

2. ARTIGO ORIGINAL DE PESQUISA

DESAFIOS DO ENFERMEIRO FRENTE ÀS CAUSAS DE MORTES EM ADULTOS JOVENS NA CIDADE DE MANAUS: 2008/2012

Alessamara Santos Dantas de Brito
Rita Maria dos Santos Puga Barbosa
Bruno Mori

RESUMO

Mediante observação que a expectativa de vida tem aumentado nestas últimas décadas, foi proposto levantar as causas de morte em adultos jovens entre 20 a 39 anos em Manaus-AM. Os objetivos foram: investigar, nos registros do DATASUS de Estatística Vital de Óbito entre 2008 a 2012 de jovens de 20 a 39 anos; identificar as três causas, mais frequentes, de mortes por ocorrência, na faixa etária em questão; associar o estilo de vida a estas causas; caracterizar a atuação do enfermeiro no Sistema de Saúde para colaborar com o desafio de minorar a ocorrência de óbitos em Manaus. A metodologia usada foi o levantamento documental na Fonte oficial: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM datasus.gov.br, 2014. Os resultados indicaram que as 3 causas morte mais frequentes no período foram: causas externas de morbidade e mortalidade, doenças infecciosas e parasitárias e terceiro neoplasias. Associando as 3 causas mais frequentes ao estilo de vida há um grande desafio para a atuação do enfermeiro, pois estas podem ser minoradas com ações preventivas. Destes resultados a conclusão é a de que as causas externas crescem mais na idade de 20 a 29 anos no referido período; as infecciosas crescem na idade de 30 a 39, assim como as neoplasias. Entretanto, estas 3 causas podem sofrer interferência do estilo de vida adotado pelo ser humano, assim como a atuação do enfermeiro na atenção primária, pode auxiliar em muito junto as políticas públicas de saúde, quando estas implementadas integral e integradamente.

PALAVRAS-CHAVE: Mortalidade de jovens em Manaus, Epidemiologia, o enfermeiro na atenção primária, Estilo de Vida;

1 INTRODUÇÃO

A luta pela sobrevivência fez com que o ser humano atravessasse séculos buscando meios para prolongar a vida, isto explica o início e evolução da medicina e ciências da saúde aí inserida, bem como a enfermagem. (MOACYR, 2007)

Os estudos das ciências de saúde levaram ao controle de epidemias que dizimavam muitas pessoas em todo o mundo. Os cuidados higiênicos se sobressaem com grande chave para impedir a disseminação de inúmeras doenças, isto é, medidas preventivas evitam os problemas de saúde, o que auxilia no prolongamento da vida e assim vem acontecendo sendo marco desde a década de 1970, divulgado pela Organização das Nações Unidas (ONU) que entre 1975 a 2025 haveria um grande bom envelhecimento em todo o mundo. (COSTA, 1998).

As projeções estatísticas confirmam, por exemplo, o aumento significativo da expectativa de vida no Brasil e conseqüentemente Amazonas no município de Manaus. (IBGE, Projeção da População do Brasil, 2013).

Autores como Freitas et al., (2002) e Papaléo Netto (2002), Freitas et al., (2007) apontam a evolução tecnológica e a epidemiológica como fatores preponderantes para explicar o aumento da expectativa de vida, assim sendo, se temos capacidade orgânica aliada a tecnológica de viver mais, por que não seguir esta opção?

É sabido que a herança genética é bastante determinante para situações boas e ruins em nossa saúde, é provável que venhamos a ter doenças de nossos antepassados, mas os estudos de epidemiologia da saúde ou pesquisa epidemiologia em atividade física (Thomas, Nelson e Silverman, 2007), atividade física e saúde (Nahas, 2013), nos fazem ver que o estilo de vida, os hábitos da vida diária são cruciais para explicar a continuidade de nossa saúde. O estilo de vida positivo afasta o risco do desenvolvimento de doenças precocemente, o negativo acelera estes. Os estudos que elucidam a longevidade enfatizam que os hábitos de vida explicam a mesma, em itens tais como, os relativos ao sono, nutrição, atividade física, saúde mental e/ou estresse, estes três últimos considerados o tripé de qualidade de vida por La Torre (1992), gerando equilíbrio e saúde continuada.

