mandioca, sementes de abóbora e casca de ovo. Em algumas regiões, são acrescentados produtos locais - como o pequi, em Goiás, e a pupunha, na região Norte.



Como devemos nos alimentar para obter saúde e prevenir doenças?

distúrbios nutricionais, a distribuição de suplemento medicamentoso e a orientação alimentar para o desmame. Visam reduzir em 1/3 a prevalência dessa anemia entre as crianças brasileiras até o ano de 2003;

- e) Ações para o controle dos distúrbios por deficiência de iodo - consistem na vigilância sanitária, epidemiológica e realização de atividades educativas. Seu principal objetivo é a iodação do sal para consumo humano, obrigatória no país;
- f) Ações para a promoção da alimentação adequada e peso saudável - visam aumentar o conhecimento da população acerca da importância da alimentação saudável e da atividade física como meios de manutenção do peso saudável e redução do sobrepeso e obesidade na população adulta.

Adicionalmente, no Brasil são desenvolvidos os seguintes programas de alimentação e nutrição:

- Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), mais conhecido como “merenda escolar” - efetivado pelo Ministério da Educação;
- Programa de Alimentação do Trabalhador - efetivado pelo Ministério do Trabalho.

Em alguns estados e municípios, os governos desenvolvem outros programas visando aumentar a eficácia no combate aos problemas nutricionais vigentes. Além das ações governamentais, entidades não-governamentais, como empresas privadas, igrejas, clubes, associações de moradores, sindicatos de trabalhadores, movimentos ligados à cidadania e outros, também realizam atividades nessa área.

A Pastoral da Criança, ligada à Igreja Católica, por exemplo, desenvolve um projeto com crianças em bolsões de miséria de 3.166 municípios brasileiros. Desde 1986, realiza ações que envolvem a comunidade local e promovem a utilização da multimistura no tratamento da desnutrição.

Um outro exemplo de atuação é o “Natal sem fome”, idealizado por Herbert de Souza, o Betinho. Mas, com certeza, você conhece outras iniciativas e programas desenvolvidos em seu município.

3- ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Nutrição é o processo pelo qual o organismo recebe e transforma os alimentos, retirando e utilizando as substâncias necessárias à sua manutenção.

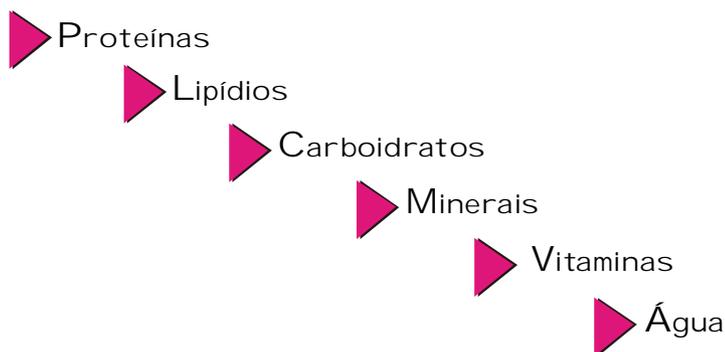
Ao estudarmos a nutrição, podemos identificar alimentos que contêm substâncias importantes para a saúde, cuja escolha adequada pode contribuir sobremaneira para a prevenção de doenças.

3.1 Alimentos

Agora, falaremos dos alimentos e de como podemos obter as substâncias necessárias ao funcionamento do organismo e à manutenção da vida.

Alimento é toda matéria sólida ou líquida que, levada ao trato digestivo, é utilizada para manter e formar os tecidos do corpo, regular processos corporais e fornecer energia, mantendo a vida - energia denominada **caloria** ou **Kcal**.

Os alimentos são constituídos por vários componentes orgânicos e inorgânicos denominados nutrientes, tais como:



Os alimentos são encontrados na natureza e têm origem animal ou vegetal. Alguns podem ser consumidos em sua forma natural, como a laranja ou maçã, por exemplo; outros, precisam passar por processos de cocção (assados, fritos, cozidos, grelhados ou sob vapor) para serem consumidos e melhor aproveitados, como a carne, arroz e milho. No caso dos industrializados, que passam pelos mais diversos processos, são acrescentadas várias substâncias que podem ser prejudiciais à saúde, como corantes, conservantes, sal e açúcar em excesso, dentre outras. Ressalte-se que, para atender a situações específicas de saúde, os alimentos podem ser modificados como “diet” e “light”:



Todos os nutrientes são fundamentais e desempenham uma ou mais funções no organismo. Não existe um mais importante que outro.



Nutriente - é todo componente orgânico ou inorgânico essencial ao funcionamento do organismo humano. São ditos essenciais quando o organismo não os produz ou os produz em velocidade ou quantidade inadequada. Assim, devem ser diariamente fornecidos pela alimentação.

- **Alimentos “diet”** – nessa classificação, algum nutriente é retirado ou substituído. Exemplo: refrigerante “diet” – o açúcar é retirado e substituído por outro adoçante, tornando-se indicado para pessoas portadoras de diabetes;
- **Alimentos “light”** – essa designação indica diminuição da quantidade de nutriente. Exemplo: requeijão “light” - a quantidade de lipídios é diminuída, tornando-se indicado para quem necessita perder peso ou diminuir o colesterol.

Atualmente, dois conceitos de alimentos vêm sendo incorporados na literatura e bastante discutidos na imprensa: os alimentos funcionais e os transgênicos.

Os **alimentos funcionais** possuem grande quantidade de substâncias benéficas ao funcionamento do organismo. Sua definição ainda está em desenvolvimento mas alguns estudiosos os classificam como produtos alimentares que fornecem benefícios específicos à saúde, superiores aos nutrientes tradicionais que contêm.

De maneira geral, são vistos como promotores de saúde - os ricos em fibras dietéticas são os mais conhecidos no tocante ao efeito benéfico - e estão associados com a diminuição dos riscos de doenças crônicas como insuficiências cardíacas, diabetes, câncer e outras.

Para melhor entendermos sua atuação no organismo, faz-se necessário apresentar algumas considerações sobre as fibras alimentares. Primeiramente, é importante ressaltar que sua conceituação é complexa, pois incluem diferentes compostos, com efeitos diversos, tanto no alimento como para quem as consome.

Essas fibras são componentes de origem vegetal que não constituem fontes de energia, haja vista que não podem ser digeridas pelo organismo humano, tais como:

- celulose, hemicelulose e pectina, que são componentes da parede celular das plantas;
- gomas, mucilagens e polissacarídeos de algas.

Com base em seu papel fisiológico e propriedades físicas, as fibras são classificadas em solúveis e insolúveis. Durante o seu trânsito no trato alimentar, as fibras da dieta podem interagir com diversas substâncias, levando à sua eliminação ou absorção.

As **fibras solúveis** têm a capacidade de reter água e formar géis, servindo como substrato para a fermentação das bactérias colônicas. Estão presentes na aveia, cenoura, maçã, cevada, feijão, frutas cítricas e morango e parecem contribuir para a diminuição dos níveis séricos de colesterol.

As **fibras insolúveis** integram a estrutura das células vegetais e são encontradas em todos os tipos de substância vegetal, hortaliças, farelos, frutas e, principalmente, nas camadas externas de cereais.

Normalizam o trânsito intestinal, tornando-o mais rápido em pessoas com constipação e prolongando-o naquelas que apresentam trânsito rápido ou diarreia - mecanismo esse que reduz a exposição aos agentes cancerígenos; daí sua indicação como prevenção do câncer de cólon.

Os **alimentos transgênicos** são aqueles geneticamente modificados, criados em laboratórios com a utilização de genes de diferentes espécies de animais, vegetais ou micróbios. Seu surgimento tornou-se possível a partir do desenvolvimento da engenharia genética.

Sua toxicidade ambiental e ou humana não é facilmente definida pois ainda está em estágio inicial de desenvolvimento. De modo geral, refere-se à interação de substâncias químicas com a vida, em todas as suas formas. Há, entretanto, aspectos impossíveis ou muito difíceis de serem solucionados. Como estimar, por exemplo, que quantidades de substâncias químicas podem ser consideradas tóxicas em uma pessoa, em curto ou longo prazo?

Diante de tanta incerteza, não há como precisar se o grau de exposição a esses alimentos e seus efeitos serão benéficos ou maléficos à saúde humana, principalmente para as futuras gerações.

Ultimamente, a mídia veicula que produtos alimentícios como soja, milho, batata, tomate e outros já estão sendo comercializados no Brasil sem que o consumidor receba informações detalhadas a respeito de sua origem – o que expõe as pessoas tanto às vantagens como aos riscos da utilização de alimentos transgênicos em sua alimentação.



Constipação - evacuação infrequente e dificultosa das fezes; prisão de ventre.

Engenharia genética - atividade de manipulação de moléculas DNA/RNA recombinantes.

Vantagens:

- os transgênicos podem produzir alimentos mais nutritivos e seu cultivo pode ser mais eficaz que o convencional, aumentando-se o poder de armazenamento;
- auxilia a eliminação da utilização de agrotóxicos na lavoura;
- aumenta a produtividade, baixando os preços.

Riscos:

- podem causar alergias ou danificar o sistema imunológico, uma vez que, transmitindo seus genes a outras espécies, podem afetar animais;
- não há consenso no que se refere aos efeitos, em curto, médio e longo prazos, sobre a saúde do ser humano, nem sobre um eventual tratado de biossegurança.

3.2 Nutrientes

Os **nutrientes** estão distribuídos nos mais diferentes alimentos – motivo pelo qual devemos manter uma alimentação variada, o que nos garante o recebimento de todos os nutrientes essenciais.

Alguns alimentos possuem grande quantidade de proteínas, como a soja e a carne; outros, grande quantidade de carboidratos, como o arroz e a batata.

No tocante às informações ao consumidor, alguns alimentos industrializados trazem, em seus rótulos, observações sobre sua composição – o que permite maior conhecimento de seu conteúdo nutricional e função no organismo.

3.2.1 Proteínas

As **proteínas** são substâncias formadas por aminoácidos ligados entre si e presentes em todas as células dos organismos vivos.

- **Funções das proteínas no organismo**

- favorecer o crescimento, manutenção e reparação dos tecidos do corpo;
- obter energia, quando a quantidade de carboidratos e lipídios é insuficiente;
- formar enzimas, hormônios e anticorpos (protetores contra as infecções);
- transportar substâncias orgânicas.

- **Digestão, absorção e utilização das proteínas**

Para sua utilização pelo organismo, faz-se necessário que as proteínas sejam “quebradas” em pequenas partes (aminoácidos), o que ocorre quando do processo de digestão.

