

REVISTA BRASILEIRA DE **MEDICINA DE**
FAMÍLIA E
COMUNIDADE



Volume 8, Número 28, Jul-Set 2013
ISSN 2179-799



www.rbmfc.org.br



Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
Brazilian Journal of Family and Community Medicine
Revista Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria

INFORMAÇÃO PARA AUTORES / INFORMATION FOR AUTHORS

A Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC) é uma publicação científica trimestral da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), e tem como Objetivo publicar artigos originais, perspectivas, debates e discussões sobre todos os aspectos da Medicina de Família e Comunidade e da Atenção Primária à Saúde, incluindo a prática clínica, a formação profissional, a organização dos serviços, e as políticas públicas relacionadas à MFC e APS.

A RBMFC está aberta para submissões online de artigos sujeitos ao processo de avaliação pelos pares. Por favor, antes de submeter seu artigo, verifique no site da revista as Diretrizes para Autores disponível na seção Sobre. O cadastro no sistema e posterior acesso, por meio de login e senha, são obrigatórios para a submissão de trabalhos, bem como para acompanhar o processo editorial em curso.

Periodicidade trimestral/Publication Frequency quarterly four issues per year (March/June/September/December).

Tiragens 2.000 exemplares.

EQUIPE EDITORIAL

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Airton Teteboom Stein, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Brasil Dr. Angelmar Constantino Roman, Faculdade de Medicina da Universidade Positivo (UP), Brasil Prof. Dr. Bruno José Barcellos Fontanella, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Brasil Prof. Dr. Carlos Eduardo Aguilera Campos, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Brasil Dr. Charles Dalcaneale Tesser, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Pública, Brasil Prof. Dr. Erno Harzheim, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FURG), Brasil Prof. Dr. Guilherme Arantes Mello, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Brasil Prof. Dr. Gustavo Diniz Ferreira Gusso, Universidade de São Paulo (USP), Prof. Dr. Michael Kidd, Flinders University, Austrália Prof. Me. Nulvio Lermen Junior, Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - Rio de Janeiro (SMSDC-RJ), Presidente da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), Brasil Prof. Dr. Ricardo Donato Rodrigues, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Brasil Prof. Dra. Sandra Fortes, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Brasil

EDITOR

Prof. Me. Armando Henrique Norman, editor.rbmf@sbmf.org.br

EDITOR GERENTE

Josane Araujo Norman

EDITOR DE SEÇÃO (ARTIGOS DE REVISÃO CLÍNICA)

Dr. Michael Schmidt Duncan, Brasil

SECRETÁRIO-EXECUTIVO/ BIBLIOTECÁRIO

David Matos Milhomens, CRB-14/1268, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), Brasil, david@sbmf.org.br

CONSELHO CIENTÍFICO

Prof. Dr. Alberto Novaes Ramos Jr, Universidade Federal do Ceará (UFC), Brasil Prof. Dra. Aldaísa Cassanho Forster, Universidade de São Paulo (USP), Brasil Prof. Dr. Altacilio Aparecido Nunes, Universidade de São Paulo (USP), Brasil Prof. Dr. Amaury Leles Dal-Fabbro, Universidade de São Paulo (USP), Brasil Prof. Dra. Camila Giugliani, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FURG), Brasil Prof. Dra. Cristina Rolim Neumann, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FURG), Brasil Prof. Dra. Danielle Fernandes Godoi, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Brasil Prof. Dr. Ernani Tiaraju de Santa Helena, Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB), Brasil Prof. Dr. Geovani Gurgel Aciole da Silva, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Brasil Prof. Dr. Gustavo Salata Romão, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Brasil Prof. Dr. João Mazzoncini de Azevedo Marques, Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCRP/USP), Brasil Prof. Dr. João Werner Falk, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FURG), Brasil Dr. José Ricardo de Mello Brandão, Universidade de São Paulo (USP), Brasil Prof. Dra. Luciane Loures dos Santos, Universidade de São Paulo (USP), Brasil Prof. Dra. Maria Inês Reinert Azambuja, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FURG), Brasil Prof. Dr. Mario Maia Bracco, Instituto Israelita de Responsabilidade Social Albert Einstein (IRSAE), Brasil Prof. Dra. Olga Maria Fernandes de Carvalho, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Brasil Prof. Dr. Renan Magalhães Montenegro Junior, Universidade Federal do Ceará (UFC), Brasil Prof. Dr. Sérgio Eduardo de Andrade Perez, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Brasil

REVISORES "AD HOC"

Adilson Domingos dos Reis Filho (UNIC) Adriana Valéria Assunção Ramos (UNIFOR) Alcione Tavora Kullo (FUNEC) Alessandro da Silva Scholze (UNIVALI) Alessandro Leite Cavalcanti (UFPA) Aline Guerra Aquilante (UFSCar) Ana Cristina Vidor (PMF) André Luis Andrade Justino (SMSDC-RJ) André Luis Bezerra Tavares (UFC) Andréia Sílvia Walter de Aguiar (UFC) Angela Helena Marin (UNISINOS) Armando Henrique Norman (SBMFC) Bruno Souza Benevides (UECE) Carla Maria Ramos Germano (UFSCar) Celso Zilbovicius (UNIFESP) César Augusto O Favoreto (UERJ) César Monte Serrat Tittton (PMC) Cristine Vieira do Bonfim (FUNDAJ) Daniel Almeida Gonçalves (UNIFESP) Daniel Krupp Augusto (PMBH) Daniela Dallegrave (GHC) Débora Gusmão Melo (UFSCar) Elson Romeu Farias (ULBRA) Eno Dias de Castro Filho (GHC) Fernanda Lazzari Freitas (PMF) Francisco Jorge Arsego Quadros de Oliveira (UFRGS) Gabriela dos Santos Buccini (HSM) Giannina do Espírito-Santo (UNISUAM) Gustavo de Araújo Porto Landsberg (UNIFENAS) Hamilton Lima Wagner (PMC) Isanete Geraldini Costa Bieski (UFMT) João Rodolfo Hopp (FUNDACENTRO) José Aroldo Lima Gonçalves-Filho (PMERJ) José Carlos Prado Junior (SMSDC-RJ) José Eduardo Corrente (UNESP) José Eduardo de Paula Lima (UFSCar) José Mauro C Lopes (GHC) Josenaide Engracia Santos (UNEB) Juliana Oliveira Soares (SMS/DF) Leonardo Cançado Monteiro Savassi (UFOP) Leonardo Vieira Targa (UCS) Lilian Fatima Barbosa Marinho (FUNASA) Liz Ponnet (UNIFESP) Lucas Mello Pioner (UFSC) Lucia Alves S Lara (USP) Luciana Kind (PUC/MG) Lucimare Ferraz (UEESC) Luis Antônio Benvegnú (UNIJU) Luis Antonio Ribeiro (UNIVAP) Luis Filipe Cavadas (Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Portugal) Luis Pisco (ARSLVT, Portugal) Luiz Miguel Santiago (Universidade da Beira Interior, Portugal) Magda Moura de Almeida (UNIFOR) Marcello Dala Bernardina Dalla (UVV) Marcelo Kolling (PMSC) Marcelo Rodrigues Gonçalves (UFRGS) Márcia Regina Martins Alvarenga (UEMS) Marcio Costa de Souza (UESB) Marco Aurélio Oliveira Góes (UFS) Maristela Carbol (UFSCar) Marlos Suenney de Mendonça Noronha (UFS) Moema Guimarães Motta (UFF) Myriam Carneiro de França (UNIFE) Nathan Mendes Souza (McMaster University, Canadá) Nelson Robson Mendes de Souza (UERJ) Nicanor Rodrigues da Silva Pinto (UNIFESP) Nilson Massakazu Ando (SEMSA) Pablo de Lannoy Stürmer (GHC) Patricia Barreto Cavalcanti (UFPA) Patricia Sampaio Chueiri (DAB) Patricia Taira Nakanishi (UnB) Paulo Poli Neto (SMS-PMC) Petterson de Jesus Floriano (UFSCar) Rachel de Faria Brino (UFSCar) Raquel Miguel Rodrigues (ICECENSA) Renata Cereda Cordeiro (UNIFESP) Renata Giannecchini Bongiovanni Kishi (UFSCar) Ricardo de Mattos Russo Rafael (UNIG) Roberta Alvarenga Reis (UFRGS) Roberto Nunes Umpierre (GHC) Rodolfo de Carvalho Pacagnella (UFSCar) Rodrigo Caprio Leite de Castro (UFRGS) Rodrigo da Silva Dias (UEPA) Rogério Luz Coelho Neto (FEPAR) Rosana Pimentel Correia Moysés (UFAM) Rosana Viana Frazili (FATEA) Rosângela Ziggotti Oliveira (UEM) Ruth Borges Dias (UNIFENAS) Sergio Antonio Sirena (GHC) Shamyry Sulyvan de Castro (UFTM) Tânia Araujo Barboza (UNIFOR) Tania Toledo Oliveira (UVV) Thiago Dias Sarti (UFES) Thiago Roberto Castellane Arena (USP) Tiago Villanueva Gutierrez Marques (ACES Lisboa Norte) Ubiratan Adler (UFSCar) Valéria Ferreira Romano (UFRJ) Vitor Engrácia Valenti (UNESP) Yuji Magalhães Ikuta (UEPA)



Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
Rua Evaristo da Veiga, 16 sala 401, Centro - Rio de Janeiro - RJ, CEP: 20031-040

www.sbmfc.org.br

Diretoria da SBMFC (2012 - 2014)

Nulvio Lermen Junior
Presidente
Thiago Gomes Trindade
Vice-Presidente
Paulo Poli Neto
Secretário Geral
Cleó Borges
Diretor Financeiro
Ademir Lopes Junior
Diretor de Comunicação
Daniel Krupp
Diretor de Pesquisa e Pós-Graduação Lato Sensu
Roberto Umpierre
Diretor de Graduação e Pós-Graduação Stricto Sensu
Juliana Oliveira Soares
Diretora Científica
Emílio Rossetti Pacheco
Diretor de Titulação
Oscarino dos Santos Barreto Junior
Diretor de Exercício Profissional
Nilson Massakazu Ando
Diretor de Medicina Rural

Conselho Diretor da SBMFC

Cristiana Hartmann
Acre
Ana Cláudia Soares da Silva
Alagoas
Nilson Ando
Amazonas
José Tadeu Tramontini
Bahia
Tales Coelho Sampaio
Ceará
Tiago Sousa Neiva
Distrito Federal
Marcello Dala Bernardina Dalla
Espírito Santo
Sandro Rogério Rodrigues Batista
Goiás
Fabiano Gonçalves Guimarães
Minas Gerais
Fernando Antonio Santos e Silva
Mato Grosso
Ivo Alves de Freitas
Mato Grosso do Sul
Yuji Magalhães Ikuta
Pará
Rodrigo Arruda Pinho
Pernambuco
Marcelo Garcia Kolling
Paraná
Cristiane Coelho Cabral
Rio de Janeiro
Robinson Cardoso Machado
Rorônia
José Mauro Ceratti Lopes
Rio Grande do Sul
Marcela Dohms
Santa Catarina
Levi Higino Jales Junior
Rio Grande do Norte
Denise Santos do Nascimento
Sergipe
Zeliete Linhares Leite Zambon
São Paulo
Raimundo Célio Pedreira
Tocantins

Copyright: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade / Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. -- v. 1, n.1 (abril, 2004).-- Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2004 -

v.; 24cm

Trimestral

Resumo em português, inglês e espanhol

Disponível na internet: <http://www.rbmf.org.br>.