O estilo de vida adotado é capaz de conduzir a melhoria de vida da população, Nahas (2003) define o estilo de vida como “o conjunto de ações habituais que refletem os valores, as atitudes e oportunidades na vida das pessoas”. Mas ainda segundo Teixeira (2006) compreende-se que:

O estilo de vida é um modo de viver que conduz à maneira de ser do sujeito, aos hábitos e suas expressões. A forma de vida da pessoa varia de acordo com o grupo social e cultural em que a mesma se encontra inserida. A decisão do indivíduo para manter uma forma peculiar de vida envolve os aspectos externos e os processos mentais. Num determinado sentido, os chamados fatores de riscos, como tabagismo, etilismo, alimentação inadequada, sedentarismo e estresse, são formas adaptativas do sujeito diante das tensões do cotidiano (TEIXEIRA et al., 2006).

Por outro lado, a morte é um processo irreversível, entretanto, pode ser retardadas com medidas preventivas de ordem educacional, políticas de saúde, principalmente em adultos jovens, quando consideramos estudos da expectativa de vida no mundo. As causas de mortes em jovens destacavam-se por epidemias e doenças infectocontagiosas há cinco a seis

décadas atrás, foram substituídos pelas causas externas, ocasionando sérios problemas para saúde pública, sugerindo que novas estratégias sejam implementadas e executadas no país (MELLO JORGE, 2007, WAISELFISZ, 2013).

Os registros de doenças e mortes mais frequentes podem ser verificados através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), junto ao Sistema de Informações de Mortalidade – SIM, desde 1979, são informações relevantes para a atuação dos órgãos governamentais dos níveis federal, estadual e municipal, previstas nas políticas mundiais, assim sendo estão como fonte alternativa de indicadores de mortalidade no país (BRASIL, 2008).

Desde 1980, as mortes por causas externas foram a segunda maior causa de morte na população brasileira, em 2004, morreram no Brasil, vítimas de agressões, quase 50 mil pessoas, correspondendo a 38,4% do total de óbitos por causas externas, seguido dos acidentes de trânsito que perfizeram um total de 35.674 mil vítimas, 28% do total de mortes (TAMBELLINI, OSANAI 2001). Costa et al., (s/d) encontram em Manaus vítimas de trauma fatal quanto à mortalidade segundo faixa etária, adultos jovens entre 21 e 30 anos correspondem a 27,60%, sendo acidente de trânsito o mais frequente seguido de ferimento por arma de fogo e em terceiro ferimento por arma branca.

As causas de mortes por causas externas podem ser definidas, como toda lesão, traumas, que prejudiquem a saúde do indivíduo, incluem-se agressões, afogamentos, homicídios e acidentes (GONZAGA et al., 2012).

As Doenças infecciosas e parasitárias apesar da diminuição em seu grau letal de mortalidade, nos meados do século XX, uma vez que podem ser controladas, ainda assim, causam repercussão nos dias atuais devido ao reaparecimento de algumas doenças tais como: Aids, Dengue, Tuberculose (BRASIL, 2010).

As neoplasias (tumores) devido ao significativo crescimento global foram consideradas nos estudos sobre a mortalidade, independentemente de idade ou sexo, pela exposição dos indivíduos aos fatores de risco, perdendo para doenças do aparelho circulatório segundo pesquisas no país, destacam-se as maiores ocorrências: cânceres de pulmão, mama, reto, colo do útero, estômago e cavidade oral, essa evidência é bem menor em indivíduos com idade inferior a 40 anos (BRASIL, 2006).

A idade adulta jovem é cronogramada segundo Papalia, Olds e Feldman (2006), válido também para outros tantos autores entre 20 a 40 anos. Esta se segue a adolescência onde o indivíduo está atingindo o ápice de suas potencialidades, parecendo não ser normal sua

morte neste período, a não ser provocada por acidentes, pois as doenças crônicas podem ser postergadas com o estilo de vida saudável. Logo não parece natural morrer entre os 20 aos 39 anos. Pessoas acreditam que seja injusto falecer em plena flor da juventude.

A enfermagem sempre visou cuidar dos pacientes doentes. Foi através das iniciativas de Florence Nightingale que surgiu a primeira escola de enfermagem onde a atenção destinava-se às necessidades individuais do paciente, levando em consideração o respeito aos direitos do mesmo. Em 1960, surgiu interesse na promoção de saúde e prevenção de doenças, o que motivou o papel do enfermeiro que até os dias de hoje busca o mesmo interesse frente à sociedade (NETTINA, 2012).

O enfermeiro detém a competência para atuar em todos os níveis de atenção, é um profissional estratégico que poderá proporcionar mudanças, atingindo direta e positivamente a evolução final seja do indivíduo, família e grupo da comunidade (BEZERRA et al., 2013).