O primeiro passo é a trituração dos alimentos na boca. A seguir, as proteínas começam a ser “quebradas” no estômago e intestino. Completada a digestão, os aminoácidos passam para a corrente sanguínea e são utilizados na formação de tecidos ou outra função. Ressalte-se que o destino dos aminoácidos varia de acordo com as necessidades orgânicas, havendo um equilíbrio dinâmico entre a quebra e a formação de proteínas.

- **Necessidades humanas**

As necessidades de proteínas no organismo são maiores durante a fase de crescimento: os bebês, crianças e adolescentes precisam de maior quantidade por quilograma de peso do que os adultos e idosos.

Assim, recomenda-se o consumo de pelo menos uma boa fonte de proteínas diariamente, como leite, ovos e carne.

● Fontes de proteínas

As proteínas podem ser de origem animal e vegetal. As de origem animal são consideradas de alto valor biológico; as de origem vegetal não têm proteínas de alto valor biológico mas se estiverem presentes na mesma refeição podem tornar-se boa fonte de proteínas. Exemplo: a associação do arroz com o feijão.

A soja apresenta grande quantidade de proteínas, maior até que a da carne, mas não possui alguns aminoácidos essenciais em quantidades suficientes. Tal fato nos leva a recomendar que a pessoa que não ingere nenhuma proteína de origem animal deve combinar muito bem os alimentos, para obter uma alimentação equilibrada.

Fontes de proteínas de origem animal	Fontes de proteínas de origem vegetal
carnes vermelhas, frango, peixe, leite e derivados, ovos	soja, feijão, lentilha, grão de bico, ervilha



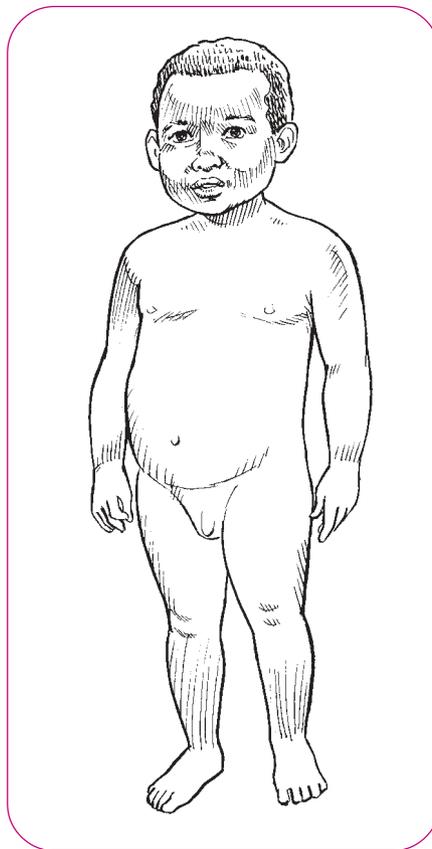
A soja pode ser uma alternativa alimentar para as pessoas que não podem comer carne ou não gostam dela.

● Deficiência de proteínas

As crianças que não consomem proteínas em quantidades adequadas podem ter o desenvolvimento e crescimento comprometidos e adquirir uma forma de desnutrição denominada *Kwashiorkor* – a qual, extremamente grave, pode levar à morte caso não haja rápida intervenção.

A criança desnutrida apresenta-se inchada, com lesões na pele e alterações no cabelo (que se torna quebradiço e mais claro). Essa situação, não freqüente em áreas urbanas, é mais comumente encontrada em áreas rurais e nas crianças que recebem alimentação à base de farinha, açúcar e água – o que lhes dá gordura subcutânea, mascarando o quadro de desnutrição e dificultando o diagnóstico.

Desde que identificadas, devem ser levadas imediatamente ao serviço de saúde. Sua melhora dependerá de uma alimentação rica em proteínas. Nos adultos, a deficiência de proteínas pode levar ao emagrecimento e à perda muscular.



Criança com Kwashiorkor

- **Excesso de proteínas**

Paralelamente, o excesso de consumo de proteínas também é prejudicial à saúde, pois a ingestão de uma quantidade superior às necessidades, além de ser armazenada na forma de gordura, pode sobrecarregar os rins.

3.2.2 Carboidratos

Também conhecidos como hidratos de carbono ou glicídios, são considerados a fonte primária de energia para o organismo, pois rapidamente fornecem “combustível” para o cérebro, medula, nervos periféricos e células vermelhas do sangue.

Os carboidratos dividem-se em dois grandes grupos:

- **Carboidratos ou açúcares simples** - exemplos: glicose, frutose (frutas e mel) e sacarose (açúcar);
- **Carboidratos complexos** - exemplos: amido (arroz, batata), glicogênio (tecido muscular) e fibras dietéticas (celulose e outras).

Todos os carboidratos fornecem energia para o corpo, com exceção das fibras - estas, apesar de não aproveitadas pelo organismo e não se constituírem nutriente, são de extrema importância para o ser humano e devem estar presentes na alimentação diária. São encontradas em maior quantidade nas frutas e hortaliças.

● **Funções dos carboidratos**

- fornecer energia;
- ajudar a regular a utilização das proteínas e lipídios;
- proporcionar reserva energética pela formação de glicogênio no fígado e músculos.

● **Digestão, absorção e utilização de carboidratos**

A digestão dos carboidratos inicia-se na boca, pela ação de uma substância chamada **amilase salivar**, mas é no intestino delgado que ela se completa – quando do encontro com outras substâncias intestinais e pancreáticas.

A absorção de carboidrato simples, principalmente a glicose, é realizada no intestino delgado, de onde é levado para a corrente sanguínea e transportado para o fígado.

A glicose pode seguir os seguintes caminhos no organismo:

- ser transformada em glicogênio (reserva de energia) nos músculos e no fígado, para posterior utilização de obtenção de energia durante a atividade física;
- ser distribuída para todas as células do organismo, para atendimento das necessidades energéticas.
- ser transformada em gordura e armazenada para necessidades futuras.

● **Necessidades humanas**

Grande parte das necessidades de energia é atendida pelos carboidratos, que podem ser adquiridos mediante o consumo, de preferência, de alimentos ricos em amido, como trigo, arroz, milho, mandioca (aipim), batata e massas.

● **Fontes de carboidratos**

Vários alimentos são ricos em carboidratos. Alguns possuem grandes quantidades e devem constituir a base alimentar, como arroz, batata, pão, mandioca e macarrão, ricos em carboidratos complexos.

O açúcar e refrigerantes são ricos em carboidratos simples, não devendo ser consumidos em grande quantidade.

Alimentos ricos em carboidratos complexos

Cereais integrais, trigo, mandioca (aipim), macarrão, arroz, pão, milho, batata, cará, batata doce, legumes

Alimentos ricos em carboidratos simples

Frutas, mel, açúcar, balas, refrigerantes, doces concentrados



Pessoas que praticam atividade física intensa ou gastam muita energia, como os trabalhadores braçais, atletas, crianças e jovens, necessitam de maior quantidade de carboidratos do que aquelas sedentárias – mesmo que tenham idade, altura e peso idênticos.

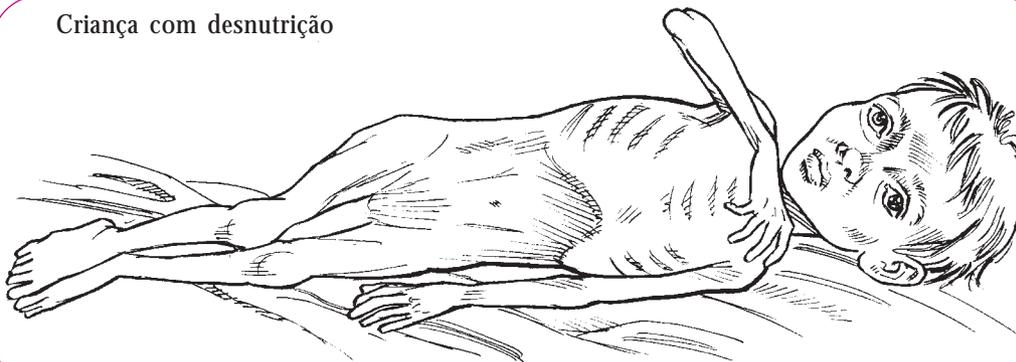
● **Deficiência de carboidratos**

A deficiência de carboidratos pode provocar tonturas, dores de cabeça e magreza.

A principal consequência de uma alimentação pobre em energia é a desnutrição energético-protéica, também denominada marasmo, cuja característica, de modo geral, é o emagrecimento e insuficiência de energia e nutrientes.

Crianças que não recebem nutrientes em quantidades suficientes podem ganhar peso inadequado, ter o crescimento estatural comprometido (ficam baixas) e, dependendo da idade, duração e intensidade da desnutrição, ter o desenvolvimento afetado como um todo.

Criança com desnutrição



Os refrigerantes, as “balinhas” e a aguardente possuem calorias vazias, pois apresentam grande quantidade de carboidratos simples, sem outros nutrientes.

● **Consumo excessivo**

O consumo excessivo, principalmente de açúcares simples como “balas”, refrigerantes, doces e biscoitos, pode trazer complicações como o desenvolvimento de cáries dentárias em crianças. A obesidade e o diabetes não são causados pelo consumo elevado de carboidratos simples mas são situações que podem ter menores complicações quando seu uso é mais restrito.

As pessoas que sofrem de diabetes e ou precisam ou desejam perder peso geralmente substituem o açúcar de sua alimentação por adoçantes artificiais. Essa substituição, entretanto, deve ser criteriosa pois ainda não se conhecem totalmente os efeitos do consumo desses produtos a longo prazo. Existem muitos substitutos do açúcar, que podem ser naturais ou artificiais, calóricos ou não-calóricos.

Adoçantes naturais mais utilizados:

- a) frutose – calórico. Presente nas frutas, mel e melaço. É também comercializado com o nome de frutose;
- b) maltose – calórico. Presente no malte, matéria-prima da confecção de cervejas;
- c) estévia – calórico. É comercializado puro, com o nome de *Stévia*[®], e também associado ao ciclamato e ou sacarina como adoçante industrializado.

Adoçantes artificiais mais utilizados:

- a) aspartame - calórico, mas com alto poder adoçante, motivo pelo qual é aconselhado em dietas de emagrecimento. Não há necessidade de grande quantidade para adoçar, principalmente bebidas. Não deve ser utilizado em altas temperaturas nem por indivíduos portadores de fenilcetonúria. É encontrado nos adoçantes industrializados comercializados com os nomes *Finn*[®], *Gold*[®], *Zero Cal*[®] (pó), dentre outros.
- b) ciclamatos e sacarina – não-calóricos. Encontrados em adoçantes industrializados comercializados com os nomes *Doce Menor*[®], *Dietil*[®], *Zero Cal*[®] (líquido), *Assugrin*[®], dentre outros.

Segundo a American Diabetes Association⁷, todos os adoçantes podem ser usados pelos diabéticos, inclusive por mulheres grávidas (com pequena restrição ao uso da sacarina, que pode ser repassada à placenta).