Volume 8, Número 28, Julho-Setembro, 2013

ISSN 1809-5909 (Impresso)

ISSN 2179-7994 (Online)

1. Medicina da Família. Periódico. I. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, SBMFC.

CDD 362.1

Filiada a



Ministério da Saúde



Indexada em



Sumário / Summary / Sumario

EDITORIAL

- 153 Promoção da saúde: um desafio para a atenção primária**
Health promotion: a challenge for primary care
Promoción de la salud: un desafío para la atención primaria
Armando Henrique Norman

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES / ARTÍCULOS ORIGINALES

- 155 Percepção e prática da promoção da saúde na estratégia saúde da família em um centro de saúde em São Paulo, Brasil**
Perception and practice of health promotion in the family health strategy in a health centre in São Paulo, Brazil
Percepción y práctica de la promoción de la salud en la estrategia de salud familiar en un centro de salud en São Paulo, Brasil
Andreia Kaori Sasaki, Maressa Priscila Daga de Souza Ribeiro
- 164 Sintomas somatoformes em medicina de família: um estudo descritivo da incidência e evolução em uma unidade de saúde familiar de Portugal**
Somatoform symptoms in family medicine: a descriptive study of incidence and outcome in a family health center in Portugal
Síntomas somatomorfos en medicina familiar: un estudio descriptivo de la incidencia y evolución en un centro de salud familiar de Portugal
José Mendes Nunes, John Yaphe, Isabel Santos
- 172 Perfil sociodemográfico e necessidades de educação em saúde entre cuidadores de idosos em uma unidade de saúde da família em Ilhéus, Bahia, Brasil**
Sociodemographic profile and health education needs amongst caregivers of the elderly in a family health unit in Ilhéus, Bahia, Brazil
Perfil sociodemográfico y las necesidades de educación en salud entre los cuidadores de los ancianos en una unidad de salud familiar en Ilhéus, Bahia, Brasil
Elaine Rodrigues Coelho, Daniel dos Santos Sacerdote, Laís Tailla Santos Cardoso, Rosana Maria de Carvalho Santos Barreto, Rozemere Cardoso de Souza
- 180 Avaliação da acuidade visual em escolares no município de Herval d'Oeste, Santa Catarina, Brasil**
Visual acuity assessment in schoolchildren in the municipality of Herval d'Oeste, Santa Catarina state, Brazil
Evaluación de la agudeza visual en estudiantes en el municipio de Herval d'Oeste, Santa Catarina, Brasil
Rafaela Santini de Oliveira, Alisson Vinicius Parizotto, Mariane Fahrerr Caleffi, Caroline Beal, William Shi Seng Yeh, Maria do Carmo Vicensi
- 187 Perfil nutricional de usuários do Programa HIPERDIA em Ananindeua, Pará, Brasil**
Nutritional profile of the HIPERDIA Program users in Ananindeua, Pará state, Brazil
Perfil nutricional de los usuarios del Programa HIPERDIA en Ananindeua, Pará, Brasil
Bruna Ranyelle de Marinho Sousa, Domitila Pereira Blanco Vieira, Isameriliam Rosaúlem Pereira Silva, Tainá Pinheiro Braga, Giselle Cristina dos Santos Burçãos, Cláudia Daniele Tavares Dutra, Carla Andréa Avelar Pires

196 Benefícios dos grupos no manejo da hipertensão arterial sistêmica: percepções de pacientes e médicos

Benefits of groups in managing systemic arterial hypertension: perceptions of patients and physicians

Benefícios de los grupos en el manejo de la hipertensión arterial sistêmica: percepciones de los pacientes y de los médicos

Rodrigo Pereira do Amaral, Charles Dalcanale Tesser, Pedro Müller

ARTIGOS DE REVISÃO / REVIEW ARTICLES / ARTÍCULOS DE REVISIÓN

203 Does collaborative care help in the treatment of anxiety in primary health care?

O cuidado colaborativo auxilia no tratamento da ansiedade na atenção primária?

¿El cuidado colaborativo ayuda a tratar la ansiedad en la atención primaria?

Leonardo Moscovici, João Mazzoncini de Azevedo Marques, Antonio Waldo Zuardi

COMUNICAÇÕES BREVES / BRIEF COMMUNICATIONS / COMUNICACIONES BREVES

208 A integralidade do cuidado na saúde do homem: um enfoque na qualidade de vida

The comprehensive care in men's health: an approach on quality of life

La integralidad de la atención en la salud del hombre: un enfoque en la calidad de vida

Gabriela Romano Oliveira, Matheus Luis Castelan Trilico, Felipe Sanches Paro, Marinei Yuko Kijimura, Sueli Moreira Pirolo

RELATOS DE EXPERIÊNCIA / CASE REPORT / RELATOS DE EXPERIENCIA

213 A aplicação de um guia de medidas preventivas por médicos de família em um centro de saúde de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil

The application of a guide for disease prevention by family physicians in a health centre of Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil

La aplicación de un guía de medidas preventivas por los médicos de familia en un centro de salud de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil

Luciane Loures dos Santos, Anderson Soares da Silva, Amaury Lelis Dal-Fabbro, Luciana Martins Versiani, Jose Sebastião dos Santos, Ajith Kumar Sankarankutty

Promoção da saúde: um desafio para a atenção primária

Health promotion: a challenge for primary care

Promoción de la salud: un desafío para la atención primaria

Armando Henrique Norman. MSc em Antropologia Médica pela Durham University. editor.rbmfc@sbmfc.org.br

Aliviar o sofrimento é um imperativo moral infindável, mas a obsessão contemporânea pela manutenção da saúde faz parte da persistente e recorrente ilusão do sonho humano de controlar o futuro. A atual manifestação desse sonho é mediada pela ciência, cujo novo Santo Graal é uma vida longa e sem sofrimento, que termina na velhice extrema, com rápido declínio e morte, também milagrosamente sem sofrimento. Iona Heath¹

Nesta edição, a RBMFC traz artigos que abordam a promoção da saúde e prevenção de doenças, em seus vários matizes. O tema da promoção da saúde é bastante complexo e controverso sob o ponto de vista de sua operacionalização nos serviços da APS/ESF. De acordo com a OMS²:

[...] a promoção da saúde é o processo que empodera as pessoas, tanto no sentido de melhoria como de controle de sua saúde [...]. A saúde é, portanto, vista como recurso para o dia a dia, não como objetivo do viver. É um conceito positivo, que enfatiza recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Sendo assim, promoção da saúde não é apenas responsabilidade do setor da saúde, indo além de um estilo de vida saudável, rumo ao bem-estar.

A promoção da saúde tem na sua raiz conceitual o alívio do sofrimento das pessoas, e essa relação, apesar de não estar claramente explícita em sua definição, é muito importante para os profissionais da saúde. Na busca do alívio do sofrimento, existem ações que pertencem ao campo dos serviços de saúde e ações externas aos serviços de saúde. Estas últimas incluem moradia, educação, renda, alimentação, ecossistema estável, recursos sustentáveis, lazer, paz, trabalho com condições dignas, mobilidade, enfim, uma gama de ações que visam o bem comum, a redistribuição das riquezas e a redução das desigualdades sociais^{2,3}. Neste sentido, um exemplo concreto de promoção da saúde, internacionalmente reconhecido, é a política adotada pelo governo brasileiro com o programa Bolsa Família, que tem auxiliado na redução do sofrimento de milhões de pessoas que viviam abaixo da linha da pobreza, ou seja, uma medida sanitária cujo núcleo de ação está fora dos serviços de saúde, mas que envolve a intersetorialidade⁴.

Já na esfera dos serviços de saúde, a promoção da saúde, ou seja, o alívio dos sofrimentos ocorre tradicionalmente de duas formas: ações preventivas e ações assistenciais envolvidas no ato de cuidar. Ao se ancorar a promoção da saúde no alívio do sofrimento, ter-se-ia um referencial a partir do qual seria possível construir estratégias mais efetivas para os serviços de saúde. Por exemplo, quando Starfield et al.⁵ questionam se é correto que quase metade das consultas médicas nos Estados Unidos se dediquem a *check-ups*, enquanto muitas pessoas carecem de acesso aos serviços quando têm algum problema de saúde, os autores estão indagando se é eticamente aceitável priorizar ações preventivas, que, por definição, ocorrem sobre pessoas assintomáticas, em detrimento do atendimento de pessoas com sofrimento “real”, ferindo os preceitos da equidade e da justiça social. Não seria este um desvio assistencial promotor da lei de cuidados inversos⁶, “[...] em que a disponibilidade de uma boa assistência médica tende a variar inversamente com a necessidade da população atendida”?

No SUS, por vezes, não tem sido diferente, pois tradicionalmente se tem um discurso em que o “PSF deveria fazer promoção e prevenção da saúde” e que a demanda espontânea atrapalha essa “nobre missão” da APS/ESF. Isso resulta em agendas hipertrofiadas com atividades programáticas em detrimento de um acesso facilitado ao cuidado à saúde pelas equipes da ESF⁷.