O reconhecimento do papel do enfermeiro é no sentido de promover conforto, acolhimento, bem-estar físico, mental, seja cuidando, seja coordenando outros setores com objetivo de ofertar assistência, estimular à melhoria dos hábitos de vida das pessoas, incentivando na prática de atividades físicas, sensibilizar quanto ao controle do tabagismo, como questão antes não identificada ou considerada importante e empregar a educação em saúde (BACKES, 2012). As atribuições do enfermeiro estão baseadas na manutenção e desenvolvimento das políticas de saúde, tanto em nível curativo quanto preventivo, o que consta no Art. 1 do capítulo I do código de ética dos profissionais de enfermagem.

A enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade. Atua na promoção, proteção e recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais (COFEN, 2007).

Este compromisso com a saúde que permite ao enfermeiro colaborar com a prevenção promovida a partir do primeiro nível da saúde ofertado pelo Sistema Único de Saúde - SUS, pois é o sistema capaz de atuar sobre a organização social do estado e nas decisões de caráter geral. O seu conteúdo é modelo para a realização de cuidados de saúde da população (FREITAS, et al, 2010).

Na temática do direito a vida e a saúde o SUS, propôs a Promoção de Saúde – PS, que detém de influência sobre o modo de pensar e execução de políticas e tecnologias nos sistemas de saúde como método resolutivo das ocorrências como: violência, desemprego,

dificuldades no acesso a educação e fome, podendo intervir no processo saúde-doença e responder as necessidades de saúde sociais (BRASIL, 2010).

A Promoção Saúde da Família (PSF) desenvolvida a partir da PS surgiu em 1992 junto ao Ministério da Saúde (MS), é a forma prioritária relativa ao modelo assistencial no primeiro nível de atenção à saúde, dentro das Unidades Básicas de Saúde (UBS), escolas, permitindo que população tenha acesso aos serviços saúde nas comunidades, priorizando atenções básicas e práticas de educação em saúde (PAIM, 2003).

Este estudo teve o objetivo de investigar, nos registros do DATASUS o Sistema das Informações de Mortalidade (SIM) entre os anos de 2008 a 2012; e específicos: identificar as três causas, mais frequentes, de mortes por ocorrência, na faixa etária de 20-39 anos; associar o estilo de vida a estas causas; caracterizar a atuação do enfermeiro no Sistema de Saúde para colaborar, bem como, minimizar a ocorrência de óbitos em Manaus.

2 MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa em voga foi de caráter documental, ex-post-facto, tendo como fontes documentais, os dados oficiais de domínio público armazenados no DATASUS.

A primeira parte do trabalho foi através da Revisão de Literatura, na identificação por meio de palavras chave de artigos no Lilacs, Scielo, dissertações, teses, no Portal de Universidades como UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas) e UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina), periódicos da área de enfermagem, livros de base. Foram consideradas as referências relevantes sobre a temática, anos anteriores a 2007 sejam periódicos ou livros, uma vez que, as literaturas são escassas ou por serem clássicas.

O levantamento dos dados transcorreu em acesso outubro/2014, na página principal datasus.gov.br, em informações do Sistema de Informações de Mortalidade - SIM em Estatísticas Vitais de Mortalidade Geral, no estado Amazonas ao selecionar as ocorrências registrados nestes últimos anos entre 2008 a 2012 já disponíveis.

Foi delimitando mortalidade geral por ocorrência, capítulo Classificação Internacional de Doenças - CID-10, MS, município de Manaus, óbitos por ocorrência selecionou os anos de 2008 a 2012. Depois selecionadas as faixas etárias e identificou as 3 causas mais frequentes. Dentre 17 causas registradas em adultos jovens foram localizadas: doenças infecciosas e parasitárias; neoplasias; doenças sangue órgãos hematopoéticos e transtorno imunitário; doenças endócrinas nutricionais e metabólicas; transtornos mentais e

comportamentais; doenças do sistema nervoso; doenças do ouvido e da apófise mastoide; doenças do aparelho circulatório; doenças do aparelho respiratório; doenças do aparelho digestivo; doenças da pele e do tecido subcutâneo; doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo; doenças do aparelho geniturinário; gravidez parto e puerpério; mal formações congênitas deformidades e anomalias cromossômicas; sintomas sinais e achados anormais exame clínico e laboratorial; causas externas de morbidade e mortalidade.