Fenilcetonúria é uma doença de origem genética. Seu portador apresenta deficiência da enzima, responsável pelo metabolismo do aminoácido fenilalanina. Essa deficiência tem relação direta com o desenvolvimento mental.

3.2.3 Lipídios

Os lipídios são substâncias que, em temperatura ambiente, não se misturam à água e podem ser líquidos (óleos) ou sólidos (gorduras).

Os óleos são de origem vegetal - como o óleo de soja, girassol, canola, milho e azeite de oliva; as gorduras, de origem animal - como a gordura da carne, a banha de porco e o colesterol do ovo.

A maioria das gorduras dos alimentos de origem animal é saturada (podem aumentar os níveis de colesterol no sangue); e a maioria dos óleos de origem vegetal e de peixes é insaturada (podem ajudar a baixar os níveis de colesterol no sangue). As exceções são o óleo de coco, o dendê e o chocolate, que contêm grande quantidade de gorduras saturadas.

⁷ Mahan, 1998.

- **Funções dos lipídios no organismo**

- fornecer maior quantidade de energia por grama;
- transportar as vitaminas A, D, E e K;
- dar mais sabor aos alimentos;
- fornecer ácidos graxos essenciais;
- participar da síntese de hormônios e da formação da membrana celular.

- **Digestão, absorção e utilização dos lipídios**

A digestão dos lipídios inicia-se no intestino delgado. Ao chegarem ao duodeno, entram em contato com as substâncias que promovem sua digestão.

Os lipídios são absorvidos no jejuno e transportados, ligados às proteínas, à corrente sanguínea. Parte deles destina-se à produção de energia; outras, são captadas pelo fígado e ou depositadas em forma de gordura corporal.

- **Necessidades humanas**

O consumo de lipídios não necessariamente precisa ser grande, mas deve estar presente na alimentação, todos os dias, principalmente os de origem vegetal.

- **Fontes**

- Alimentos ricos em lipídios saturados – carnes (de modo geral), pele de frango, queijo, requeijão, manteiga, leite integral, óleo de coco, ovo, chocolate, fígado, miolo de boi, crustáceos e alguns peixes (tainha, bagre, arenque);
- Alimentos ricos em lipídios insaturados - óleo de canola, abacate, azeite de oliva, óleo de peixe, azeitona preta, alguns peixes (sardinha, pescada, robalo), óleo de soja, óleo de milho, óleo de algodão, nozes, germe de trigo;
- Alimentos ricos em colesterol - somente os de origem animal, como ovos, carnes, frutos do mar, miolo, fígado, moela, leite integral.

- **Deficiência de lipídios**

A deficiência de lipídios essenciais pode ocasionar dermatite, mau funcionamento da retina e afetar o desenvolvimento ce-

rebral em bebês. Dietas pobres em lipídios podem causar doenças carenciais por ausência das vitaminas A, D, E e K, que deixam de ser transportadas, além de ocasionar emagrecimento em proporções exageradas.

- **Excesso de lipídios**

O consumo de grande quantidade de lipídios, principalmente os contidos nas carnes, pele de galinha e manteiga, pode causar sérias conseqüências no sistema cardiovascular, como entupimento das artérias (aterosclerose), aumento do colesterol, derrame e obesidade.

3.2.4 Vitaminas

As vitaminas são substâncias orgânicas essenciais, necessárias em pequenas quantidades diariamente, para que o organismo desempenhe bem suas funções. Podem estar ligadas às gorduras, como as vitaminas A, D, E e K, ou não, como as vitaminas do complexo B e a vitamina C.

As vitaminas do complexo B e a vitamina C não são armazenadas no organismo e o seu excesso é eliminado pela urina – o que ocorre mais facilmente quando a temperatura aumenta e ou na presença de luz, ar e umidade.

As vitaminas A, D, E e K podem ser armazenadas no organismo quando consumidas em quantidade maior que a necessária. Não se perdem com tanta facilidade quando passam por processos de cocção.

- **Funções, principais fontes, deficiência e excesso das vitaminas**

As vitaminas, com uma ou mais funções no organismo, têm papel fundamental na utilização de carboidratos, proteínas e lipídios, ajudando nas reações bioquímicas. A vitamina A, por exemplo, desempenha importante função na visão, crescimento e imunidade.

Vejamos as principais fontes e funções das vitaminas e o que pode ocorrer quando de seu consumo inadequado:

Vitaminas	Principais fontes	Funções	Deficiência	Excesso
A retinol	Leite, manteiga, margarina enriquecida, folhas verde-escuras e alimentos alaranjados, como a manga, cenoura e mamão (pró-vitamina A)	Crescimento e manutenção do tecido epitelial; desenvolvimento dos ossos e manutenção da acuidade visual	Cegueira noturna ou cegueira irreversível, diminuição da resistência às infecções	Dor de cabeça, vômitos, descamação da pele, perda de apetite e aumento dos ossos longos
Vitaminas do Complexo B B1 – tiamina B2 – riboflavina B3 ou PP – niacina B5 – ácido pantotênico B6 – Piridoxina B12 – cianocobalamina Bc – ácido fólico (folacina) Vit. H - biotina	Carnes de um modo geral, cereais, leguminosas. A vitamina B12, ausente nos alimentos de origem vegetal, está presente em ovos, laticínios, peixes e fígado	Envolvidas na utilização de carboidratos, proteínas e lipídios	B1 – beribéri B2 – queilose e lesões oculares B3 – pelagra B5 – fadiga, insônia, depressão B6 – dermatite, irritabilidade e cálculos renais B12 – anemia perniciosa ou megaloblástica Bc – anemia Vit. H – fadiga, depressão e dores musculares	Não relatado, com exceção da niacina, que pode ocasionar vermelhidão, ardência e formigamento em torno do pescoço, na face e mãos
C ácido ascórbico	Frutas cítricas, tomate, pimentão verde, verduras, açaí, caju e acerola	Manutenção da matriz de cartilagem intercelular, do osso e da dentina; importante na síntese de colágeno	Escorbuto (degeneração da pele, dos dentes, dos vasos sanguíneos, hemorragias epiteliais)	Não relatado
D calciferol	Exposição ao sol, leite enriquecido, óleo de fígado de peixes, manteiga e gema de ovo	Crescimento e remineralização dos ossos; aumento da absorção de cálcio	Raquitismo em crianças; osteomalácia em adultos	Vômitos, diarreia, perda de peso, lesão renal
E tocoferol	Sementes, verduras, margarina e manteiga	Como antioxidante, previne a lesão da membrana celular	Possivelmente anemia	Relativamente atóxica
K naftoquinonas	Verduras, pequenas quantidades em cereais, frutas e carnes	Importância na coagulação do sangue	Deficiências oriundas de sangramento intenso	Relativamente atóxica

Os alimentos ricos em vitaminas C e E, associados com a vitamina A, podem proteger o organismo de muitos tipos de câncer e doenças do coração. Servem como antioxidantes naturais e combatem as substâncias químicas adquiridas no meio ambiente, pela fumaça do cigarro ou poluição do ar, ou formadas pelo próprio organismo.

3.2.5 Minerais

São substâncias inorgânicas, necessárias ao organismo, que ajudam as reações bioquímicas, participam de estruturas do corpo (hemoglobina do sangue, ossos e outros) e auxiliam o equilíbrio da água no corpo.

Assim como precisa das vitaminas, o organismo também necessita diariamente de pequenas quantidades de diversos minerais. O quadro a seguir mostra as principais funções e fontes de alguns minerais e as conseqüências de seu consumo inadequado.

<i>Principais minerais</i>	<i>Principais funções orgânicas</i>	<i>Fontes</i>	<i>Deficiência</i>
Cálcio <i>Ca</i>	Formação de ossos e dentes, contração de fibras musculares, atividade cardíaca	Leite, produtos lácteos, como queijos e coalhadas, brócolis e leguminosas	Atraso no crescimento em crianças e osteoporose em adultos
Fósforo <i>P</i>	Formação de ossos e dentes e equilíbrio ácido-básico	Leite, queijo, iogurte, carnes, aves, cereais e peixe	Fadiga, desmineralização óssea e perda de cálcio
Potássio <i>K</i>	Equilíbrio hidroeletrolítico e transmissão nervosa	Batata, banana, leite, carnes, café e chá	Câimbras musculares, ritmo cardíaco irregular, confusão mental e perda de apetite
Sódio <i>Na</i>	Equilíbrio hidroeletrolítico e regulação da função renal	Sal refinado, alimentos industrializados, enlatados, biscoitos salgados, carnes e bacalhau	Câimbras, apatia mental e redução do apetite
Cloro <i>Cl</i>	Ativa as enzimas, envolvido na síntese protéica	Parte integrante dos alimentos que contêm sódio	Improvável de ocorrer se a dieta for bem balanceada
Ferro <i>Fe</i>	Componente da hemoglobina e de enzimas envolvidas no metabolismo energético	Carnes vermelhas, feijão, ovo e folhosos	Anemia ferropriva (fadiga, redução da resistência às infecções)
Zinco <i>Zn</i>	Componente de enzimas envolvidas na digestão	Carnes, peixes, grãos integrais, castanhas, cereais, legumes e tubérculos	Prejuízo do crescimento, redução das glândulas sexuais, diminuição do apetite e alteração do paladar.
Flúor <i>F</i>	Importante na manutenção da estrutura óssea e dos dentes	Água fluoretada, chás e frutos do mar	Maior incidência de cárie dentária
Cobre <i>Cu</i>	Componente de enzimas associadas ao metabolismo do ferro	Carnes e água	Anemia e alteração nos ossos (rara)
Selênio <i>Se</i>	Funções associadas à vitamina E e redução dos radicais livres	Frutos do mar, carnes, cereais e castanha do Pará	Anemia

<i>Principais minerais</i>	<i>Principais funções orgânicas</i>	<i>Fontes</i>	<i>Deficiência</i>
Iodo <i>I</i>	Componente de hormônios da tireóide	Peixes do mar, crustáceos, legumes e verduras e sal iodado	Bócio (aumento da tireóide)
Cromo <i>Cr</i>	Componente de algumas enzimas do metabolismo energético e da glicose	Leguminosas, vísceras, óleos vegetais, carnes e cereais integrais	Prejuízo do metabolismo da glicose
Magnésio <i>Mg</i>	Ativador de diversas enzimas, influenciando quase todos os processos	Cereais integrais, carne, leite, vegetais verdes, leguminosas e chocolate	A deficiência alimentar é considerada improvável. Em caso de deficiência condicionada, ocorrem tremor, espasmo muscular, anorexia, náusea e vômito

3.2.6 Água

Apesar de não contribuir para o valor nutricional dos alimentos, é uma das substâncias essenciais à vida, pois constitui 70% da massa corporal e está envolvida em todos os processos orgânicos.