Parece haver uma confusão relacionada à distinção entre a função principal e a função complementar das equipes da APS/ESF, tanto no imaginário dos profissionais como dos gestores do SUS. A função principal das equipes da ESF é o alívio do sofrimento por meio do cuidado individual e familiar, ou seja, responder às necessidades da população contribuindo para a promoção da saúde^{8,9}. Complementarmente, as equipes da ESF deveriam fazer atividades de promoção e prevenção, em âmbito micro social, cujos efeitos são difusos e leves, mas que contribuem para a melhoria da “consciência sanitária” e da organização popular para reivindicações e para a participação na gestão local do SUS⁷.

Portanto, na operacionalização dos serviços da APS/ESF, a promoção da saúde não deveria estar conceitualmente dissociada das ações assistenciais e/ou dos cuidados realizados pelos profissionais das equipes da ESF, pois a legitimidade destes e da própria APS/ESF consolida-se socialmente ao oferecer cuidado efetivo diante do sofrimento dos indivíduos. Como afirmado por Heath¹, “[...] priorizar a prevenção em relação à cura é o tipo de *slogan* fácil de fazer, amado por políticos e gestores, mas que ignora sistematicamente as implicações desta retórica.”

Referências

1. Heath I. In defence of a national sickness service. *BMJ*. 2007; (334): 19. PMID:17204798 PMCID:PMC1764107. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39066.541678.B7>
2. World Health Organization – WHO. Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences. WHO; 2009.
3. Gérvas J. Inteligência sanitária y atención primaria; V Seminario Internacional de Atención Primaria de Salud; 2010, Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; 2010. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/eventos/5aps/apresentacoes/juan_gervas.pdf
4. Rasella D, Aquino R, Santos CA, Paes-Sousa R, Barreto ML. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *The Lancet*. 2013; 382(9886): 57-64. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23683599> [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60715-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60715-1)
5. Starfield B, Hyde J, Gérvas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health*. 2008; 62(7): 580-583. PMID:18559439. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2007.071027>
6. Hart JT. The Inverse Care Law. *The Lancet*. 1971; (Feb): 405-12. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(71\)92410-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(71)92410-X)
7. Tesser CD, Norman AH. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saúde Soc*. 2013. [No prelo].
8. Cassel EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. *N England J Med*. 1982; 306(11): 639-45. PMID:7057823. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM198203183061104>
9. Sweeney K. Science, society, suffering and the self: A commentary on general practice for the twenty first century. *NZFP*. 2005; 32(4): 221-4.

Percepção e prática da promoção da saúde na estratégia saúde da família em um centro de saúde em São Paulo, Brasil

Perception and practice of health promotion in the family health strategy in a health centre in São Paulo, Brazil

Percepción y práctica de la promoción de la salud en la estrategia de salud familiar en un centro de salud en São Paulo, Brasil

Andreia Kaori Sasaki. Atenção Primária à Saúde Santa Marcelina (APS Santa Marcelina). São Paulo, SP, Brasil. dekasasaki@hotmail.com
(*Autora correspondente*)

Maressa Priscila Daga de Souza Ribeiro. Atenção Primária à Saúde Santa Marcelina (APS Santa Marcelina). São Paulo, SP, Brasil.
maressa@aps.santamarcelina.org

Resumo

A Atenção Primária à Saúde no Brasil tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) uma proposta de reorganização dos serviços de saúde e, para isso, aposta em uma mudança de paradigma a partir dos preceitos da promoção da saúde. Considerando esse complexo cenário de transformação, este estudo pretende compreender e discutir as percepções dos profissionais da ESF e as ações realizadas à luz do referencial teórico da promoção da saúde. Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa, desenvolvido por meio da técnica de análise temática para análise dos dados. Os sujeitos da pesquisa são profissionais que compõem as equipes da ESF de uma Unidade de Saúde no extremo leste da cidade de São Paulo. Depois da análise dos dados, constatou-se que as formulações e práticas referentes à promoção da saúde parecem estar ligadas ao seu conceito mais restrito, reconhecido como prevenção de doenças. Quanto à organização do trabalho, os profissionais apontam uma estruturação em torno de 'pacotes fechados', destinados a grupos de risco, objetivando principalmente cura e prevenção, e destacam o lugar secundário da promoção. Conclui-se que são necessárias políticas públicas potentes e transversais, que consigam mudar a formação profissional e a organização dos serviços sob a ótica da promoção da saúde.

Abstract

In Brazil, Primary Health Care has in the Family Health Strategy (FHS) a proposal for the reorganization of health services; to this end, it focuses on a paradigm shift based on health promotion principles. Considering this complex scenario of transformation, this study aimed to explore and discuss health staff understanding and their difficulties in carrying out their health related activities in accordance with the theoretical construct of health promotion. This case study is a descriptive and exploratory research, with a qualitative approach, using the thematic analysis technique. The participants in this research were the health professionals who compose the family health teams of a Health Center in the far eastern section of the city of São Paulo. After analyzing the data, it was found that the concepts and practices related to health promotion seem to be linked to the narrower concept of disease prevention. Regarding work organization, health professionals pointed out their activities as structured around closed packages of risk groups, aiming mainly at prevention and cure, highlighting health promotion as occupying a second role. In conclusion, transversal powerful public policies are necessary for transforming the professional background and organization of services from the perspective of health promotion.

Resumen

La Atención Primaria de la Salud en Brasil tiene en la Estrategia de Salud Familiar (ESF) una propuesta para la reorganización de los servicios de salud, y apuesta al cambio de paradigma a partir de los principios de la promoción de la salud. A partir de ese complejo escenario de transformación, el objetivo de este estudio fue comprender y discutir las percepciones y las acciones de los profesionales de la ESF a luz del marco teórico de promoción de la salud. Se trata de un estudio de caso con enfoque cualitativo, desarrollado con la técnica de análisis temático de datos. Los sujetos de la investigación fueron profesionales que componen los equipos de la ESF de una Unidad de Salud en el extremo Este de la ciudad de San Pablo. Se constató que las formulaciones y prácticas de promoción de la salud parecen estar relacionadas con su concepto más estricto: la prevención de enfermedades. En cuanto a la organización del trabajo, los profesionales relataron una estructuración en "paquetes cerrados", destinados a los grupos de riesgo, objetivando principalmente cura y prevención, y mencionaron el lugar secundario que ocupa la promoción. Se concluye que son necesarias políticas públicas potentes y transversales que conduzcan al cambio en la formación profesional y en la organización de los servicios, desde la perspectiva de promoción de la salud.

Como citar: Sasaki AK, Ribeiro MPDS. Percepção e prática da promoção da saúde na estratégia saúde da família em um centro de saúde em São Paulo, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013; 8(28):155-63. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(28\)664](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(28)664)

Palavras-chave:

Programa Saúde da Família
Promoção da Saúde
Atenção Primária à Saúde

Keywords:

Family Health Program
Health Promotion
Primary Health Care

Palabras clave:

Programa de Salud Familiar
Promoción de la Salud
Atención Primaria de la Salud

Parecer CEP:

Secretaria Municipal da
Saúde de São Paulo - SMS/
SP parecer n.º 56653 de
02/08/2012.

Conflito de interesses:

declaram não haver.
Recebido em: 07/11/2012
Aprovado em: 24/05/2013

Introdução

A partir de 1990, o Ministério da Saúde fortaleceu investimentos na reorganização do modelo de atenção baseado na Atenção Primária à Saúde (APS)¹. Um marco importante desse período foi a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), que surgiu inicialmente para estender a cobertura assistencial às áreas de maior risco social². Ao perder o caráter de programa, a ESF passou a ser vista como uma estratégia de (re) estruturação dos serviços de saúde, a partir do debate quanto à insuficiência das práticas e arranjos organizacionais vigentes^{3,4}.

A ESF propõe uma nova visão de saúde e dos processos de intervenção nas ações de promoção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde⁵. Sua organização preconiza um modelo de atenção que vai além da prestação de assistência médica individual, agindo na proteção e na promoção da saúde dos indivíduos de forma integral e contínua¹. Tais preposições e atribuições destacam as ações de promoção da saúde como importante campo de atuação da ESF, a partir do enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença da população, abrangendo a concepção de saúde de forma ampla.

A Promoção da Saúde (PS) surgiu como reação às críticas da concepção biomédica hegemônica, pela sua insuficiência em enfrentar a complexidade dos problemas de saúde da população. Apesar de introduzir críticas ao modelo dominante, a PS foi inicialmente utilizada para caracterizar um nível de atenção da medicina preventiva e, só ao longo do tempo, seu conteúdo foi ampliado⁶. Tal fato ocorreu mais intensamente nos últimos vinte anos, com três conferências internacionais que abordaram esse tema, em Ottawa, Adelaide e Sandvål, e que são responsáveis pelo seu conceito atual⁷.

Esse conceito pressupõe a saúde como direito de cidadania e se expressa em melhores condições de vida, serviços mais resolutivos e ações integrais, com foco na intersetorialidade e na participação popular⁷. Ressalta-se que o ideário da PS de fato contribuiu para o debate das práticas em saúde, propondo a ampliação do seu conceito, e destacando a importância das ações integradas e das intervenções nos determinantes sociais⁶. Abrem-se, contudo, novos questionamentos a serem analisados, já que as discussões contemporâneas no campo da promoção destacam variações em seu arcabouço teórico com implicações relevantes^{6,8}.

Um primeiro dilema apresentou-se no debate em torno de seu modelo. Pela polarização histórica de seu entendimento, a promoção da saúde pode ser dividida em dois modelos: regulador e emancipador. A primeira apresenta-se focada nos hábitos individuais e propõe mudança nos estilos de vida; e a segunda, emancipatória, está voltada aos determinantes sociais, que reconhecem a saúde enquanto conceito ampliado⁹. A discussão, quanto a esses dois modelos, tenciona outra dicotomia, agora entre o amplo e o restrito, produzindo uma falsa diferenciação em que as propostas coletivas são tidas como amplas, e as restritas como individuais⁹.

Como reflexo dessa divisão parece existir também uma separação entre a clínica e a promoção da saúde. A clínica, dentro da tradição sanitária, ficou de fora das análises, restando-lhe somente críticas quanto à sua hegemonia e à pretensão de resolver os problemas de saúde pela cura de doenças em sua dimensão individual¹⁰. Tal fato leva à falsa proposição de que a clínica e a promoção da saúde são opostas, e não complementares na produção de saúde e na integralidade¹⁰.