As frequências das causas morte foram organizadas em Tabela com os resultados por ano e faixa etária subdividida em 20 a 29 e 30 a 39 anos. Ou seja, é apenas uma estatística descritiva.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados encontrados no DATASUS estão organizados e ilustrados em formato de Tabela, composto pela distribuição em duas faixas etárias 20 a 29 e 30 a 39 anos, onde pode ser visto que as causas de mortes mais frequentes em adultos jovens de Manaus foram: “causas externas de morbidade e mortalidade”, ou seja, lesões, traumas, ou qualquer outro agravo a saúde, como característica da violência e/ou acidentes, “doenças infecciosas e parasitárias” e em terceiro colocação as “neoplasias” (Tabela 1).

As causas externas são em maior quantidade quando comparadas com as duas outras causas e crescem um pouco mais nas faixas de 20 a 29 anos entre 2008 a 2012. As doenças infecciosas e parasitárias e neoplasias crescem mais na faixa etária de 30 a 39 anos (Tabela 1).

Tabela 1: As 3 Causas de morte mais frequentes em adultos jovens em Manaus: 2008 a 2012

Grupos de Causas	2008		2009		2010		2011		2012	
	20-29 anos	30-39 anos								
Causas Externas de Morbidade e Mortalidade	475	244	475	251	543	320	618	349	673	369
Doenças Infecciosas e parasitárias	73	79	82	106	81	127	79	110	67	107
Neoplasias Tumores	54	85	55	94	56	106	55	96	58	138

(Fonte pesquisa documental: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, acessado em 4 de setembro 2014)

Dentro de uma fundamentação teórica as 3 causas mais frequentes necessariamente não seriam suficientemente agressiva por si só para levar a óbito de adultos jovens, mas estão associadas a indicadores, ou itens habituais, ou do estilo de vida.

3.1 CAUSAS DE MORTES MAIS FREQUENTES EM JOVENS DE MANAUS: 2008-2012

As descrições das causas de mortes analisadas neste estudo descritas na Tabela 1 destacaram crescente número de mortes por causas externas principalmente no grupo de faixa etária dos 20 a 29 anos, em maior evidência no ano de 2012, conforme o DATASUS, ao compararmos ao grupo na faixa etária entre 30 a 39 anos de idade os números de ocorrência tem-se duplicado a cada ano. No Brasil, durante as três últimas décadas, a mortalidade decorrente de causas externas (violências, lesões, acidentes etc.) aumentou e ocasionou impactos significativos nas estatísticas vitais conforme apontam Orellana, Basta, Souza (2013), o que significa que a tendência geral também é seguida por óbitos de adultos jovens em Manaus.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS (2002), os acidentes de trânsito e homicídios obtiveram ascendente ocorrência desde 1990, liderando maior parte de óbitos, que acometem adolescentes e grupos de adultos jovens. Confirmando em nossa pesquisa, elevado números relativos de mortes por causas externas.

Segundo Santos et al., (2008) encontrou, a mesma ocorrência como a segunda colocação das causas de mortes no Brasil, principalmente nos grupos entre 5 aos 39 anos de idade, o que é similar a esta pesquisa.

Os achados de Gonzaga et al., (2012) informam que grupos de adultos jovens são os mais acometidos por causas externas, com taxas elevadas nas faixas etárias com até 44 anos, o que evidencia potenciais de vida perdido, ou seja, morte prematura.

Das causas por Doenças Infecciosas e Parasitárias adultos jovens de 30 a 39 anos, alcançou maior escala no ano de 2010, com uma interrupção no crescimento nos anos 2011 e 2012, oscilando em ocorrência e números. Ainda que se apresente este número, assume um cursor descendente frente a outras causas. Para tal Freitas et al., (2007) houve um controle nas taxas de mortalidade infectocontagiosas, devida a maior demanda de medicamentos e com o acesso aos recursos tecnológicos permitiu-se descobertas precocemente no meio da população. De acordo com Barreto et al., (2007), as doenças infecciosas apresentaram maior

redução na participação no perfil de mortalidade, porém mesmo com importantes êxitos de controle e prevenção, nossa realidade brasileira ainda apresentou o ressurgimento da Dengue, endemias como a tuberculose, Malária, Aids com sua maior participação. O que nos faz inferir que as mortes por este tipo de doença são desnecessárias pode ser evitado com ações preventivas.