Sem a água, o ser humano não sobrevive por muitos dias.

● Funções da água

- servir como meio de transporte e de reação dos componentes orgânicos;
- transportar nutrientes e gases;
- eliminar secreções pela urina e fezes;
- participar do equilíbrio de eletrólitos;
- compor fluidos que lubrificam as articulações;
- participar da regulação térmica.

● Necessidades de água

Normalmente, 2,5 litros de água diários são necessários para os indivíduos adultos que levam vida sedentária e vivem em condições de pequenas variações normais de temperatura ambiente. Essa quantidade pode variar dependendo da composição da alimentação, quantidade de refeições, temperatura externa, umidade e grau de participação em atividades físicas.

● Fontes de água

- alimentos sólidos;
- líquidos, de um modo geral;
- quebra dos lipídios, carboidratos e proteínas.

Geralmente, as frutas, legumes e verduras apresentam grande quantidade de água; a manteiga, óleos, carnes, chocolates e biscoitos têm pequena quantidade.

Veja o percentual de água constante em alguns alimentos:

<i>Alimentos</i>	<i>% de água</i>
Açúcar	1
Alface	95
Batata	80
Bombom	8
Brócolis	90
Carne de boi	66
Carne de frango	64
Gelatina	12
Laranja	86
Leite de vaca	88
Manteiga	20
Melancia	91
Óleo	0
Ovo	75
Pão	36
Pêra	84

3.3 Classificação dos alimentos quanto à sua função no organismo

Os alimentos ricos em proteínas são denominados *construtores*, os ricos em carboidratos e lipídios, *energéticos*, os ricos em vitaminas e minerais, *reguladores*.

Assim, temos o seguinte quadro de classificação dos alimentos:

- **construtores:** carnes, ovos, leite e derivados, leguminosas (feijão, soja, lentilha, grão-de-bico);
- **energéticos:** pão, macarrão, arroz, batata, mandioca, açúcar, óleo, manteiga, margarina, azeite;
- **reguladores:** frutas e hortaliças (legumes e verduras).

Embora as leguminosas e o leite sejam ricos em proteínas, também contêm carboidratos e lipídios. Algumas frutas contêm lipídios e algumas hortaliças grande quantidade de carboidratos, além de fornecerem energia ao organismo - a batata, por exemplo.

A idéia de que apenas os alimentos energéticos fornecem energia não é verdadeira, pois alguns alimentos classificados como reguladores podem fornecer energia na forma de calorías - o abacate e o açaí são representativos.

Os alimentos reguladores podem ser divididos de acordo com a quantidade de energia que fornecem, o que veremos a seguir.

<i>Quantidade de energia</i>	<i>Exemplos</i>	
	<i>Frutas</i>	<i>Hortaliças</i>
Pequena	Laranja, tangerina (mexerica), limão, maracujá, melão, abacaxi, ameixa, melancia, jambo, uva, acerola, siriguela e pitanga	Tomate, couve, couve-flor, pimentão, cebola, repolho, pepino, alface, rúcula, brócolis, almeirão, chicória, couve-flor, taioba e agrião
Média	Mamão, pêra, maçã, goiaba e carambola	Abóbora, cenoura, beringela, beterraba, chuchu, quiabo, jiló, maxixe, vagem, ervilha e abobrinha
Grande	Banana, caqui, manga, abacate, açaí e jaca	Batata, mandioca, batata-doce, cará, batata-baroa e inhame

Após termos conhecido todos os nutrientes, suas principais funções, fontes e conseqüências de ingestão inadequada, podemos concluir que:

- Caso a alimentação seja monótona e ou repetitiva ao longo de um período, o organismo não receberá todos os nutrientes necessários ao seu crescimento e manutenção, podendo, dessa forma, apresentar algum sinal de **carência nutricional** ou doença;
- O homem necessita de quantidade adequadas de **proteínas, carboidratos e lipídios**, pois eles fornecem a energia necessária para as funções do organismo e atividades físicas diárias. Apesar de a proteína também fornecer energia, sua principal função é o crescimento e manutenção de tecidos;

- Praticamente todos os alimentos fornecem energia; uns, grandes quantidades, caso do torresmo; outros, pequenas quantidades, caso do tomate;
- As vitaminas e os minerais não fornecem energia, mas são fundamentais para o efetivo funcionamento do organismo. Necessitamos apenas de pequenas quantidades diárias, pois essas substâncias têm como função regular os processos orgânicos;
- Uma alimentação adequada fornece todos os nutrientes necessários à manutenção, restauração e crescimento dos tecidos. No entanto, a necessidade de nutrientes e alimentos varia de pessoa para pessoa, de acordo com o sexo, altura, peso, idade e clima. As necessidades de um bebê são diferentes das de um adulto, assim como as de um adolescente são diferentes das de uma mulher de 40 anos.

Os indivíduos sadios devem manter o equilíbrio entre o que comem e o que gastam. Pessoas que comem pouco e não se movimentam (gastam pouca energia) podem ter uma alimentação deficiente em vitaminas e minerais, ficando passíveis de apresentar algum problema nutricional. Por outro lado, as que consomem alimentos de forma exagerada e não gastam muita energia podem apresentar excesso de peso.

Vários países têm desenvolvido propostas de recomendação para a prática de uma alimentação saudável, como a da “Pirâmide de Alimentos”, recomendada pelo Departamento de Agricultura dos Estados Unidos - proposta que substituiu a apresentada na “Roda de Alimentos” e nos “Quatro Grupos de Alimentos”, exemplificações bastante conhecidas pelos profissionais de saúde brasileiros.

A “Pirâmide de Alimentos” é um instrumento visual simples e prático, cuja observação possibilita a imediata identificação dos grupos alimentares.

A intenção é proporcionar à população em geral um guia prático e útil para indivíduos saudáveis maiores de 2 anos, como pode ser observado a seguir:



Para ficarmos saudáveis, devemos manter uma ingestão alimentar normal, incluindo uma variedade de alimentos, e realizar alguma atividade física.



No Brasil, a Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição (SBAN) publicou, em 1990, as “Recomendações Nutricionais Adaptadas à População Brasileira”. A atual proposta de escolha de alimentos para uma dieta saudável baseia-se nas seguintes recomendações:⁸

a) **Coma diversos tipos de alimentos em pelo menos três refeições diárias: café da manhã, almoço e jantar**

É importante alimentar-se com variedade, pois cada alimento fornece diferentes nutrientes e todos devem estar à disposição do nosso organismo diariamente. Uma alimentação apenas baseada em carne e verdura, por exemplo, não fornece todas as substâncias necessárias. Tomar apenas um cafezinho como a primeira refeição (café da manhã) também não é uma boa opção.

b) **Utilize o arroz, feijão, farinha, pão e leite como base das refeições**

É importante variar os alimentos. Combinar arroz com feijão é uma boa escolha para atingir as recomendações de energia, proteína, alguns minerais, vitaminas e fibras. Outra, é beber leite, pois ele contém proteínas, carboidratos, lipídios, algumas vitaminas e minerais como o cálcio, importante para a prevenção da osteoporose.

c) **Coma sempre frutas e verduras**

Conforme dissemos, as frutas e verduras possuem minerais e vitaminas. Considerando-se que podem ser obtidas com relativa facilidade, devem integrar a alimentação diária. Para que adotem e cresçam com esse hábito, as crianças devem ser estimuladas a consumi-las sempre, pois na vida adulta também é fundamental o consumo dos nutrientes que propiciam.

Caso seja possível, deve-se estimular a realização de hortas caseiras e comunitárias.

d) **Utilize carnes, sal e açúcar em quantidades moderadas**

Apesar da idéia de que uma alimentação adequada é a que contém grande quantidade de carne, não é necessário comê-la diariamente. Podemos obter proteínas de outras fontes, pois a carne possui grande quantidade de gordura saturada e o seu consumo elevado pode provocar complicações cardiovasculares.

O sal deve ser sempre utilizado com moderação. Muitos alimentos possuem sal naturalmente, mas nos industrializados essa quantidade pode aumentar consideravelmente.

8 Dutra de Oliveira; Marchini, 1998.

Assim, deve-se estimular o uso de outros temperos naturais, pobres em sal. Doenças atuais, como a hipertensão arterial e o diabetes, podem ser controladas com a simples diminuição do sal, cujo uso deve ser desestimulado à mesa.

O açúcar de adição também deve ter uso controlado, principalmente por fornecer calorias vazias e possibilitar o aparecimento de cáries quando utilizado entre as refeições e sem a realização de higiene oral adequada.

e) **Utilize óleo vegetal no preparo da comida e diminua o consumo de gorduras animais**

Os óleos de origem vegetal, como os de soja, milho, canola, dentre outros, devem ser utilizados no preparo dos alimentos porque fornecem energia, ácidos graxos poliinsaturados e vitaminas. As frituras, no entanto, devem ter menor frequência na alimentação.

Com relação às carnes e ao frango, é importante retirar toda a gordura visível pois a mesma prejudica a saúde e contribui para o aumento do colesterol sanguíneo.

f) **Tome, diariamente, bastante água**

O consumo de água é fundamental para o ser humano, devendo ser estimulado. Recomenda-se a ingestão frequente de sucos de frutas naturais, os quais fornecem, além da água, outros nutrientes essenciais.

g) **Prepare a alimentação com bastante higiene**

Deve-se sempre manter os cuidados com a higiene quando da manipulação de alimentos, visando à prevenção de doenças. Além de evitar desperdícios, esses cuidados mantêm a saúde.

h) **Mantenha o seu peso controlando a ingestão de alimentos e fazendo exercícios físicos**

É importante o controle periódico do peso para melhor avaliação do consumo de alimentos. Nas crianças, o acompanhamento do ganho de peso deve ser feito com instrumentos adequados. Nos adultos, deve ser mantido mais ou menos constante. A atividade física é fundamental para a estabilidade do peso.

i) **Faça das refeições um encontro agradável**

Sempre que possível, procure realizar suas refeições em ambiente agradável e calmo. A vida moderna e a falta de tempo prejudicam a boa alimentação. Apesar de práticas, as refeições rápidas não propiciam uma alimentação ade-

quada em todos os aspectos. Por isso, destinar um determinado tempo para realizar suas refeições ou compartilhá-las com familiares e amigos é um hábito sempre saudável. Além disso, valorize a comida tradicional.

j) Coma melhor e gaste menos

Nem sempre uma alimentação cara é a mais adequada. Procure sempre comprar os alimentos da época, que são mais baratos, e conhecer as combinações mais adequadas para crianças e adultos.