Outro dilema está no emprego dos termos empoderamento e autonomia. O termo 'autonomia' torna-se contraditório ao especificar como fatores que determinariam o estado de saúde ou doença certos estilos de vida: o cuidado com a saúde passa a ser responsabilidade do próprio indivíduo, cabendo a ele adotar comportamentos e hábitos que promovam sua saúde⁶. Da mesma forma, o termo 'empoderamento', em sua concepção de empoderamento psicológico, aproxima-se do ideário behaviorista, no momento em que compreende a saúde como uma questão individual⁸.

Dessa forma, o processo que torna os indivíduos coparticipantes na busca por melhores condições de saúde pode tornar-se um processo ambíguo, na medida em que tanto pode instrumentalizar para torná-los atores-chave, quanto pode culpabilizá-los e responsabilizá-los pela não saúde⁹. Esse aspecto, no contexto das sociedades capitalistas neoliberais, pode representar uma autonomia regulada, em que há estímulo à livre escolha, segundo a lógica de mercado, e diminuição da responsabilidade do Estado em relação à saúde das populações¹¹. A promoção da saúde como um campo das práticas sanitárias exige, portanto, repensar o significado da autonomia das pessoas em seus modos de vida, mas sem culpabilizá-las e sem negar o papel do Estado na elaboração de políticas e na criação de oportunidades para as escolhas em saúde¹².

A partir das discussões explicitadas, nota-se a existência de um debate extenso em relação ao que é a promoção da saúde e como desenvolvê-la⁹. Diante dessas reflexões, torna-se importante compreender como tais pressupostos atingem a prática dos serviços de saúde, sobretudo para propiciar práticas de promoção, comprometidas com o fortalecimento da vertente que se considera mais condizente com a produção de saúde. Considerada a ESF uma forma de vislumbrar uma mudança de paradigma pela promoção da saúde, o objetivo deste estudo foi compreender e discutir as percepções e ações realizadas pelos profissionais da ESF à luz do referencial teórico da promoção da saúde.

Método

Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa. Esta abordagem foi escolhida pela complexidade e subjetividade do objeto de estudo, já que esta permite o descobrimento ou aprofundamento de processos sociais, pois trabalha com o universo de significados, valores e atitudes¹³. Por tratar-se de uma investigação dentro de uma realidade concreta, foi escolhido o estudo de caso, por ser uma metodologia aplicada para avaliar ou descrever situações dinâmicas em que o elemento humano está presente¹⁴.

A coleta dos dados foi feita a partir de entrevista semiestruturada, gravada e posteriormente transcrita. As questões propostas abrangem o entendimento do conceito de promoção da saúde, as ações realizadas, e as limitações sentidas pelos profissionais para sua realização. Para o tratamento dos dados, utilizou-se a Análise Temática, que constrói núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência significa algo para o objeto¹⁵.

O cenário foi uma Unidade de Saúde do extremo leste da cidade de São Paulo, gerenciada pela Organização Social Santa Marcelina, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo por contrato. As Organizações Sociais (OS), entidades de interesse social e de utilidade pública, são associações civis sem fins lucrativos e foram criadas em 1995, a partir do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado¹⁶.

A Unidade em questão é composta por cinco equipes, totalizando quarenta e cinco profissionais vinculados às equipes de Saúde da Família. A escolha da amostra foi aleatória, por meio de sorteio, segundo os critérios de inclusão: aceitar participar da pesquisa e estar vinculado à ESF da unidade há mais de um ano. A população objeto de estudo envolveu oito sujeitos: dois de cada categoria profissional. Na apresentação dos resultados, esses sujeitos foram identificados por letras, de acordo com a categoria profissional: enfermeiro (E); auxiliar de enfermagem (AE); médico (M); e agente comunitário de saúde (ACS). O estudo foi submetido e aprovado pela Coordenadoria Regional Leste e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura da cidade de São Paulo, parecer n.º 56653.

Resultados

Entendimento do conceito de promoção da saúde

Em relação ao entendimento do conceito de Promoção da Saúde, a análise das falas dos sujeitos da pesquisa revela um conceito ligado à concepção de saúde. Esta parece ser entendida como ausência de doenças e a promoção como prevenção de agravos. Tais elementos estão contidos nas falas:

Promoção da saúde é tudo aquilo que você pode prevenir [...]. (AE2)

[...] é sempre você tá antecipando uma doença, é...você tá avaliando a alimentação do paciente, [...] evitar na verdade a doença, [...]. (M1)

[...] prevenir essas doenças, diabetes, hipertensão, e outros tipos de doenças [...]. (E1)

Apesar de não evidenciado na maioria das falas, alguns entrevistados formularam de forma mais abrangente, extrapolando o campo dos determinantes biológicos e incluindo determinantes sociais no conceito:

Promoção da saúde é você trabalhar com [...] essa conscientização da problemática social em si. (M2)

A gente sabe que a saúde não é só o bem-estar físico, tem a questão social, tem a questão cultural [...]. (AE1)

Ações realizadas pelas equipes

Quanto às ações de promoção realizadas pelas equipes, os sujeitos acreditam realizar tais ações e citam grupos, visitas domiciliares e consultas médicas e de enfermagem como principais atividades promotoras de saúde. A educação em saúde é destacada como principal estratégia, a partir de palestras educativas e orientações dadas em consultas e visitas.

[...] através de orientações, em grupos realizados na unidade, em visitas domiciliares [...]. (M2)

[...] ela pode ser feita através de orientações, ações educativas, e até mesmo consultas [...]. (E1)

A análise das ações educativas citadas evidencia uma abordagem com pouca participação do usuário, sugerindo que estão voltadas para mudança de comportamento em relação a hábitos considerados inadequados. Além disso, a organização dessas ações parece estar voltada para grupos e patologias específicas.

[...] tá sempre ensinando... educando eles a se alimentar melhor, tomar medicação [...]. (ACS 2)

[...] grupo referente a cada tema, pré-diabético, hipertensão, alimentação, alimentação saudável, o que pode evitar ter uma hipertensão, com menos sal, menos gordura, uma comida hipossódica, hipocalórica, nós trabalhamos na saúde muita orientação [...]. (AE2)

Mesmo que prevaleça a abordagem com enfoque na mudança de comportamento, vislumbra-se um avanço a partir de uma abordagem mais ampla, em que a escuta e o vínculo são elementos valorizados. Vale ressaltar que, mesmo não existindo significativas diferenças entre as falas, segundo a categoria profissional, esse aspecto parece destacar-se mais entre os ACS.

[...] eu chego, converso com as pessoas e vejo como elas estão em relação à saúde, se elas precisam de alguma orientação, a gente procura tirar as dúvidas [...]. (ACS 1)

[...] Então no começo é muito assim, do conhecimento... quando você inicia você começa a conhecer melhor... passar tranquilidade, sentir confiança, principalmente... eles têm você como membro da família [...]. (ACS 2)

Em relação às ações mais abrangentes, somente uma fala emerge incorporando macrodeterminantes como educação, lazer e cultura. Além disso, poucos profissionais incluíram estratégias importantes dentro do campo de atuação da PS, como o apoio matricial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a intersetorialidade. O trabalho com outros setores e com o NASF parece ser ainda frágil, considerando que, mesmo apontadas como algo positivo, apenas dois profissionais citam tais estratégias.

Olha, promover a saúde na verdade acho que o que falta só são aquelas ações que fogem do nosso limite [...] isso já vai mais ao nível de governo, do que a gente dispõe aqui na comunidade que é carente. Ainda falta muita infraestrutura pra se chegar a suprir essas necessidades, então aqui ao lado a gente tem um CEU (Centro Educacional Unificado) que deu uma melhora significativa, onde a gente tem a questão do teatro, de escola, de música, de dança, de aula de violão, temos a questão da piscina, praticar natação, [...]. (AE1)

Então a gente tem várias redes no PSF, então a gente tem o CRAS, o ação família, a gente tem no NASF, pra ajudar nesta parte social. A minha área é uma área bem complicadinha em relação a social mesmo, [...] acho que promoção da saúde também engloba isso, dando orientações e dando caminhos, né... através das redes mesmo [...]. (E2)

[...] com o apoio da equipe multiprofissional, que é a equipe do NASF, que acolhe esses pacientes no dia a dia. (M2)

Dificuldades relacionadas à promoção da saúde

Quanto às dificuldades relacionadas à promoção da saúde, para os profissionais, o espaço para as ações de promoção da saúde é limitado, e eles têm dificuldade de voltar seu trabalho para ações diretamente de promoção da saúde.

[...] porque a lógica é cuidar de quem já tá doente, ou que tem uma situação especial [...] saiu desse foco, essa não consegue mais ter acesso [...]. (E1)

[...] e aquela outra parte de população que seria de... de promover mesmo a saúde, daquela que não tem a doença, fica mais limitado mesmo... nosso atendimento à maioria das pessoas é pra quem já tem a doença [...]. (M1)

Os demais fatores citados estão ligados à demanda excessiva, à cobrança por produtividade e à burocratização do trabalho. Outro fator limitante refere-se à formação profissional e foi apontado por apenas um entrevistado:

[...] não sei se por nossa população ser muita, não ter AMA próximo, as pessoas vêm muito aqui nesse posto, então muitas vezes você tem muita gente pra atender aqui [...]. (AE2)

[...] é muito exigido, muitas exigências, muita burocracia [...]. (ACS1)

[...] porque tava sendo cobrado muito, número, número, número, se for indo só por questão de número, pra mostrar que tá vendo todo mundo, vai ter mais pessoas doentes [...]. (ACS2)

Acho que uma coisa sobre a promoção já começa com a nossa formação, a nossa formação já é muito voltada pra doença [...]. (E1)

Discussão

O campo da promoção da saúde sofreu transformações ao longo do tempo, podendo ser dividido em dois momentos: no primeiro momento seu entendimento foi dirigido à transformação de comportamentos de risco, com foco em recomendações normativas de mudanças de hábitos; no segundo, a promoção foi entendida como um amplo espectro de determinantes que incluem moradia, saneamento, nutrição, boas condições de trabalho e educação⁷.