Concernente à ocorrência de neoplasia apresentou crescimento proporcional a cada ano, em maior escala em 2012, nas faixas de 30 a 39 anos de idade, e redução de caso no ano 2011. O International Union Against Câncer (UICC, 2005), prevê ocorrência de mais 20 milhões de casos novos em até 2020, confirmando o crescimento dessas incidências. Arregi (2012) indica que houve reconhecimento de ocorrências do câncer em adultos jovens e mortalidade que mais acometem indivíduos na idade de 20 a 39 anos de idade, apresentando incidência estáveis nos Estados Unidos e Europa em últimas pesquisas de mortalidade por câncer. Ao que o Ministério da Saúde (2006) informa que a exposição aos fatores de riscos são maiores, devido às condições de vida, de uma população, podendo originar-se por múltiplas causalidades, a exemplo: etilismo e hábitos tabágicos são fatores responsáveis por tais ocorrências, principalmente quando adotados na fase da adolescência, o tabagismo é um dos causadores do câncer de pulmão, há evidências para o câncer: laringe, pâncreas, fígado, bexiga, rim, em combinação com o álcool há probabilidade do câncer de cavidade oral e esôfago. Em outras palavras o estilo de vida é um indicador forte para o surgimento desta causa morte.

3.2 ESTILO DE VIDA VERSUS CAUSA MORTES MAIS FREQUENTES ENTRE JOVEM DE MANAUS: 2008-2012

No estudo das mortes por causas externas, WHO (2004), prevê maior probabilidade no crescimento de suas ocorrências, podendo alcançar até 40% das causas em 2030, esse achado pode ser evitado, se adotarmos medidas preventivas, inclusa aí a atuação do enfermeiro dentro das políticas de prevenção. Ou seja, este tipo de morte é previsível e totalmente evitável pela atitude do indivíduo na sua vida diária excluindo os fatores de risco.

Segundo os autores Nahas (2013) e Fries apud Veraset al., (2001), em seus achados sobre a qualidade de vida, expectativa de vida, observa evidências através de medidas preventivas, quando iniciadas precocemente, ou seja, na adolescência, ao adotar um estilo de vida saudável, ou seja, em que indivíduos priorizam mudanças no comportamento, aderem a

novas atitudes no dia-a-dia, ingerem alimentos saudáveis, praticam ou não atividades físicas, comportam-se de maneira preventiva, de bons relacionamentos, controlando estresses, com certeza chegarão às proximidades do limite biológico.

Puga Barbosa et al., (2014) nos achados estilo de vida de adolescentes do Amazonas em alguns municípios, no consumo de tabaco e álcool, apontam que o uso em grande quantidade ocasionam problemas de saúde como: atitudes violentas, acidentes de trânsito, portanto não somam benefícios para o bom estado de saúde da população e indivíduos são capazes de controlar seu uso.

O Ministério da Saúde (2008), em seus achados de Doenças Infecciosas e Parasitárias, comprova que medidas preventivas são capazes de controlar doenças transmissíveis.

Quando aderimos algumas práticas de saúde em nosso dia-a-dia, seja nos hábitos pessoais: ao acordar, não andarmos descalços, lavar as mãos e alimentos antes de ingeri-los, impede proliferação de parasitas no organismo, na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis o uso de preservativos é o método necessário, reduzirão os riscos da AIDS, estar em dias com o cartão de vacina, outras medidas individuais: evitar água parada em pneus velhos, garrafas, uso de mosquiteiros, repelente, desviar-se de locais de transmissão principalmente á noite, diminuem a incidência de Malária e surtos da Dengue.

O Instituto Nacional de Câncer – INCA (2006), em seus estudos epidemiológicos sobre o câncer, os riscos estão associados, não só a genética, mas quando interagem a fatores ou modos de viver, ao ambiente que propiciem o aparecimento da doença.

Estudos de Danaei (2005), sobre causas do câncer no mundo, apresentou fatores para o risco do câncer: dieta e inatividade física, substâncias aditivas (uso de tabaco e álcool), saúde sexual e reprodutiva (infecções sexualmente transmissíveis), riscos ambientais (poluição do ar, combustíveis sólidos, tabagismo passivo) e contaminação venosa pelo vírus de hepatite B e C. Afirmou em seus estudos que a prevenção primária continua minorar as cargas do câncer no mundo.

3.3 DESAFIO DO ENFERMEIRO NO ENFRENTAMENTO DAS CAUSAS DE MORTES DE JOVENS EM MANAUS: 2008-2012

Segundo COFEN (2007), o código de ética dos profissionais de enfermagem: dos princípios fundamentais, descreve a enfermagem como uma profissão comprometida com a

saúde e qualidade de vida da pessoa, família e coletividade, é integrante da equipe de saúde, das ações que satisfaçam as necessidades da saúde da população e defesa dos princípios das políticas de saúde, garante universalidade nos acessos a saúde, integralidade de assistência e resolutividade.