3.4 Higiene e conservação dos alimentos

Apesar de os alimentos conduzirem os nutrientes essenciais ao funcionamento do organismo, eles podem tornar-se prejudiciais à saúde quando infectados por microrganismos patogênicos - por higienização, manipulação ou conservação inadequada -, por conterem substâncias tóxicas ou por terem sido manipulados por pessoas portadoras de doenças infecto-contagiosas. Além dessas circunstâncias, alguns alimentos podem conter substâncias químicas em excesso, como os corantes e inseticidas utilizados nas plantações.

Com a evolução da microbiologia, podemos hoje identificar e classificar os microrganismos de acordo com a interação existente entre eles e o alimento - embora, muitas vezes, torne-se difícil definir a que categoria pertencem, pois podem apresentar atividades diferentes em diferentes alimentos.

Entre os microrganismos de interesse na área de alimentos, destacam-se os fungos, as bactérias, os vírus, os protozoários e seus respectivos produtos tóxicos.

3.4.1 Classificação dos microrganismos de acordo com sua interação com os alimentos

- a) Microrganismos causadores de reações químicas prejudiciais aos alimentos - utilizam o alimento como fonte de energia, provocando alterações de cor, sabor, textura e aspecto;
- b) Microrganismos patogênicos - apresentam risco à saúde, provocando doenças muitas vezes fatais;



- c) Microrganismos causadores de alterações benéficas no alimento – são amplamente utilizados na fabricação de alimentos fermentados, como queijos, vinhos, cervejas e pães.

3.4.2 Fontes de contaminação

Embora saibamos que a maioria dos microrganismos pode ser encontrada no ar, as principais fontes de contaminação dos alimentos estão no solo, na água, em utensílios usados no preparo, distribuição e armazenamento de alimentos e em manipuladores de alimentos.

A lista a seguir explicita os principais microrganismos e as características de sua contaminação nos alimentos:

- *Staphylococcus aureus*

Período de incubação - de uma a seis horas;

Fonte - nariz, boca, pele e mãos;

Contaminação - manipulação inadequada dos alimentos;

Alimentos envolvidos - carnes cozidas, produtos lácteos, cremes e recheios doces ou salgados;

Quadro clínico - vômitos, náuseas, diarreias e prostração.

- *Bacillus cereus*

Período de incubação - de 8 a 22 horas (forma diarréica);

Fonte - solo, cereais e grãos, farinhas e hortaliças;

Contaminação - principalmente por vegetais, caixas de transporte e exposição a pó;

Alimentos envolvidos - arroz, feijão e outros cereais, vegetais cozidos, pudins, cremes de amido, sopas de vegetais e massas secas;

Quadro clínico - náuseas e vômitos.

- *Clostridium botulinum*

Período de incubação - de 12 a 72 horas;

Fonte - solo, vegetais, frutas e peixes;

Contaminação - manipulação e industrialização inadequadas;

Alimentos envolvidos - conservas e enlatados em geral, carnes cozidas, patês e maionese;

Quadro clínico - distúrbio gastrointestinal, visão dupla, dificuldade para falar ou engolir, paralisia.

- *Clostridium perfringens*
 Período de incubação - de 8 a 22 horas;
 Fonte - solo, fezes e hortaliças;
 Contaminação - transporte e manipulação de carnes e aves;
 Alimentos envolvidos - carnes mal cozidas, legumes cozidos e massas;
 Quadro clínico - cólica, diarreia e dores abdominais intensas.

- *Escherichia coli*
 Período de incubação - de 5 a 48 horas;
 Fonte - fezes, água;
 Contaminação - manipulação e preparo de alimentos;
 Alimentos envolvidos - hortaliças, carnes mal cozidas, saladas, massas frescas, alimentos manipulados;
 Quadro clínico - diarreia sanguinolenta, vômitos, cólicas, febre na dependência da ingestão de toxinas ou do agente.

- *Shigella*
 Período de incubação - de 12 a 72 horas;
 Fonte – fezes e água;
 Contaminação - falta de higiene pessoal e sanitária;
 Alimentos envolvidos - vegetais crus e leites crus;
 Quadro clínico - diarreia com muco e sangue, cólica e mal-estar.

- *Salmonella*
 Período de incubação - de 12 a 36 horas;
 Fonte - fezes e água;
 Contaminação - manipulação dos alimentos;
 Alimentos envolvidos - leites crus, vegetais crus, ovos e mariscos;
 Quadro clínico - diarreia, febre, dores abdominais e vômitos.

3.4.3 Como preservar e conservar os alimentos?

Para melhor preservação e conservação dos alimentos, visando evitar a ocorrência de toxinfecções alimentares, devem ser efetuados hábitos higiênicos pessoais e gerais, bem como cuidados na manipulação, preparo, armazenamento e compra de alimentos, como, por exemplo:



Toxinfecção alimentar - doença causada pela ingestão de alimentos contaminados por microrganismos patogênicos.

Solução sanitizante - solução capaz de higienizar e desinfetar os alimentos.



Alimentos perecíveis são os que apresentam características físicas e químicas de fácil deterioração. Exemplo: frutas, carnes, aves, hortaliças e queijos.

- Lavar bem as mãos antes de manipular alimentos ou ingeri-los;
- Lavar bem os utensílios e equipamentos de cozinha;
- Impedir o contato de alimentos estragados com os em bom estado de conservação;
- Manter os alimentos cobertos, protegendo-os contra poeira, moscas e outros insetos;
- Não misturar alimentos frescos com os mais antigos;
- Não misturar alimentos crus com os cozidos;
- Ao consumir frutas com casca e vegetais crus, utilizar solução sanitizante para higienizá-los;
- Não comprar e ou consumir alimentos se houver dúvida quanto à sua procedência ou conservação, principalmente alimentos sem carimbo da vigilância sanitária;
- Não comprar produtos industrializados cuja embalagem esteja enferrujada, estufada ou defeituosa;
- Observar sempre, na hora da compra e do consumo, a data de validade dos produtos industrializados;
- Sempre que possível, conservar os alimentos perecíveis em ambiente refrigerado ou consumi-los imediatamente após o preparo, evitando seu reaproveitamento;
- Não congelar alimentos após já os ter descongelado, mesmo que não tenham sido consumidos;
- Sempre utilizar água tratada ou fervida, tanto para consumo como para o preparo dos alimentos.

Como preparar e utilizar a solução sanitizante?

Concentração de hipoclorito de sódio	Água para beber (2,5ppm por 30 min)	Vegetais (200 ppm por 15min)	Utensílios (200 ppm por 2 min)
1,0%	05 gotas	2 colheres de sopa	
2,0%	03 gotas	1 colher de sopa	
2,5%	02 gotas	1 colher de sopa	
4,0% (pó)	—	1 colher de chá (5g)	
10,0%	01 gota	1 colher de café	

Ressalte-se que outras soluções também podem ser utilizadas para este fim, como o vinagre e a água sanitária. No caso do vinagre, utilizar a diluição de uma colher de sopa para 1 litro de água por, no mínimo, 30 minutos; na água sanitária, considerar a concentração de hipoclorito de sódio existente (utilizar a mesma proporção constante no quadro acima).

Sabemos o que é necessário para se ter uma boa alimentação. Entretanto, muitas pessoas não podem comprar todos os alimentos de que precisam, ou preferem ter uma alimentação diferente – caso das **alternativas alimentares**, ou seja, outras formas de alimentação, tais como:

- **alimentação vegetariana:** as pessoas só consomem alimentos de origem vegetal;
- **alimentação macrobiótica:** as pessoas têm um estilo de vida diferente e acreditam que uma alimentação à base de cereais integrais, como o arroz e o trigo, sem alimentos de origem animal, é a ideal;
- **alimentação natural:** as pessoas alimentam-se de produtos mais naturais, produzidos sem agrotóxicos e pesticidas; e de alimentos de origem animal, como o ovo, leite e carnes brancas;
- **alimentação ovolacto-vegetariana:** as pessoas não consomem carnes, somente alimentos de origem vegetal, ovos e leite;
- **alimentação enriquecida:** todos os alimentos são utilizados, porém a alimentação é enriquecida com folhas, talos, sementes de hortaliças, casca de ovo e outras partes dos alimentos normalmente desprezadas mas ricas em vitaminas e minerais - esse complemento alimentar (multimistura), na forma de pó, é bastante utilizado pela Pastoral da Criança, que relata ter alcançado resultados positivos na recuperação de crianças desnutridas quando da associação desse complemento a outros cuidados gerais de saúde.

4- NUTRIÇÃO NOS DIFERENTES CICLOS DA VIDA

Há muito, os pesquisadores estudam quais alimentos são necessários ao consumo e em que quantidade devem ser consumidos. Porém, nem todos os alimentos apresentam especificações ao uso por faixa etária.

Devemos sempre estar atentos às mensagens veiculadas pelos meios de comunicação e às propagandas das indústrias de alimentos, cujo interesse é vender cada vez mais. Algumas vezes, depara-

mo-nos com informações incorretas ou parciais, que não esclarecem nossas dúvidas - por exemplo, o conteúdo de colesterol nos alimentos. Apesar de os de origem vegetal não possuírem tal substância, as empresas tentam vender a idéia de que determinado óleo não tem colesterol, sugerindo, assim, que outras marcas o têm.

4.1 Nutrição na gestação

Atualmente, sabemos que a alimentação da gestante é fundamental tanto para sua própria saúde quanto para a da criança. Nessa fase, uma alimentação inadequada pode provocar o nascimento de bebês com baixo peso, retardo no desenvolvimento mental, prematuridade e, até mesmo, levar à morte.

Entretanto, muitas pessoas ainda acreditam que a gestante precisa “comer por dois”, ou que tudo o que a criança precisa é retirado da mãe, independentemente de sua dieta. Outras, acreditam que as substâncias necessárias ao feto estão presentes nos alimentos desejados pela mãe, que os consome instintivamente.

A inverteza dessas teorias tem sido amplamente comprovada por estudos que mostram o quanto a assistência pré-natal pode influenciar positivamente o desenvolvimento da gravidez.

Os programas de orientação pré-natal destacam, prioritariamente, que:

- o ganho de peso ideal depende do estado nutricional anterior à gravidez, isto é, mulheres com pouco peso necessitariam ganhar mais peso que mulheres com sobrepeso ou obesidade;
- a necessidade de consumo de proteínas de alto valor biológico - minerais e vitaminas - é maior para a gestante que para a não-gestante;
- a orientação nutricional deve ser individualizada pois, dependendo da fase em que ocorre a gravidez, cada mulher tem necessidades diferentes.

É evidente que a saúde, o estado nutricional e os hábitos alimentares da mulher irão se refletir quando da gravidez. Por isso, a equipe de saúde deve estar atenta às diferentes situações encontradas.

4.2 Nutrição na lactação

Essa fase é de extrema importância para a mulher e a criança. A **amamentação** é um processo natural, mas nem todas as mulheres o sentem da mesma forma.