A análise das entrevistas revela que o conceito presente na maioria das falas está ligado ao primeiro momento. Tal fato se aproxima de outros estudos, em que os profissionais mostram uma visão de saúde centrada na doença, e o termo promoção é reconhecido como prevenção⁵. Poucos profissionais ampliaram o entendimento do termo, incluindo determinantes sociais e culturais no conceito. Essa incorporação é importante, pois avança em relação às ações consideradas de promoção, extrapolando o campo da prevenção das doenças. E mesmo nestas falas não foram citados elementos importantes, como autonomia e participação popular, coincidindo com estudos que mostram que, embora os profissionais avancem na visão acerca da saúde, revelam limites, na medida em que não incorporam as noções de autonomia e empoderamento¹⁷.

Quanto às ações desenvolvidas, os sujeitos acreditam realizar atividades de promoção e exemplificam com palestras educativas em grupos e orientações dadas em visitas e consultas. Eles elegem a educação em saúde como principal estratégia adotada. A educação em saúde é realmente ferramenta essencial à promoção e, para isso, necessita ser centrada na problematização do dia a dia e na valorização da experiência de indivíduos e grupos sociais¹⁸. Nessa lógica, busca o desenvolvimento da autonomia dos indivíduos no cuidado com a saúde¹⁷.

Em relação às falas analisadas, a maior parte mostra um distanciamento dessa compreensão, mantendo uma metodologia tradicional com foco na mudança de comportamento. Os profissionais não evidenciam a busca por uma reflexão crítica com a comunidade e parece não existir a participação ativa dos usuários nas ações. O 'modelo preventivo' de educação em saúde é baseado na biomedicina e objetiva prevenir doenças¹⁹. Esse modelo, apesar de ter seu papel dentro da promoção da saúde, parece ser pouco efetivo diante da complexidade do processo saúde-doença enfrentado pelas equipes. Apesar desse quase hegemônico caráter preventivo, voltado para a mudança de comportamento, vislumbra-se a coexistência de uma abordagem ampliada, que valoriza o vínculo e a escuta qualificada. Esses elementos são destacados em algumas falas, sobretudo nas dos ACS.

Tal fato, de certa forma, é esperado pela especificidade do trabalho dos ACS, relatado em outros estudos, mostrando que, ao mesmo tempo que apresentam elementos do modelo tradicional, sobrepõem a este a valorização do vínculo e da confiança, o exercício da escuta e a percepção da necessidade de apoio nas situações de sofrimento relativas às condições de vida da população²⁰. Como esse profissional tem o papel de elo entre comunidade e serviço de saúde²⁰, tal fato aproxima também as equipes das reais necessidades da população e do ideário da promoção da saúde.

A análise do conjunto das ações relatadas pelos profissionais converge para outros estudos à medida que identifica avanços em busca de formas de promover a saúde que rompem com o modelo tradicional, pois apontam para a possibilidade da promoção ser incorporada como um conceito transversal nas atividades ofertadas pelos serviços de saúde¹². Ao mesmo tempo, destaca-se o desafio, que continua grande, constatada a quase ausência, entre as falas, de uma visão que valorize questões sociais, políticas e culturais²¹. No sentido mais amplo das ações de promoção, somente uma fala inclui ações mais abrangentes, relacionadas à qualidade de vida, educação, lazer e cultura. O fato de considerar que são ações que fogem do limite de atuação coincide com a aparente falta de ações intersetoriais e interdisciplinares.

A intersetorialidade é indispensável à promoção da saúde que, ao atuar perante determinantes sociais, necessita da intervenção de múltiplos setores²². Em verdade, a promoção é desenvolvida nos diversos espaços da vida cotidiana: escolas, igrejas, comércios, áreas de lazer, serviços de saúde, organizações não governamentais¹². Mesmo sendo apenas um dos dispositivos promotores de saúde, os serviços de saúde possuem um potencial articulador dessas ações¹², que não precisam ser desencadeadas pelas equipes de saúde, mas poderão ser apoiadas e articuladas por elas. Isso não se percebe nas falas analisadas.

Outros estudos demonstram a dificuldade de ampliar as ações conjuntas além do setor saúde, e as justificativas quanto a essa limitação são relatadas como fragilidade de vínculo entre equipes e equipamentos sociais e a baixa capacidade de as equipes elaborarem e planejarem ações integradas a outros setores^{12,17}. Além disso, alguns profissionais justificam que não têm tempo e governabilidade para assumi-las²³.

Quanto à interdisciplinaridade, pode ser vista como instrumento viabilizador da promoção, podendo ocorrer com o Apoio Matricial, um arranjo organizacional para o trabalho em saúde proposto por Campos e Domitti²⁴, que foi inaugurado em Campinas nos Serviços de Saúde Mental e incorporado a outros programas do Ministério da Saúde²⁴. Configura-se como um suporte técnico especializado, ofertado a uma equipe a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações²⁴.

Na ESF, o apoio matricial é atribuído ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado em 2008, com vistas a apoiar as Equipes de Saúde da Família (SF), compartilhando as práticas em saúde²⁵. O NASF é composto por uma equipe multidisciplinar e o apoio é dado de duas formas: a partir da oferta de assistência especializada ao usuário, nas situações de maior complexidade e pelo suporte técnico pedagógico às equipes de SF²⁴. Alguns autores, ao pesquisarem a relação ESF e NASF, discutem como pontos de conflito a implantação irregular do NASF, a falta de capacitação para sua atuação, a má definição de papéis e atribuições e os processos de trabalho conflituosos com as ESF²⁶. Tais conflitos não foram citados pelos profissionais, porém podem estar relacionados a certa fragilidade nessa relação, pois, como nas ações intersetoriais, poucos profissionais citaram ações conjuntas ou a partir do apoio do NASF como estratégia para o alcance da promoção da saúde.

Em relação às dificuldades sentidas pelos profissionais, as falas apontam elementos da organização do trabalho, assim como a demanda excessiva e a formação profissional como os principais dificultadores. Quanto à organização do serviço, relatam que o espaço para as ações de promoção da saúde é limitado, o que, aliado à cobrança por produtividade e à burocratização, parece estar vinculado a uma organização segundo o modelo biomédico, com a lógica da produção centrada na cura, orientada pela fragmentação dos procedimentos, pela tecnificação da assistência e pela mecanização do ato em saúde²⁷. Além disso, esse lugar limitado da promoção está, em grande parte, ligado à demanda excessiva, fator também enfatizado nas falas, trazendo um paradoxo ao tema da promoção.

Mesmo que a promoção da saúde e os referenciais teóricos que a sustentam - responsabilização, intersetorialidade, participação popular, políticas públicas saudáveis - apresentem-se como solução para as questões de exclusão social, o atendimento às necessidades de um território marcado por iniquidades coloca a promoção da saúde em uma posição secundária nas prioridades de ação do serviço¹².

Considerados esses aspectos, o desafio que se coloca é o equilíbrio entre o cuidado clínico e as ações de promoção e prevenção. Para isso, é necessário tanto potencializar ações de prevenção e de cuidado clínico, para que estejam mais próximas do ideário da promoção da saúde, o que já mostra alguns promissores avanços no trabalho das equipes colaboradoras deste estudo, quanto fomentar ações de promoção em seu aspecto mais amplo, relativo às ações específicas de caráter mais participativo, empoderador e politizante²⁸, em que parece ocorrer maior dificuldade das equipes em atuar.

Diante das dificuldades relatadas, parece necessário que tais desafios sejam apoiados por mudanças nos arranjos institucionais de trabalho, para que a organização do serviço ocorra de forma que o fluxo do cuidado clínico transcorra permitindo o acesso da população, ao mesmo tempo que existam momentos para reflexão, avaliação e gestão do trabalho, execução de atividades territoriais, coletivas e intersetoriais^{21,28}. Tais desafios remetem também à formação profissional, citada apenas por um profissional, mas que mostra ser necessária uma formação mais próxima do trabalho na APS, pois permanece o modelo universitário tradicional, focado somente na atenção curativo-individual pautada na fragmentação e no reducionismo²⁹, que pouco prepara o profissional para atuar diante dessa complexa realidade.

Considera-se também importante uma reflexão a respeito da formação dos profissionais já inseridos no serviço, embora isso não tenha sido mencionado nas falas. Trata-se de um fator a ser considerado, sobretudo na formação do ACS, que demonstrou ser um ator importante nas ações de promoção da saúde. Como os ACS são os menos escolarizados e profissionalizados, evidencia-se a importância do trabalho conjunto entre os profissionais da equipe, para que sejam apoiados e exercitem esse campo de cuidado e intervenção de forma interdisciplinar²⁸.

Em relação à gestão do serviço, cabe lembrar que o caso estudado apresenta um tipo específico de gestão: a organização social. As discussões quanto à implantação e ampliação desse modelo estão longe de ser consenso. De um lado, alguns autores argumentam a respeito da ineficácia da gestão pública do Estado e da necessidade de sua modernização, em que as OSs, em parceria com o Estado, recebem competências, tornando mais ágil a gestão do serviço público³⁰. Em contrapartida a essa visão, para alguns autores, o Terceiro Setor seria a substituição do Estado nas questões sociais, pela terceirização em consonância com o projeto neoliberal de minimalismo estatal³¹.

Considera-se que, embora este estudo traga um modelo de gestão específico e não hegemônico em todo o País, de certa forma os resultados encontrados corroboram com outros estudos referentes ao tema, realizados em serviços com gestão direta. Mesmo assim, o fato de nenhum profissional citar a questão do modelo de gestão coloca-se como um limite do estudo, por não conseguir explorar mais profundamente as diferenças em relação a essa especificidade na visão dos profissionais. Propõe-se, portanto, a realização de outros estudos que aprofundem tal enfoque.

Considerações finais

A reflexão sobre os resultados deste estudo aponta para alguns avanços em relação à promoção da saúde, porém mostra que persistem limitações a serem enfrentadas quanto à sua efetivação na prática da ESF.

As formulações e práticas acerca da promoção da saúde parecem estar ligadas, predominantemente, ao seu conceito mais restrito, reconhecido como prevenção de doenças pela maioria dos profissionais. O estudo também aponta para alguns avanços em relação à promoção, quanto à possibilidade de ser incorporada como um conceito transversal nas atividades ofertadas pelos serviços de saúde. Isso ocorre à medida que elementos, como o vínculo e a escuta qualificada, são valorizados e utilizados para maior aproximação entre as equipes e as reais necessidades da população.