Partindo desse princípio, enfermeiros junto às políticas de saúde encontram-se envolvidos no processo de saúde-doença-cuidado, a partir da atenção básica voltada para o ambiente familiar, pois o mesmo é integrador responsável pelos primeiros comportamentos e hábitos de vida do indivíduo (ROCHA, ALMEIDA, 2000).

Para Backes (2012) o enfermeiro na atenção básica do SUS conseguiu vez nos campos de estratégia de saúde da família-ESF, conhecido ainda como Programa Saúde da Família-PSF, em sua participação e atuação comunitária, social, executando questões de cidadania, políticas públicas e educação em saúde.

O MS (2012) descreve atribuições específicas do enfermeiro na atenção básica: realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias em todas as fases do ciclo da vida; realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupos, solicitar exames complementares, prescrever medicações, encaminhamentos quando necessário; entre as atividades educativas o planejamento, supervisão e coordenação das ações para equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde devem ser incluídos, realizar atividades prioritárias de intervenção na atenção básica dentre outros.

O enfermeiro segundo Araújo (2009) desde sua formação acadêmica é o profissional capacitado para integrar a ESF podendo diagnosticar e solucionar problemas de saúde, proteção e reabilitação de saúde objetivando cuidado integral nas ações multiprofissionais.

O PSF torna-se uma estratégia estruturante segundo os autores Alves (2005), Freitas (2010) com finalidade de alcançar mudanças significativas que mobilizem a comunidade com ações da promoção de saúde. Assim como detém da responsabilidade com o princípio da integralidade, buscando doenças, por meio de visitas domiciliares, realizando a primeira avaliação para agravos de saúde, fornecendo medicamentos, praticando educação em saúde nas escolas, comunidade.

A promoção em saúde segundo Horta (2009) torna-se influenciador dos determinantes de saúde. Tanto determinantes que estão sob o controle do indivíduo, ou seja, fatores internos: comportamento individual, estilo de vida, que procura pelos serviços de saúde, como externos: condição social, econômica e ambiental.

Buss (2002) ao abordar a educação em saúde afirma que o aconselhamento torna-se atividade fundamental do enfermeiro para comunidade onde podem ser dialogadas temáticas sobre: Hábitos alimentares; uso de álcool e tabaco; outras drogas, higiene pessoal; comportamento sexual; comportamento no trânsito; atividade física intervindo sobre os problemas sociais e prevenindo causas futuras de mortes.

Para Costa apud Alencar (2006) torna-se desafio para o enfermeiro seguir este modelo assistencial no PSF, pois o mesmo deve considerar que existem outros meios envolvidos a intervir no seu agir que são os aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais.

4 CONCLUSÃO

Os resultados indicaram que as 3 causas morte mais frequentes no período foram: causas externas de morbidade e mortalidade; doenças infecciosas e parasitárias e terceiro neoplasias.

Associando as 3 causas mais frequentes ao estilo de vida há um grande desafio para a atuação do enfermeiro, pois estas podem ser minoradas com ações preventivas.

As causas externas crescem mais na idade de 20 a 29 anos no referido período; as infecciosas crescem na idade de 30 a 39, assim como as neoplasias.

Estas 3 causas podem sofrer interferência do estilo de vida adotado pelo ser humano, assim como a atuação do enfermeiro na atenção primária, pode auxiliar em muito junto as políticas públicas de saúde, quando estas implementadas integral e integradamente.

Os adultos jovens de Manaus no período de 2008 a 2012 estão chegando ao óbito nos 3 motivos muito por atitudes da vida diária que poderiam ser evitadas, ou seja não justifica seu óbito por ignorância, por impulsos, por falta de hábitos higiênicos, por consciência dos auto cuidado preventivo do seu organismo no ápice de suas condições, colocado a duras provas de resistência.

O desafio do enfermeiro é o de atingir esta população por meio de atuação preventiva, mesmo que encontre limitações, estruturais e conjunturais, que venham interferir em sua atuação, assim como a falta de interesse do indivíduo em procurar as informações necessárias para prevenção de agravos a sua saúde.