Durante a amamentação a mulher precisa alimentar-se adequadamente pois seu gasto de energia e perda de outros nutrientes é alto, principalmente proteínas, vitamina D, flúor, cálcio, zinco e ferro. A média de leite produzido durante os seis meses de lactação é de 750ml/dia e o gasto energético situa-se em torno de 640 Kcal, o que pode representar um acréscimo em sua ingestão calórica diária, caso necessário.

Na gestação, o ganho de peso também relaciona-se com a reserva feita pelo organismo para suprir suas necessidades energéticas durante a produção do leite materno. Caso a gestante tenha um aumento de peso adequado (em torno de 11kg), necessitará aumentar sua ingestão calórica - em média, 500Kcal/dia - para manter uma amamentação plena - em alguns casos, requerá um atendimento nutricional individualizado, pois o baixo peso pode vir a comprometer o volume de leite produzido.

Ao contrário do que muitos acreditam, a qualidade ou composição do leite materno não é prejudicada pelo estado nutricional da gestante. No entanto, a quantidade de leite por ela produzido altera-se caso não ingira a quantidade ideal de água e outros líquidos como sucos de frutas naturais e leite.

O ritual da amamentação tem diferentes dimensões na vida da mulher, sendo influenciado por crenças e tabus. Um deles é o de que a cerveja preta e a canjica aumentam a produção de leite materno.

De fato, a canjica, como outros alimentos com idêntica composição nutricional, é um preparo com alto valor calórico e protéico, pois é basicamente composta por leite, milho e açúcar - na realidade, um aporte adequado para quem está amamentando.

A cerveja preta ou qualquer outra bebida alcoólica não deve ser utilizada na amamentação pois o álcool nelas contido passa para o leite, prejudicando a saúde do bebê. Sabemos, igualmente, que algumas substâncias contidas em medicamentos, ingeridas pela mãe, também podem ser repassadas para o leite. Portanto, nada de álcool e drogas! – caso haja a necessidade de medicamentos, estes devem ser indicados por orientação médica.

Considerando tais fatos, cabe-nos, como profissionais de saúde, estimular a amamentação e informar os seus benefícios, bem como advertir sobre a utilização de substâncias contra-indicadas nesse período.

Com relação ao consumo de chocolate, alho, cebola e outros condimentos picantes, não há comprovação científica de que provoquem cólicas intestinais nos bebês.

Basicamente, as necessidades da mulher que amamenta são:

- um ambiente tranquilo para amamentar;
- uma alimentação equilibrada;
- maior ingestão de líquidos e água.



E você, conhece alguma crença relacionada à amamentação?

Além disso, sua alimentação não necessariamente precisa ser diferente da consumida pelas demais pessoas. Contudo, deve ser acrescida de vitaminas e minerais, como frutas e hortaliças, e de fontes protéicas de boa qualidade, como o leite e carnes vermelhas magras - que suprirão suas necessidades de maior complementação de cálcio e ferro.

Paralelamente, deve evitar consumir grandes quantidades de calorias vazias, bem como ficar longos períodos sem alimentar-se ou fazer dietas com muitas restrições alimentares - sem a orientação de profissional especializado.

4.3 Nutrição na infância

Uma adequada nutrição na infância é fundamental para o crescimento e desenvolvimento da criança, prevenindo concomitantemente várias doenças na fase adulta.

O alimento ideal para o bebê até os 4 ou 6 primeiros meses de vida é o **leite materno**, que contém os nutrientes para o seu crescimento adequado. Abaixo, listamos alguns nutrientes que integram sua composição química:



Nutriente	Quantidade em 100ml
Proteínas	1,1g
Carboidratos	7,0g
Lipídios	4,5g
Cálcio	34mg
Fósforo	14mg
Sódio	0,7mEq
Potássio	1,3mEq
Zinco	0,12mg
Ferro	0,05mg
Vitamina C	5mg
Vitamina D	2,2UI
Vitamina A	0,18UI
Energia	70Kcal



A introdução de novos alimentos no cardápio da criança deve ser bem orientada a fim de proporcionar uma nutrição adequada e de acordo com suas necessidades específicas.

No tocante à constituição, o leite materno contém:

- proteínas de alto valor biológico;
- carboidratos e lipídios essenciais;
- vitaminas e minerais em quantidade adequada;
- anticorpos.

Popularmente, fala-se de mulheres que têm “**leite fraco**”; contudo, isso não passa de fantasia, haja vista que ele não perde sua eficácia mesmo que a mãe não se alimente adequadamente.

Além de superior aos demais, o leite materno é rico em anticorpos que protegem o bebê contra infecções. Ressalte-se o fato de que pode ser o único alimento fornecido à criança até o sexto mês de vida. Apenas nos casos em que a mãe não deseje ou não possa amamentar, deve-se utilizar o leite de vaca ou cabra.

A partir do sexto mês, é fundamental introduzir novos alimentos ao bebê (papinhas, sopinhas, frutas raladas e ou amassadas, por exemplo), mesmo que ainda mame - isto o colocará numa nova etapa alimentar e lhe possibilitará melhor crescimento.

Esta adaptação gradual é importante para que, ao final do primeiro ano de vida, a criança tenha experimentado grande variedade de alimentos.

A alimentação nas fases subseqüentes deve considerar o processo de crescimento e os fatores que o influenciam. Se a criança não receber uma alimentação adequada não desenvolverá todo o seu potencial genético.

Vale destacar que os sete primeiros anos de vida são decisivos para a formação dos hábitos alimentares saudáveis. Estímulos externos à família - como escola, contato com outras crianças e meios de comunicação - podem influenciar bastante a seleção e aceitação da alimentação.

A partir dessa idade, as crianças começam a perceber - de forma limitada, evidentemente - que os alimentos nutritivos têm efeito positivo no crescimento e saúde. Nessa fase, a escola tem papel significativo na formação alimentar, seja de maneira benéfica, orientando sobre o assunto e oferecendo alimentos saudáveis, seja de modo danoso, pela oferta inadequada da alimentação.

A merenda escolar oferecida nas escolas públicas objetiva melhorar e ou manter hábitos alimentares saudáveis, além de oferecer uma complementação alimentar. Por outro lado, escolas que mantêm cantinas cujos alimentos são industrializados e de calorias vazias não oferecem opções saudáveis para as crianças em idade escolar.

4.4 Nutrição na adolescência

A adolescência é uma fase de intensas transformações. Nela, o crescimento e a alimentação aliam-se e integram o processo de desenvolvimento integral da criança.

A alimentação do adolescente é fortemente influenciada pela convivência com os outros adolescentes e, geralmente, as hortaliças



O cartão de crescimento e desenvolvimento fornecido às mães serve como parâmetro de avaliação da alimentação recebida pelo bebê. Mensalmente, o profissional de saúde pesa e avalia sua evolução.

Caso a criança não ganhe peso suficiente ou mantenha o mesmo peso do mês anterior, isto indica que algo está errado: ela pode não estar sendo adequadamente alimentada - em termos de quantidade e qualidade - ou tem alguma doença.



Até os sete anos de idade, a alimentação é um dos fatores determinantes do crescimento.



e frutas são excluídas de sua alimentação – momento em que podem ocorrer conflitos nas escolhas alimentares.

Entretanto, como já compreendem o conceito de nutriente, a questão resume-se entre escolher alimentos nutritivos ou consumir os seus preferidos – não-nutritivos, mas com forte influência e aceitação por seu grupo de amizades.

Conforme adquire mais idade, aumentam as chances de o adolescente alimentar-se fora de casa – em geral, de forma inadequada. Apesar disso, suas famílias devem continuar a oferecer-lhe refeições saudáveis e apoiar os esforços de educação nutricional das escolas pois é exatamente nesta fase que o corpo requer maior quantidade de vitaminas e minerais. Numa adolescência saudável, a alimentação é um meio de prevenção de muitas doenças na vida adulta.



4.5 Nutrição no envelhecimento

O envelhecimento é um processo natural que inicia-se na concepção e finda com a morte. Vários fatores interferem em sua velocidade, haja vista que o organismo vai aos poucos deixando de funcionar como antes.

Nessa fase, a digestão e o aproveitamento dos nutrientes já não é tão eficiente – daí a importância de uma alimentação saudável durante toda a vida, pois isto interfere nesse processo degenerativo.

Uma pessoa que manteve alimentação rica em lipídios saturados e açúcares simples apresenta maiores probabilidades de acelerar o surgimento de doenças crônicas, como as cardiovasculares e o *Diabetes mellitus*. Por sua vez, o uso de vitaminas pode ajudar na prevenção de doenças, mas não de forma isolada - muitos acreditam que o maior consumo dessas substâncias possa, por si só, deter ou adiar o envelhecimento.

Uma alimentação equilibrada e a adoção de melhores hábitos de vida deveria ser a meta dos adultos que desejam viver mais e livres - por maior tempo - das doenças crônicas.

Com o decorrer dos anos, variando de indivíduo para indivíduo, os órgãos dos sentidos tendem a ter sua atividade reduzida: há diminuição do olfato, visão, paladar, tato e audição, o que pode vir a afetar o processo nutricional do idoso.

Os sistemas cardiovascular e renal podem apresentar alterações, exigindo que o idoso faça uma dieta mais restrita, porém rica em vitaminas e minerais. É sempre aconselhável a ingestão de frutas ricas em potássio e, principalmente, a redução do sal de adição.

Essa situação é crítica pois são tantas as modificações orgânicas e restrições que muitos idosos perdem o prazer e a vontade de alimentar-se e, por vezes, passam a precisar de cuidados especiais. Além disso, a perda dos dentes pode atrapalhar a mastigação, provocando uma natural diminuição no consumo de alimentos ricos em fibras - casos em que a constipação pode agravar-se.

Nessa fase, a desnutrição pode ser um dos problemas; portanto, os profissionais de saúde devem atentar para essa eventualidade.

5- A ALIMENTAÇÃO E O CUIDADO NUTRICIONAL COMO FORMAS DE TERAPIA NÃO-MEDICAMENTOSA

Os alimentos podem auxiliar sobremaneira a recuperação da saúde, sendo, em alguns casos, a única opção de tratamento de algumas doenças. A terapia que os utiliza como complemento ou única forma de tratamento é chamada **dietoterapia**.

5.1 O cuidado nutricional

Compete aos profissionais das unidades de saúde a avaliação e identificação do estado nutricional de seus clientes. Para tanto, faz-se necessário adotar certos cuidados que dependerão da presença da doença (ou de alguma doença potencial), ambiente e estado de crescimento e desenvolvimento do indivíduo.

Muitas são as etapas que compõem o cuidado nutricional. A seguir, citamos as cinco fundamentais, ressaltando que algumas são específicas do nutricionista mas todas envolvem o conhecimento e participação de uma equipe multiprofissional que tem por objetivo restabelecer a saúde das pessoas.