Quanto à organização do trabalho, os profissionais apontam uma estruturação em torno de pacotes fechados destinados a grupos de risco, objetivando principalmente a cura-prevenção. Somam-se a demanda excessiva, a burocratização do trabalho, e a cobrança por produtividade, apontadas como dificultadores para a realização de ações de promoção da saúde, sobretudo para ações mais amplas e intersetoriais.

Considera-se necessário repensar essa estruturação do trabalho, para que seja garantido o cuidado clínico em quantidade e qualidade adequadas, e que ao mesmo tempo exista espaço para ações de promoção de saúde. É preciso considerar, também, que, para o alcance dessa mudança, os serviços devem ser pautados em políticas públicas intersetoriais e inovadoras, que consolidem ferramentas fundamentais para sua efetivação, como trabalho interdisciplinar, apoio matricial e intersetorialidade, entre outras. Por fim, dada a complexidade do trabalho em saúde, é preciso olhar para o trabalhador, que às vezes tem a missão de cuidar, mudar e transformar, sem apoio, as mudanças estruturais necessárias.

Referências

1. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 575-620.
2. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2007; 21(2): 164-176.
3. Viana ALD, Dal Poz MR. Reforma do sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. 2005; 15(Suppl): 225-264. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312005000300011>
4. Gil CRL. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(6): 1171-1181. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000600006>
5. Horta NC, Sena RR, Silva MEO, Oliveira SR, Rezende VA. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(4): 524-529. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000400005>
6. Furtado MA. Promoção da saúde e seu alcance biopolítico: a ênfase no discurso da autonomia. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2010. Portuguese.
7. Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 15-37.
8. Resende SRC, Gastaldo D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13(Suppl 2): 2029-2040. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000900007>
9. Silva PFA. Os sentidos e disputas na construção da Política Nacional de Promoção da Saúde. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. 140 p. Portuguese.
10. Onocko RC. A promoção à Saúde e a clínica: O dilema "promocionista". In: Castro A, Malo M, editors. SUS: Ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec: OPAS, 2006. p. 63-73.
11. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM, editors. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 39-54.
12. Silva KL. Promoção da saúde em espaços sociais da vida Cotidiana. [Tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2009. Portuguese.
13. Minayo MCS. Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. 26. ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2007. 108 p.
14. Martins GA. Estudo de caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em Pesquisas no Brasil. *RCO*. 2008; 2(2): 8-18.
15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 2008. 407 p.
16. Ibañez N, Vecina Neto G. Modelos de gestão e o SUS. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(Suppl):1831-1840. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000700006>
17. Rodrigues CC, Ribeiro KSQS. Promoção da saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2012; 10(2): 235-255. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462012000200004>
18. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(1):319-325. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100034>
19. Oliveira DL. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2005; 13(3):423-31. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000300018>
20. Dantas MBP, Silva MRF, Feliciano KVO. Subjetividade e diálogo na educação em saúde: práticas de agentes comunitários em equipe de saúde da família. *Rev. APS*. 2010; 13(4): 432-444.
21. Tesser CD, Garcia AV, Vendruscolo C, Argenta CE. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(11): 4295-4306. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200002>
22. Sícóli JL, Nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface (Botucatu)*. 2003; 7(12): 101-122. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832003000100008>
23. Souza MF. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(2): 153-158. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000200002>
24. Campos GWS, Domitti AC. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(2): 399-407. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília; 2008 [acesso em 20 jun. 2010]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_04_03_08_re.pdf
26. Lancman S, Barros JO. Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando interfaces. *Rev Ter Ocup Univ SP*. 2011; 22(3): 263-269.
27. Rodrigues MP, Lima KC, Roncalli AG. A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(1):71-82. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000100012>

28. Tesser CD, Garcia AV, Carine Vendruscolo C, Argenta CE. Promoção da saúde e cuidado, símbolos e práticas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(11): 4307-4314.
29. Moretti-Pires RO. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. *Interface*. 2009; 13(30): 153-66. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000300013>
30. Junqueira LAP. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. *Rev Saúde Soc*. 2004; 13(1): 25-36. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7105>
31. Montañó C. O projeto neoliberal de resposta à “questão social” e a funcionalidade do terceiro setor. *Rev Lutas Sociais*. 2002; (8):53-64.

Sintomas somatoformes em medicina de família: um estudo descritivo da incidência e evolução em uma unidade de saúde familiar de Portugal

Somatoform symptoms in family medicine: a descriptive study of incidence and outcome in a family health center in Portugal

Síntomas somatomorfos en medicina familiar: un estudio descriptivo de la incidencia y evolución en un centro de salud familiar de Portugal

José Mendes Nunes. Universidade Nova de Lisboa (UNL). Lisboa, Portugal. josemendesnunes@gmail.com (Autor correspondente)

John Yaphe. Universidade do Minho (UM). Braga, Portugal. yonahyaphe@hotmail.com

Isabel Santos. Universidade Nova de Lisboa (UNL). Lisboa, Portugal. isabel.santos@fcm.unl.pt

Resumo

Objetivo: O presente estudo objetivou avaliar a proporção de pacientes com queixas físicas, sem explicação orgânica, que foram identificados pelos médicos de família de uma unidade prestadora de cuidados de saúde primários de uma zona urbana de Portugal. Além disso, pretendeu-se avaliar a evolução deste tipo de queixas após 6 meses de observação. **Métodos:** Durante uma semana, oito médicos de família identificaram os pacientes que consultaram e que apresentaram queixas físicas para as quais não previam uma justificativa orgânica. Seis meses depois, os pacientes foram avaliados quanto à evolução dos seus sintomas. **Resultados:** Em 864 consultas, 73 (8%) pacientes apresentaram queixas físicas para as quais não havia previsão de explicação orgânica. Estes tinham maior probabilidade de terem depressão, ansiedade e síndrome do cólon irritável. Depois de 6 meses, apenas em 3 pacientes, foi identificada uma doença orgânica e 21 (33%) mantiveram-se com sintomas inalterados ou agravados. **Conclusões:** Os pacientes com sintomas físicos sem doença orgânica são frequentes nas consultas de medicina familiar. A maioria evolui para a remissão completa e o clínico tem uma pequena probabilidade de omitir um diagnóstico orgânico.

Palavras-chave:

Sinais e Sintomas
Transtornos Somatoformes
Medicina de Família e
Comunidade

Abstract

Objective: This study aimed to estimate the proportion of patients with physical complaints, not attributable to organic causes, presented to family physicians working in an urban Portuguese primary care center and to evaluate the outcome of these clinical cases after 6 months of observation. **Methods:** For a week, eight family physicians were asked to identify consulting patients whose physical complaints did not seem to have organic causes. These patients were re-evaluated six months later to determine the outcome of their symptoms. **Results:** The eight physicians conducted 864 appointments during the study period and identified 73 patients (8%) with physical complaints for which no organic explanation was found. These patients were more likely to suffer from depression, anxiety, headache, and irritable bowel syndrome. After six months of follow-up, an organic cause was identified in only three of these patients, while 21 out of 73 patients (33%) had persistent unexplained symptoms. **Conclusions:** Patients with unexplained physical symptoms are frequently encountered in family practice. Most symptoms resolve completely and clinicians have a small probability of missing a significant organic diagnosis in these patients.

Keywords:

Signs and Symptoms
Somatoform Disorders
Family Practice

Resumen

Objetivo: El presente estudio buscó evaluar la proporción de pacientes con síntomas físicos sin explicación orgánica, identificados por los médicos de medicina familiar que trabajan en una unidad de atención primaria de la salud en una zona urbana de Portugal. Además se pretendió evaluar la evolución de este tipo de quejas después de 6 meses de observación. **Métodos:** Durante una semana, ocho médicos de medicina familiar identificaron los pacientes que refirieron problemas físicos para los cuales no se encontró justificativa orgánica. Seis meses después, los pacientes fueron evaluados con relación a la evolución de sus síntomas. **Resultados:** En 864 consultas, 73 (8%) eran pacientes con síntomas físicos para los que no se encontró explicación orgánica. Estos eran más propensos a tener depresión, ansiedad y síndrome de intestino irritable. Después de 6 meses, una enfermedad orgánica fue diagnosticada en sólo 3 pacientes y los síntomas se mantuvieron inalterados o sin agravarse en 21 pacientes (33%). **Conclusiones:** Los pacientes con síntomas físicos sin enfermedad orgánica son frecuentes en las consultas de medicina familiar. La mayor parte evoluciona hacia la remisión completa y el clínico tiene una pequeña probabilidad de omitir un diagnóstico orgánico.

Palabras clave:

Signos y Síntomas
Trastornos Somatoformes
Medicina Familiar y
Comunitaria

Como citar: Nunes JM, Yaphe J, Santos I. Sintomas somatoformes em medicina de família: um estudo descritivo da incidência e evolução em uma unidade de saúde familiar de Portugal. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013; 8(28):164-71. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf08\(28\)652](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf08(28)652)

Parecer CEP: FCM-UNL de 28/07/2011.

Conflito de interesses:

declaram não haver.

Recebido em: 16/01/2013

Aprovado em: 25/05/2013

Introdução

Sintomas somatoformes são queixas físicas não explicadas por uma doença orgânica e que motivam a procura por cuidados de saúde, independentemente de poderem fazer parte de síndromes funcionais ou de outras perturbações psicopatológicas, sendo considerados sinônimos do que a literatura anglo-saxônica designa como *Medically Unexplained Physical Symptoms* (MUPS)¹.

Em Medicina Geral e Familiar, em 15% a 39% das consultas, pacientes referem sintomas físicos como queixa principal, para os quais o médico não identifica uma causa orgânica²⁻⁴. Estes valores referem-se aos casos identificados e notificados pelos próprios clínicos, tendo como denominador o número de consultas realizadas, e não traduzem a prevalência na população que vem à consulta e muito menos na população em geral. Com efeito, utilizando questionários aplicados antes da consulta, a frequência deste tipo de pacientes aumenta para 35% a 80%^{2,5,6}. Contudo, desconhece-se o seu valor na população portuguesa.

Este tipo de paciente é mais frequente em clínica geral, mas também tem elevada representação nas consultas de medicina interna (22%)⁷, psiquiatria de ligação (9,5%)⁸ e nos hiperutilizadores de consultas hospitalares (27%)⁹.