REFERÊNCIAS

1. ALENCAR, R.C.V., **A vivência da ação educativa do enfermeiro no programa saúde da família** (PSF), p. 15, MG, 2006.
2. ALVES, V.S., **Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial**, *Interface-Comunic, Saúde, Educação*, V. 9, N. 16, p.39-52, set 2004/fev 2005.
3. ARAÚJO, M.F.S., OLIVEIRA, F.M.C., **A atuação do enfermeiro na Equipe Saúde da Família e a satisfação profissional**, *Revista Eletrônica de Ciências Sociais*, n.14, p.5-7, set, 2009.
4. ARREGI, M.M.U., **Câncer em adultos jovens (20-39 anos) em fortaleza: análise de tendências em incidência, mortalidade e sobrevida, 1997-2006**, Fortaleza, p. 164, 2012
5. BACKES, D., BACKES, M.S, ERDMANN, A.L, et al, **O papel profissional do enfermeiro no sistema único de saúde da saúde comunitária à estratégia de saúde da família**, *Ciências & Saúde Coletiva*, V. 17, N. 1, p. 223-230, 2012.
6. BARRETO, M.L, CARMO, E.H, **Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: renovados desafios para o sistema único de saúde**, *Ciências & Saúde Coletiva*, N. 12, p. 1779-1790, 2007.
7. BEZERRA, F., SARA TAZIANA, S., MESQUITA LEMOS, M., et al, **Promoção da saúde: a qualidade de vida nas práticas da enfermagem**, *Enfermeira Global*, N. 32, outubro, p. 270-279, 2013.
8. BRASIL, COFEN, **Código de ética dos profissionais de enfermagem**, resolução 240/2000, revogada pela resolução 311/2007, disponível em <<http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>, acesso em: 15 set. 2014.
9. BRASIL, MS, **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**, 7.ed. rev., Brasília: Ministério da Saúde, p. 444, 2008.
10. BRASIL, MS, **Doenças Infecciosas e parasitárias: guia de bolso/ministério da saúde, secretária de vigilância em saúde, departamento de vigilância epidemiológica**, 8.ed. rev, Brasília: Ministério da Saúde, p. 50-59, 2010.
11. BRASIL, MS, Portaria n.º 687/MS/GM, de 30 de março de 2006, **Política de promoção de saúde**, 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
12. BRASIL. MS, INCA, **A situação do câncer no Brasil/Coordenação de prevenção e vigilância**. Rio de Janeiro: INCA, p. 11-57, 2006.
13. BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, p. 46-47, 2012.
14. BUSS, P.M, **Promoção da saúde da família**, Fundação Oswaldo Cruz, p. 50-63, 2002.

15. BUSS, P.M., CARVALHO, A.I., **Desenvolvimento da promoção de saúde no Brasil nos últimos 20 anos (1988-2008)**, *Ciência & Saúde Coletiva*, N. 14, p. 2305-2316, 2009.
16. COSTA, C.A., **Epidemiologia do trauma fatal em Manaus**, s/d, disponível em <<http://uspdigital.usp.br/siicusp/cdonlinetrabalhovisualizarresumo?numeroinscricao=5810&numeroedicao=16>>, acesso em: 27 abr. 2015.
17. COSTA, E. M. S. **Gerontodrama – a velhice em cena**, ÁGORA, São Paulo, 1998.
18. DANAEI, G., VANDER HOORN, S., LOPEZ, A.D. **Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioral and environmental risk factors**. *Lancet*, V. 366, p. 1784-1793, 2005.
19. FREITAS, E.V et al, **Tratado de geriatria e gerontologia**, 1.ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
20. FREITAS, M.C. MENDES, M.M.R, **Condição crônica: análise ao conceito no contexto de saúde do adulto**, *Rev. Latino em Enfermagem*, N. 15, V. 4 julho-agosto, 2007.
21. FREITAS, M.L.A, MANDU, E.N.T, **Promoção de saúde na estratégia saúde da família: análise de políticas de saúde brasileira**, *Acta Paul Enfermagem*, N. 23, V. 2, p. 200-205, 2010.
22. GONZAGA, R.A.T, RIMOLI, C.F, PIRES, E.A, et al, **Avaliação da mortalidade por causas externas**, *Rev. Col. Bras. Cir.*, N. 39, V. 4, . p. 263-267, 2012.
23. HORTA, N.C., SENA, R.R., **Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas públicas de saúde no Brasil**, *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, Vol. 20, N. 2, p. 475-495, 2010.
24. HORTA, NC., SENA, RR., OLIVEIRA SILVA, M.E., et al, **A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde**, *Rev.Bras. de Enfermagem*, V. 62, N. 4, p. 524-529, julho, agosto, 2009.
25. **IBGE**, disponível em <<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>> acesso em: 4 nov. 2014.
26. LA TORRE, A. **Las três fuentes de salud y longevidad**, México: Editorial DIANA, 1992.
27. MELLO JORGE, M.H.P, RUY LAURENTI, R., GOTLIEB, S.L.D, **Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do sim e do sinasc**, *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.12, n.3, p. 643-654, 2007.
26. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DATASUS mortalidade geral, 2011: Mortalidade Amazonas**, Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/obt10AM.def/>> acesso em: 4 set. 2014.