1. Avaliar o estado nutricional do indivíduo de acordo com as recomendações relativas à sua faixa etária, utilizando os seguintes parâmetros:
 - **antropométricos** (peso, comprimento/altura, circunferências, dentre outros);
 - **bioquímicos** (sangue, urina, fezes);
 - **clínicos** (sinais e sintomas de carências nutricionais);
 - **dietéticos** (avaliação da alimentação com base em realização de entrevista sobre hábitos, alimentos ingeridos, preferências, aversões e alergias alimentares);



2. Identificar as necessidades ou os problemas nutricionais - os resultados da etapa anterior possibilitam identificar os problemas de saúde relacionados à alimentação;
3. Planejar e priorizar os objetivos do cuidado nutricional - compete ao nutricionista traçar um plano com dieta individualizada e orientação quanto ao cuidado e maneiras corretas de preparo dos alimentos, bem como possíveis modificações no padrão alimentar;
4. Executar as atividades nutricionais necessárias para atingir os objetivos - nessa etapa, toda a equipe de saúde deverá envolver-se com vistas ao desenvolvimento das atividades pertinentes ao sucesso do cuidado nutricional;
5. Avaliar os resultados do cuidado nutricional - esta fase é fundamental para a manutenção ou não do tratamento proposto. Com base na avaliação freqüente e no monitoramento dos parâmetros nutricionais anteriormente mencionados, serão efetuadas modificações e adequações necessárias.

O cuidado nutricional de pacientes hospitalizados é bem mais complexo do que o mero fornecimento de refeições. Práticas hospitalares simples podem ser aplicadas com vistas à melhoria do estado nutricional dos mesmos. Muitas delas, abaixo listadas, estão diretamente ligadas às atribuições e responsabilidades do profissional de enfermagem em suas diversas áreas de atuação:

- registrar as medidas antropométricas (peso e comprimento/altura) freqüentemente;
- conhecer a prescrição da dieta a que o paciente está submetido;
- observar a aceitação da dieta pelo paciente, informando ao médico e ou nutricionista responsável as possíveis intercorrências;
- observar e informar à equipe de saúde as alterações funcionais relacionadas à alimentação (diarréias, vômitos, distensão abdominal);
- estimular o paciente e informá-lo acerca da importância de seguir rigorosamente a dieta prescrita;
- auxiliar o paciente, se necessário, na administração de suas refeições;
- procurar tornar o horário das refeições um momento de prazer para os pacientes;
- informar, ao paciente e seus familiares, o funcionamento e as rotinas do serviço de nutrição.

5.2 Estrutura padrão de uma unidade de alimentação e nutrição hospitalar

Essa estrutura tem por objetivos planejar, confeccionar e distribuir alimentação normal e dietas terapêuticas - sempre que possível, atendendo hábitos e preferências alimentares. Suas áreas de atuação - e respectivos profissionais - são assim distribuídas:

- setor de armazenamento - recebe e estoca os alimentos (almoxarife);
- setor de produção - confecciona as refeições (cozinheiro e auxiliares de cozinha);
- setor de distribuição - distribui as dietas e refeições do refeitório (copeira);
- setor de administração - planeja, compra, organiza e supervisiona o funcionamento do serviço (nutricionista);
- setor clínico - prescreve, acompanha, orienta e avalia as dietas (nutricionista).

Sua clientela é composta pelos pacientes hospitalizados, seus acompanhantes e os profissionais de saúde que estiverem de plantão. As refeições são assim distribuídas:

- desjejum, colação, almoço, lanche, jantar e ceia (para os pacientes);
- desjejum, almoço e jantar (para os acompanhantes, na dependência das normas de cada instituição);
- desjejum, almoço, jantar e ceia (para os profissionais de plantão).

Compete ao auxiliar de enfermagem registrar a quantidade da dieta aceita pelo paciente - ajudando-o a alimentar-se caso não consiga fazê-lo sozinho - e observar os horários de prescrição, tipos de administração e estado de conservação dos alimentos fornecidos.

5.3 Tipos de dietas oferecidas nos hospitais

- **Dieta normal** - balanceada em nutrientes, fornece ao organismo os elementos necessários ao crescimento, reparação dos tecidos e funcionamento normal dos órgãos. Adequada para pessoas cuja patologia não exige nenhuma modificação alimentar;
- **Dieta especial** - apesar de possuir os nutrientes adequados, tem suas características físicas e químicas modificadas: sabor, temperatura, consistência, via de administração e quantidade de resíduos e nutrientes.



Encefalopatia hepática – síndrome clínica que se desenvolve na doença hepática avançada, caracterizada por mente prejudicada, distúrbio neuromuscular e consciência alterada.

Cirrose – doença hepática crônica decorrente de necrose, o que leva à formação de tecido fibroso e rompimento da estrutura hepática normal.

Ascite – acúmulo de fluido, proteína sérica e eletrólitos no interior da cavidade peritoneal.



Hipoglicemia – baixo nível de glicose no sangue.

- **Dieta hiperprotéica** - dieta com maior quantidade proteínica. Geralmente, é enriquecida com alimentos ricos em proteína de alto valor biológico (leite, carnes magras, ovos) ou complementos industrializados com composição química definida (clara de ovo em pó, caseinato de cálcio). Indicada para pacientes submetidos a grandes traumas ou com algum grau de desnutrição;
- **Dieta hipoprotéica** – dieta com menor quantidade proteínica. Normalmente, apresenta baixa aceitação em vista do hábito alimentar de se consumir grande quantidade de proteína – além do fato de, geralmente, estar associada à restrição de sal. Indicada para pacientes com insuficiência renal ou encefalopatia hepática;
- **Dieta hipocalórica** - dieta com menor quantidade calórica. A redução calórica é obtida com a diminuição dos alimentos ricos em carboidratos (principalmente os simples) e ricos em gorduras (essencialmente as de origem animal, ricas em gorduras saturadas). Indicada para o controle e perda de peso corporal e para pacientes diabéticos que necessitam perder peso;
- **Dieta hipossódica** - dieta com pouca quantidade de sódio (sal). Nela, reduz-se ou retira-se não apenas o sal de adição mas também os alimentos que possuem grande quantidade de sódio em sua composição ou preparo e conservação, como as carnes vermelhas, embutidos e enlatados, por exemplo. Indicada para pacientes com hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, cirrose com ascite, diabetes e insuficiência renal;
- **Dieta hipolipídica** - dieta pobre em lipídios (gordura). A redução de gordura é obtida pela diminuição ou restrição de alimentos gordurosos (principalmente os de origem animal) e gorduras saturadas, principalmente as provenientes de frituras. Indicada no tratamento das dislipidemias, doenças hepáticas, diabetes e doenças de má-absorção; bem como para o controle de peso;
- **Dieta hipoglicídica** - dieta pobre em carboidratos. Normalmente, apresentam valor calórico mais baixo que o normal pois, conforme estudado anteriormente, a melhor fonte calórica provém dos carboidratos. A restrição deve relacionar-se principalmente à ingestão de carboidratos simples. Indicada no controle de peso, tratamento do diabetes e da hipoglicemia;
- **Dieta com controle de potássio** - o potássio é largamente distribuído nos alimentos, mas sua maior fonte são as frutas e vegetais. Portanto, nas dietas de restrição ou de suplementação de potássio, o consumo do grupo de alimentos *que contém* este nutriente deve ser, respectivamente, reduzido ou au-



Hipopotassemia – baixo nível de potássio no sangue.

mentado. Indicada no tratamento da hipopotassemia decorrente do uso de diuréticos e nos casos de insuficiência cardíaca e ou renal .

- **Dieta para controle da diarreia** - além de consistência branda, essa dieta deve conter alimentos constipantes (batata, arroz, cenoura, chuchu, frango cozido sem gordura, mandioca, maçã, banana prata, goiaba, entre outros) e que não acelerem o trânsito intestinal, como vegetais crus e frutas com casca. Especial atenção deve ser dada ao consumo de líquidos, visando evitar a desidratação;
- **Dieta para controle da constipação** - dieta rica em alimentos laxantes, como os vegetais crus (alface, almeirão, couve, repolho, agrião, tomate) e cozidos (espinafre, abóbora, beterraba, inhame, taioba, brócolis), algumas frutas (laranja com bagaço, mamão, manga, abacate, mexerica) e alimentos ricos em fibras, como pães e cereais integrais, farelo de trigo e aveia. É também importante um maior consumo de água;
- **Modificações quanto à via de administração** - as dietas podem ser administradas por via oral, nasogástrica, enteral e ou parenteral. As por via nasogástrica e enteral são comumente denominadas *dietas de nutrição enteral*, as por via parenteral, *dietas de nutrição parenteral*.
- **Dieta de nutrição enteral** – esse tipo de alimentação é utilizado quando o paciente, apesar de apresentar funções gastrointestinais normais, não tem condições de receber por via oral os nutrientes adequados às suas necessidades. É administrada por sonda, de forma lenta e contínua (gota a gota), ou intermitentemente, por porções ao longo do dia.

Por serem diretamente administradas no trato gastrointestinal, as dietas enterais estão propícias a uma contaminação maior do que a oferecida por via oral. Considerando-se tal informação, faz-se necessário adotar os seguintes cuidados:

- sua manipulação e preparo deve ser realizado em áreas específicas;
- a dieta enteral não-industrializada deve ser administrada imediatamente após sua manipulação; com relação à industrializada, observar as recomendações do fabricante;
- seu transporte deve ser efetuado em recipientes térmicos exclusivos - por, no máximo, duas horas;
- quando necessária sua conservação na unidade de enfermagem, mantê-la sob refrigeração em geladeira exclusiva para medicamentos;



Aspiração gástrica ou aspiração de resíduo – é a retirada de volume de fluido do estômago, para um adequado esvaziamento gástrico.



Anorexia – redução ou perda de apetite, inapetência. Existe também outro tipo de anorexia, a anorexia nervosa, condição nervosa grave, na qual o paciente perde o apetite, emagrecendo muito.

Saciedade - indicativo de satisfação alimentar.

Gastrectomia subtotal – é a retirada cirúrgica de até ¾ do estômago.

- realizar a correta lavagem das mãos tanto ao receber a dieta como antes de administrá-la;
- antes de iniciar a administração, confirmar a localização da sonda e sua permeabilidade, bem como o nome do paciente, horário e dose;
- devem ser observadas as possíveis complicações decorrentes de sua administração (diarréias, vômitos, distensão abdominal e outras);
- na administração de sua forma intermitente (porções ao longo do dia), realizar aspiração gástrica antes de cada “refeição”, visando avaliar seu aproveitamento.

- **Nutrição parenteral** - dieta administrada por via subcutânea (menos utilizada em virtude das limitações relacionadas aos líquidos que podem ser utilizados) ou endovenosa (os nutrientes já estão prontos para utilização pelo organismo).