Os sintomas somatoformes, embora não sejam causa de morte e em cerca de 80% dos casos tenham remissão completa¹⁰⁻¹², assumem um importante peso nos cuidados de saúde primários pela sua frequência e pela necessidade de intervenções específicas e exigentes em termos formativos. Por outro lado, os restantes 20% que evoluem para a cronicidade, levam à hiperutilização dos serviços de saúde, tendo maior probabilidade de virem a sofrer de perturbação psicológica, incapacidade, mal-estar, insatisfação, medicalização, iatrogenia e custos económicos^{12,13}. O medo de cometer o erro de não identificar um diagnóstico existente, pode levar os clínicos a intervenções que favorecem a evolução desfavorável. A incapacidade de reconhecer as necessidades específicas destes pacientes e de proceder de outro modo (que não seja a prescrição e pedidos de exames complementares de diagnóstico) induz, nos clínicos, frustração e tendência para classificá-los como doentes somatizadores ou difíceis¹⁴.

No presente estudo, pretende-se conhecer a proporção de consultas a pacientes com queixas somatoformes em medicina geral e familiar de uma unidade de saúde familiar (USF) urbana e conhecer a sua evolução 6 meses após a consulta inicial.

Métodos

Estudo transversal observacional com amostra de conveniência de pacientes com queixas classificadas pelos respectivos médicos como somatoformes.

Durante uma semana, no mês de outubro de 2008, oito clínicos registraram o total de consultas face a face. Os clínicos participantes prestam cuidados globais a crianças e adultos e correspondem à totalidade dos médicos de uma unidade de cuidados de saúde primários de uma zona urbana de Portugal.

Fez-se reunião com todos os clínicos e, nela, foi explicado pelo primeiro autor a metodologia e os objetivos do estudo. Identificaram-se os doentes que apresentaram sintomas para os quais o médico, segundo o seu julgamento, não antecipou uma explicação física que justificasse os sintomas. Para cada paciente que se encontrava nessas condições, os médicos preencheram uma ficha de notificação. Desta ficha constava uma lista com os 19 sintomas do Questionário de Manifestações Físicas de Mal-estar (QMFME), além de o clínico ter liberdade de registrar quaisquer outros sintomas físicos¹⁵. O QMFME encontra-se disponível em: <http://www.fpce.up.pt/docentes/paisribeiro/testes/manual.htm>. Seis meses após esta reunião, cada clínico avaliou a evolução dos sintomas por meio da consulta do respectivo processo clínico ou, não havendo consulta recente, por meio de convocatória para consulta ou contato telefônico. Os dados referentes ao gênero e a comorbidade foram notificados. As variáveis demográficas e clínicas dos pacientes com e sem sintomas somatoformes foram comparadas utilizando o teste qui-quadrado com um nível de significância de 0,05.

Resultados

Durante o período de observação, os clínicos fizeram 864 consultas diretas, ou seja, 108 consultas por médico ou 21,6 consultas/médico/dia. Nestas consultas, segundo o critério do médico, 73 foram realizadas com pacientes que referiam sintomas físicos não explicados por meio de diagnósticos de doença orgânica, o que correspondeu a 8% das consultas. Cada um dos pacientes foi observado apenas uma vez na semana inicial do estudo.

Os dados demográficos da população em estudo e daquela que foi à consulta durante a semana de notificação de pacientes encontram-se na Tabela 1. Dos 73 pacientes com sintomas somatoformes (PSS) 71% eram do gênero feminino e 29% do masculino.

Quanto à idade e gênero, não se encontrou diferença significativa nos pacientes com e sem sintomas somatoformes.

O Sistema de Apoio ao Médico (SAM) e o Sistema de Informação para as Unidades de Saúde (SINUS) foram as fontes de dados dos pacientes sem sintomas somatoformes enquanto que, para aqueles com sintomas, os dados foram obtidos por questionamento direto. Devido a isso, os omissos em relação à escolaridade e ao estado civil foram muito elevados no grupo dos sem sintomas, o que não possibilitou a comparação entre os dois grupos quanto a estes atributos. Quanto ao nível de escolaridade dos PSS, 49% tinham o 12º ano ou mais anos de estudo e apenas 3% tinham menos que o 4º ano, mas todos se consideravam capazes de ler.

Quanto ao estado civil dos PSS, o mais frequente foi casado, com 63%; seguido por 15% de solteiros; 14% divorciados; e 7% de viúvos.

Tabela 1. Características demográficas dos pacientes observados, na semana de notificação, com e sem sintomas somatoformes.

| | Com SS (n = 73) | Sem SS (n = 676) | p | Odds Ratio (IC**** a 95%) |
|----------------------------|-----------------|------------------|------------|---------------------------|
| | n | n | | |
| Idade (anos) | | | | |
| Mediana | 56,0 | 57,0 | | |
| Amplitude interquartil | 42,0-65,8 | 37,0-71,0 | 0,3* | na |
| Gênero | | | | |
| Feminino | 52 (71,2%) | 436 (64,5%) | | 1,36 |
| Masculino | 21 (28,8%) | 241 (35,5%) | 0,3** | (0,80-2,31) |
| Estado civil | | | | |
| Casado | 46 (63%) | 101 (14,9%) | | |
| Solteiro | 11 (15%) | 9 (1,3%) | | |
| Divorciado | 10 (14%) | 2 (0,3%) | <0,001** | na |
| Viúvo | 5 (7%) | 17 (2,5%) | | |
| Desconhecido | 1 (1%) | 547 (80,9%) | | |
| Escolaridade (anos) | | | | |
| <4 | 2 (2,7%) | 47 (7%) | | |
| 4-11 | 33 (45,2%) | 328 (48,5%) | | |
| >11 | 36 (49,3%) | 96 (14,3%) | <0,001** | na |
| Omisso | 2 (2,7%) | 205 (29,6%) | | |
| Situação laboral | | | | |
| Ativo | 44 (60,3%) | 307 (45,4%) | | |
| Aposentado | 23 (31,5%) | 264 (39,1%) | | |
| Desempregado | 5 (6,8%) | 105 (15,5%) | 0,02** | na |
| Omisso | 1 (1,4%) | 0 | | |
| Comorbidades | | | | |
| Hipertensão | 29 (39,7%) | 287 (42,5%) | 0,7** | 0,89 (0,55-1,46) |
| Depressão | 24 (32,9%) | 76 (11,2%) | <0,001** | 3,87 (2,25-6,66) |
| Ansiedade | 23 (31,5%) | 65 (9,6%) | <0,001** | 4,32 (2,48-7,54) |
| Cefaleia de tensão | 14 (19,2%) | 25 (3,7%) | <0,0001*** | 6,18 (3,05-12,52) |
| Cólon irritável | 13 (17,8%) | 18 (2,7%) | <0,0001*** | 7,92 (3,70-16,95) |

*Teste de Mann-Whitney. ** Teste Quiquadrado. ***Teste exato de Fisher. na = não aplicável. ****IC: intervalo de confiança.

Quanto à situação laboral dos PSS, 60% estavam ativos; 32% estavam aposentados; e 7% desempregados. O grupo de pacientes sem sintomas teve, comparativamente com os PSS, mais desempregados e aposentados (diferença estatisticamente significativa), entretanto, os momentos de coleta dos dados não foram os mesmos para as duas amostras.

A maioria dos PSS (67%) tinha três ou menos sintomas: 19% com um sintoma; 21% com 2 sintomas; 27% com três sintomas; e 34% tinham mais de três sintomas (Tabela 2).

Tabela 2. Número de sintomas físicos por PSS.

| Sintomas/paciente | n (%) |
|-------------------|----------|
| 1-2 | 29 (40%) |
| 3-4 | 26 (36%) |
| 5-6 | 7 (9%) |
| 7-8 | 6 (8%) |
| >8 | 5 (6%) |

Os sintomas mais frequentes foram as dores de cabeça e a fadiga em 42% dos pacientes. As dores nas costas apareceram em terceiro lugar, com 32%, enquanto a insônia foi referida por 26% dos pacientes (Figura 1). O sintoma *outros* se referiu a 25 sintomas que não constavam da lista do QMFME, como dificuldades de concentração e dores pélvicas, mencionados 3 vezes e todos os restantes mencionados duas ou uma vez.



Figura 1. Frequência de sintomas somatoformes na consulta.

A escuta foi um procedimento que os clínicos consideraram ter feito praticamente na totalidade dos pacientes (99%). A escuta ativa, neste contexto, foi definida como a atitude consciente de que o médico deu uma atenção particular em escutar o paciente. Conforme descrito na Tabela 3, o exame físico foi realizado em 66% dos casos e para 33% dos pacientes foram prescritos um ou mais medicamentos. Os exames complementares de diagnóstico foram requisitados a 60% dos pacientes, enquanto a referência a outros serviços de saúde ocorreu em 32% dos pacientes e a marcação de consulta subsequente, em 10% dos casos.

Tabela 3. Procedimentos realizados.

| Procedimento | n | % |
|---------------------|----|----|
| Escuta | 72 | 99 |
| Exame físico | 48 | 66 |
| Testes diagnósticos | 44 | 60 |
| Fármacos | 26 | 36 |
| Referenciação | 23 | 32 |
| Outros | 14 | 19 |

Quando questionados sobre o que pensavam sobre os seus sintomas, 87% responderam dando as suas próprias explicações ou expressando os seus medos e apenas 13% afirmaram não ter qualquer ideia.

A hipertensão arterial estava diagnosticada em 40% dos PSS e não se encontrou diferença estatística com os pacientes sem sintomas somatoformes. Contudo, 33% dos PSS tinham o diagnóstico prévio de depressão, enquanto que nos grupo sem sintomas somatoformes este valor foi de 11% ($p < 0,0001$, OR 3,4; 95% IC 2,2 a 6,6); a ansiedade foi 32% nos PSS e 9,6% nos pacientes sem sintomas ($p < 0,0001$, OR 4,0; 95% IC 2,3 a 7,0); as cefaleias de tensão, em 19% dos PSS e 3,7% nos pacientes sem sintomas ($p < 0,0001$, OR 6,1; 95% IC 3,0 a 12,5); e a síndrome do cólon irritável, em 18% dos PSS contra 2,7% dos pacientes sem sintomas somatoformes ($p < 0,0001$, OR 7,9; 95% IC 3,7 a 16,9).