27. MOACYR, S., **História do conceito de saúde**, *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, N.17, V.1, p. 29-41, 2007.
28. NAHAS, M.V., **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**, 3.ed. Londrina: MIDIOGRAF; 2003.
29. NAHAS, M.V., **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**, 6.ed. Londrina Midiograf, 2013.
30. NASCIMENTO, G., TEIXEIRA, P., **Análise da mortalidade por homicídios no município de Manaus segundo sua evolução histórica e fatores sócio-econômicos, institucionais e espaciais de determinação**, disponível em <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_859.pdf/>, acesso em: 6 abr. 2015.
31. NETTINA, S.M., **Brunner práticas de enfermagem**, V. 1, 9.ed., Rio Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
32. ORELLANA, J.D., BASTA, P.C., SOUZA, M.L.P., **Mortalidade por Suicídio: um enfoque em municípios com alta proporção de população auto declarada indígena no Estado do Amazonas, Brasil**, *Ver Bras. Epidemiol*, N.16, V.3, p. 658-669, 2013.
33. **ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE**, WORLD HEALTH ORGANIZATION, **World report on road traffic injury prevention**, Geneva: WHO, 2004, disponível em <http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/world_report/summary_en_rev.pdf/>, acesso em: 25 mar. 2015.
34. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, Ministério da Saúde, **Política nacional de redução de morbimortalidade por acidentes e violência**, Brasília: Ministério da Saúde, N. 8, p. 64, 2002.
35. PAIM, J.S., **Gestão de atenção básica nas cidades, saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 183-210, 2003.
36. PAPALETTO NETTO, M., **Gerontologia**, São Paulo: ATHENEU, 2002.
37. PAPALIA, D.E., OLDS, S.W., FELDEMAN, R.D., **Desenvolvimento humano**, 8.ed. ARTMED, 2006.
38. PUGA BARBOSA, R.M.S., CARDOSO NETO, J., PUGA, Z., **Estilo de vida de escolares do ensino médio: Boa Vista do Ramos, Codajás, Iranduba, Itapiranga, Manacapuru, Novo Airão, Rio Preto da Eva, Silves**, EDUA, UFAM, 2014.
39. ROCHA, S.M.M., ALMEIDA, M.C.P., **O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade**, *Rev. Latino-am enfermagem*, Ribeirão Preto, v 8, n. 6, p. 96-101, dez 2000.
40. SANTOS, A.M.R., et al, **Perfil das vítimas de traumas por acidentes de moto atendidas em serviço público de emergência**, *Cad. Saúde de Pública, RJ*, N. 8, V. 24, p. 1927-1938, 2008.

41. SOUZA, C., **Políticas públicas: uma revisão da literatura**, *Sociologias*, Porto Alegre, Ano 8, N.16, p. 20-45, 2006.
42. TAMBELLINI, A.T., OSANAI, C.H., **Epidemiologia do trauma**. In: FREIRE, E. Trauma a doença dos séculos. São Paulo: Atheneu, 1.ed., p. 47-76, 2001.
43. TEIXEIRA E.R., et al, **o estilo de vida do cliente com hipertensão arterial** *Esc Anna Nery R Enferm*, N. 10, V. 3, p. 378 – 384, dez, 2006.
44. THOMAS, J. R., NELSON, J. K., SILVERMAN, S. J. Métodos de pesquisa em atividade física, 2.ed., Porto Alegre: ARTMED, 2007.
45. UICC, **International Union Against Cancer**, Introduction ICC global câncer control, Geneve: Switzerland, 2005, disponível em: <<http://forms.uicc.org/templates/uicc/pdf/about/aboutuiccdoc.pdf/>> acesso em: 25 mar. 2015.
46. VERAS, R., LIMA, M.A., ARAUJO, T.C.N., et al, **Velhice numa perspectiva de futuro saudável**, UNATI, UERJ RJ, 2001.
47. WAISELFSZ, J.J., **Mapa de violência 2013: homicídios e juventude no Brasil**, Ed. Cebela, Rio de Janeiro, 96p. 2013.