Visando melhor atender às necessidades do paciente, algumas modificações podem ser efetuadas na dieta fornecida ao mesmo:

- **Modificações quanto ao sabor** - a dieta pode ser doce, salgada, mista ou, ainda, de sabor suave ou moderado, intenso ou excitante. Deve-se sempre evitar altas concentrações de açúcares, sal, ácidos e condimentos.

Aplicabilidade: nos casos em que o paciente apresente um quadro de anorexia e sua doença não requeira nenhuma restrição alimentar, pode-lhe ser oferecida uma dieta com sabor mais intenso, utilizando-se vários tipos de ervas naturais no tempero, de modo a estimular seu apetite;

- **Modificações quanto à temperatura** - dependendo do tipo, a dieta pode ser oferecida em temperatura ambiente, quente, fria ou mesmo gelada. Ressalte-se que os alimentos quentes produzem maior saciedade que os frios.

Aplicabilidade: pacientes que realizaram cirurgias orofaríngeas devem receber dietas geladas; já a dieta por sonda deve ser administrada em temperatura ambiente.

- **Modificações quanto ao volume** - o volume alimentar deve ser oferecido de acordo com a capacidade gástrica do paciente e as necessidades ou restrições correlatas à sua patologia.

Aplicabilidade: em pacientes submetidos a uma intervenção cirúrgica no estômago, como a gastrectomia subtotal, por exemplo, a dieta deve ser iniciada com volume reduzido, gradativamente aumentado com o decorrer dos dias;

- **Modificações quanto à consistência** - a dieta pode ter consistência normal, branda, pastosa, semilíquida (líquido-pas-

tosa) e líquida, das quais falaremos a seguir em ordem progressiva, da mais consistente e completa a menos consistente e mais restrita:

- *normal* - destina-se ao paciente cuja patologia não determina nenhuma alteração alimentar. Visa fornecer calorias e nutrientes em quantidades diárias recomendadas para a manutenção de sua saúde.

Preparações indicadas: saladas cruas e cozidas; carnes cozidas, grelhadas, assadas e fritas; vegetais crus ou cozidos, refogados ou fritos; frutas cruas, em compotas, assadas; purês; pastelaria; sopas; bolos e doces em geral; óleos, margarinas;

- *branda* - possui menor quantidade de resíduo e todos os alimentos são modificados por cozimento ou mecanicamente (picados, ralados, moídos), para abrandar as fibras, dando-lhes consistência menos sólida. Facilita a digestão, diminuindo o tempo de sua realização, motivo pelo qual é também indicada para pacientes com restrição de mastigação.

Preparações indicadas: saladas cozidas (vegetais cozidos e temperados com molho simples); carnes cozidas, assadas e grelhadas; vegetais cozidos e refogados; ovo quente, pochê ou cozido; frutas em forma de sucos, cozidas, assadas, compotas, bem maduras sem casca; torradas, biscoitos e pães não-integrais; pastelaria de forno; sopas; óleos vegetais, margarinas (não utilizar frituras);

- *pastosa* - objetiva proporcionar certo repouso digestivo e facilitar a digestão. Indicada para pacientes com falta de dentes, dificuldade de deglutição e àqueles em fase crítica de doenças crônicas como insuficiência cardíaca e respiratória. As fibras são diminuídas ou modificadas pelo cozimento.

Preparações indicadas: leite e derivados (queijos cremosos, naturais ou coagulados); carnes moídas, desfiadas ou soufflês; ovo quente, pochê ou cozido; frutas (cozidas, em purês, em sucos); sopas (massas, legumes liquidificados, farinhas e canjas); arroz *papa*; pão e similares (torradas, biscoitos tipo maizena); óleos vegetais, margarinas; creme de leite; sobremesas (sorvetes, geléia, gelatinas, doces em pasta, cremes, frutas);

- *semilíquida (líquido-pastosa)* - objetiva manter o repouso digestivo ou atender às necessidades do paciente quando de sua intolerância a alimentos sólidos. O valor calórico desse tipo de dieta é menor do que o das anteriores, em

vista da maior limitação dos alimentos permitidos e tipo de preparação.

Preparações indicadas: água e infusos (café, chá, mate); sucos coados (de carnes, verduras e frutas); purê de vegetais; caldos de carne e vegetais desengordurados; sopas espessadas, liquidificadas; leite, coalhada, creme, queijos cremosos, margarinas; frutas em papa ou liquidificadas; sobremesas (sorvetes, gelatinas e pudins);

- *líquida completa* - visa fornecer nutrientes que não exijam esforço nos processos de digestão e absorção. Indicada quando se deseja um repouso gastrointestinal maior do que nos casos relatados (pós-operatórios, transtornos gastrointestinais).

Preparações indicadas: leite, iogurte, leite geleificado, creme de leite; gelatinas, geléia de mocotó, sorvetes; bebidas (café, chá, chocolate, gemadas, suco de frutas e vegetais coados); papas de cereais; sopas de vegetais liquidificados e coados; caldos (de carne, de feijão); ovo quente; óleos vegetais, margarinas; creme de leite; alimentos espessantes (farinhas pré-cozidas, isolados protéicos e clara de ovo);

- *líquida restrita ou cristalina* - esta é uma dieta muito restrita, geralmente utilizada no pré-operatório, pós-operatório ou em preparo de exames. Visando proporcionar o máximo repouso gastrointestinal, fornece um mínimo de resíduos. Por ter baixo valor nutritivo e calórico, não deve ser utilizada por período superior a três dias.

Preparações indicadas: água e infusos adocicados (chá, café e mate); sucos de frutas coados; caldo de carnes e legumes coados; geléia de mocotó, picolés de suco de frutas coadas, gelatina;

- **Modificações quanto à quantidade de resíduos** - de acordo com a quantidade de resíduos que oferecem, as dietas podem ser:

- *isentas de resíduos* - quando se deseja obter um repouso gastrointestinal;

Aplicabilidade: pacientes com gastroenterites;

- *com pouco resíduo* - quando se deseja obter um repouso gastrointestinal moderado;

Aplicabilidade: pacientes em tratamento de diarreias moderadas;

- *ricas em resíduos* - quando se deseja estimular o trânsito gastrointestinal.

Aplicabilidade: indicadas no tratamento de constipações intestinais.

- **Modificações quanto ao teor de nutrientes** - independentemente de sua consistência, a dieta pode apresentar diminuição, restrição ou aumento de um ou mais nutrientes.

5.4 Interação droga-nutriente

Uma importante observação diz respeito à interação da alimentação com os medicamentos, aspecto muitas vezes não considerado quando da prescrição medicamentosa.

Sabemos que os efeitos colaterais das medicações podem afetar o estado nutricional do indivíduo, bem como o estado nutricional pode afetar a eficácia da droga.

Substâncias alimentares podem provocar um retardo ou prejuízo na absorção de determinadas drogas, acelerar a velocidade do metabolismo ou bloquear seu efeito. Além disso, existem os efeitos, a longo prazo, que as drogas podem provocar sobre o estado nutricional, pois muitas delas alteram o apetite, provocam má digestão, depleção e ou má absorção dos nutrientes.

As situações que tipicamente levam a sérias interações ocorrem quando as drogas⁹ são tomadas:

- com alimentos;
- com suplementos nutricionais;
- com álcool;
- para atingir interações específicas drogas-nutrientes;
- em regimes de drogas múltiplas, nos quais mais do que uma droga produz um efeito adverso, devido à interação entre droga e dieta;

A seguir, citamos as interferências mais comuns decorrentes da associação drogas-alimentos:

- drogas que modulam o apetite, o que pode ser indesejável ou desejável, como no caso do controle de peso. Exemplos: anfetaminas, benzocaína, dentre outras;
- drogas que afetam a absorção de nutrientes, influenciam o tempo de trânsito do alimento no intestino ou mudam o ambiente gastrintestinal. Exemplos: drogas laxativas, colestiramina e antiácidos;
- drogas que afetam o metabolismo e a excreção de nutrientes. Exemplos: antidepressivos, antimicrobianos e antineoplásicos;
- drogas que causam alterações eletrolíticas. Exemplo: diuréticos;

9 Mahan, 1998.

- alimentos e refeições com muita gordura e pouca fibra retardam o esvaziamento do estômago. Logo, os medicamentos administrados durante ou após as refeições também têm sua ação retardada;
- bebidas quentes não devem ser ingeridas com cápsulas ou comprimidos de invólucros resistentes, pois podem causar sua destruição.

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bodinski, LH. *Dietoterapia, princípios e prática*. São Paulo: Atheneu, 1996.
- Coitinho, DC *et al.* *Condições nutricionais da população brasileira: adultos e idosos*. Brasília: Ministério da Saúde/INAN, 1991.
- Enstrom, EM (org.). *O diagnóstico nutricional*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.
- Oliveira, JED, Marchini, JS. *Ciências nutricionais*. São Paulo: Sarvier, 1998.
- Franco, BDGM. *Microbiologia dos alimentos*. São Paulo: Atheneu, 1996.
- Gonsalves, PE. *Alternativas de alimentação*. São Paulo: Almed, 1984.
- Iunes, RF, Monteiro, CA. *Razões para a melhoria do estado nutricional das crianças brasileiras nas décadas de 70 e 80*. São Paulo: UNICEF/NUPENS/USP, 1993.
- Katch, FI, McArdle, WD. *Nutrição, exercício e saúde*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1996.
- Mahan, LK, Escot-Stump, S. *Alimentos, nutrição e dietoterapia*. 9ª ed. São Paulo: Roca, 1998.
- Mazzini, I. A alimentação e a medicina no mundo antigo. In: Flandrin, JL, Montanari, M. *História da alimentação*. São Paulo: Estação Liberdade, 1998. pp.254-265.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. SPS/MS. Brasília, 1999. (mimeo)
- Mitchell, H.S. *Nutrição*. Rio de Janeiro: Interamericana, 1978.
- SENAC. *Nutrição e dietética*. Rio de Janeiro: SENAC/DN/DFP, 1996.
- Teixeira, SMFG *et al.* *Administração aplicada às unidades de alimentação e nutrição*. São Paulo: Atheneu, 1997.
- Valente, FLS. Do combate à fome à segurança alimentar e nutricional: o direito à alimentação adequada. *R. Nutr. PUCCAMP*, Campinas, 10(1): 20-36, jan./jun., 1997.

Formata: 21 x 28 cm
Tipologia: Garamond
Papel: Alto Alvura 90g/m²(miolo)
Cartão supremo 250g/m² (capa)
Fotolitos, impressão e acabamento: Grafica e Editora
Posigraf S/A - Rua Senador Accioly Filho, 500 -
Curitiba - PR CEP 81.310-000
Fone: 41 346-5451 e-mail
posigraf@positivo.com.br
Impressão junho/2002