Depois de 6 meses da consulta inicial, 33% dos pacientes tinham melhorado e um em cada cinco estava assintomático. Um terço mantinha os sintomas: 22% inalterados; 7% agravados; e em 4% houve reaparecimento (Tabela 4).

Tabela 4. Evolução dos sintomas aos 6 meses.

| Evolução | n | % |
|-----------------------|----|------|
| Remissão | 14 | 19,2 |
| Melhora | 24 | 32,9 |
| Inalterado | 16 | 21,9 |
| Recidiva após melhora | 3 | 4,1 |
| Agravamento | 5 | 6,8 |
| Desconhecido | 11 | 15,1 |

Durante os 6 meses de observação, chegou-se a um diagnóstico que justificava os sintomas em onze pacientes: sete com depressão, uma síndrome de menopausa, uma doença de Addison, uma discopatia e uma gastrite. Estes onze pacientes corresponderam a 15% dos pacientes iniciais, mas se forem consideradas apenas as três patologias que têm uma base orgânica (doença de Addison, discopatia e gastrite), a proporção de “erros” ao considerar como doente somatoforme foi de 3%.

Discussão

No presente estudo, foi encontrada uma frequência de 8% dos pacientes com sintomas somatoformes na população que procurou a consulta médica. A metodologia utilizada não permitiu afirmar se estes sintomas foram o principal motivo da consulta ou se foram secundários. Também não foi possível aferir se os motivos foram expressos de modo espontâneo ou se foram mencionados após inquirição específica.

Os estudos que se basearam nos motivos de consulta, em populações acima dos 16 anos, encontraram prevalências de 15% a 39%²⁻⁴. Já os estudos que utilizaram questionários de medição de somatização aplicados a populações encontraram prevalências de 35% a 80%^{2,5,6}. O fato de, no total das consultas da semana, estarem incluídas as consultas de saúde infantil, que foram excluídas naqueles estudos, pode explicar a baixa frequência de sintomas encontrada no presente estudo. Por outro lado, neste estudo foram incluídas ainda as consultas de planejamento familiar e saúde materna que, muito provavelmente, não foram incluídas nos demais estudos. Não foi possível excluir um viés de diagnóstico, considerando que dois dos clínicos intervenientes, recém-especialistas em Medicina Geral e Familiar (MGF), mencionaram apenas um e três doentes durante a semana de observação, valores muito abaixo dos notificados por todos os outros com mais anos de especialidade.

O sintoma mais frequente foi a cefaleia e fadiga, o que está de acordo com a maioria dos estudos internacionais e nacionais⁵, embora as metodologias possam ser diferentes das utilizadas no presente estudo.

A taxa de resolução de sintomas encontrada foi de 66%, um valor muito abaixo do encontrado por Smith e Dwamena¹⁰ e confirmado por Khan et al.¹⁶. Este valor baixo de remissão pode ser devido à tendência dos clínicos ignorarem os pacientes menos veementes nas suas queixas, tendendo a considerar e registrar apenas os mais graves e com maior probabilidade de evoluírem para a cronicidade. O número relativamente baixo de pacientes notificados também pode traduzir um viés de seleção.

No presente estudo, a maior proporção de pacientes apresentou três sintomas, seguida, em ordem decrescente, pelos que apresentavam dois e um sintomas. Este fato também indica uma subnotificação dos pacientes menos graves ou com sintomatologia menos exuberante, dado que outros autores¹⁶ apresentam o maior número de pacientes com um sintoma, seguido em ordem decrescente de frequência, os grupos com dois ou três sintomas.

Entre os PSS, 87% tinham ideias sobre o porquê dos seus sintomas. Estas ideias podem ser explicativas de causalidade ou traduzir seus medos. A literatura revela que os clínicos não facilitam a verbalização dos problemas psicossociais pelos pacientes e que também têm dificuldade em se distanciarem das abordagens somáticas¹⁷.

Os pacientes com sintomas somatoformes têm mais comorbidades do que a população em geral, especialmente perturbações psiquiátricas, sendo 33% com perturbações depressivas e 32% com perturbações de ansiedade, o que está de acordo com os valores encontrados por outros autores^{8,18,19}. A prevalência da depressão na população portuguesa é de 24,8%, e a registrada pelos médicos de família é 11,23%²⁰. Estes valores estão bastante abaixo dos encontrados nos pacientes somatoformes do presente estudo. Além disso, encontram-se prevalências de hipertensão arterial (40%) e de diabetes *mellitus* (12%), idênticas às encontradas no estudo Epidemiológico de Prevalência da Síndrome Metabólica na População Portuguesa (Estudo VALSIM), com 42,6% e 14,9%, respectivamente²¹. Contudo, no Estudo VALSIM, foi utilizada uma metodologia mais ativa de identificação de pacientes e, no presente estudo, foi apenas a notificação dos diagnósticos já identificados pelos clínicos. A prevalência da diabetes *mellitus* no estudo da Rede Médicos Sentinela, com uma base populacional de 111.152 usuários, obteve uma prevalência de 5,4%, num contexto observacional muito mais similar ao do presente estudo²².

Seis meses após a primeira consulta, apenas em 3% dos pacientes se chegou a um diagnóstico orgânico, valor que está de acordo com Stone et al.²³, que, numa revisão sistemática dos sintomas de conversão (paralisias, convulsões e cegueira), encontraram uma redução progressiva do número de erros até a década de 1970, para posteriormente estabilizar nos 4%.

A referenciação foi feita em 15% dos pacientes, o que é um valor elevado em comparação com os valores encontrados na generalidade dos estudos realizados em Portugal, nos quais a taxa de referenciação foi de 3% a 10% para a população em geral²⁴⁻²⁶. Este valor elevado pode ser mais um indício da subnotificação.

O estudo está limitado pela amostra pequena. Por outro lado, o diagnóstico foi fundamentado exclusivamente no juízo do clínico, sem recurso a quaisquer outros instrumentos. Contudo, esta decisão foi consciente, dado que o que se pretendeu foi conhecer o que acontece no dia a dia da medicina geral e familiar e não em condições especiais.

Conclusão

Os pacientes com sintomas somatoformes são frequentes na consulta de medicina geral e familiar, apesar de a frequência encontrada no presente estudo ser mais baixa do que na generalidade dos estudos internacionais conhecidos. A maioria dos pacientes tem uma explicação para os seus sintomas ou para os medos a eles associados, sendo estes fatores determinantes na procura de cuidados, o que confirma a ideia de que o fator determinante na procura de cuidados não é o sintoma, mas o que o paciente pensa sobre o sintoma. Muitos evoluem para a cronicidade, e os clínicos têm uma baixa probabilidade de não identificarem uma doença orgânica. Contudo, a possibilidade de evoluírem para doença orgânica é uma realidade que não pode ser escamoteada, e a abordagem destes pacientes se fundamenta na aceção de que o diagnóstico do sintoma somatoforme é sempre provisório, exigindo atitude expectante com reavaliação diante de qualquer modificação. Estes dados carecem de confirmação com números maiores. Como hipóteses de investigação, propõem-se alguns questionamentos: 1) A baixa frequência de PSS, em comparação com os valores encontrados por outros estudos, será consequência de uma desvalorização das queixas físicas por parte dos clínicos ou a atribuição forçada a diagnósticos orgânicos? 2) O reconhecimento de pacientes com queixas físicas, sem doença orgânica, aumenta com o tempo de exercício do clínico? 3) Intervenções, mais

adaptadas a este tipo de pacientes, terão impacto na redução do número dos que evoluem para a cronicidade? 4) As ideias que o paciente tem acerca dos sintomas podem ser condicionantes da evolução?

O motivo mais forte para se prosseguir com estudos sobre pacientes com sintomas somatoformes seria o de protegê-los de serem vítimas de iatrogenia e medicalização. Os PSS sofrem, gastam recursos, desgastam os profissionais de saúde e estão sujeitos a riscos elevados de sofrerem com a ação nociva dos serviços e produtos de saúde se não forem reconhecidos como pessoas precisando de atenção clínica específica, sem necessidade de rotulação com pseudodiagnósticos estigmatizantes ou proféticos.

Agradecimentos

Aos médicos de família de Unidade de Saúde Familiar (USF) de São Julião, ACES Oeiras (Portugal): Áurea Farinha, Helena Febra, Luísa Romeiro, Teresa Campos, Teresa Libório, Rita Lourenço e Rizério Salgado pela notificação de pacientes. Ao Dr. Daniel Pinto pelos cálculos estatísticos, ao Dr. Bruno Heleno por rever o manuscrito e à Filipa Devezas pela confirmação dos dados referentes aos pacientes envolvidos no estudo.

Referências

1. Melville DI. Descriptive clinical research and medically unexplained symptoms. *J Psychosom Res.* 1987; 31(3):359. [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999\(87\)90056-0](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999(87)90056-0)
2. Peveler R, Kilkenny L, Kinmonth AL. Medically unexplained physical symptoms in primary care: a comparison self-report screening questionnaires and clinical opinion. *J Psychosom Res.* 1997; 42(3):245-52. [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999\(96\)00292-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(96)00292-9)
3. Scicchitano J, Lovell P, Pearce R, Marley J, Pilowsky I. Illness behavior and somatization in general practice. *J Psychosom Res.* 1996; 41:247-254. [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999\(96\)00034-7](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999(96)00034-7)
4. Mumford DB, Devereux TA, Maddy PJ, Johnston JV. Factors leading to the reporting of 'functional' somatic symptoms by general practice attenders. *Br J Gen Pract.* 1991; 41: 454-458.
5. Fabião C, Barbosa A, Flemming M, Silva C. Rastreio da Perturbação de Somatização. Nos Cuidados Primários de Saúde. Resultados de um Estudo Piloto. *Acta Med Port.* 2008; 21:319-28.
6. Fink P, Sorensen L, Engeberg M, Holm M, Munk-Jorgensen P. Somatization in Primary Care. Prevalence, Health Care Utilization and General Practitioner Recognition. *Psychosomatics.* 1999; 40:330-338. [http://dx.doi.org/10.1016/S0033-3182\(99\)71228-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0033-3182(99)71228-4)
7. Kroenke K, Mangelsdorff AD. Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. *Am J Med.* 1989; 86(3):262-6. [http://dx.doi.org/10.1016/0002-9343\(89\)90293-3](http://dx.doi.org/10.1016/0002-9343(89)90293-3)
8. Li CT, Chou YH, Yang KC, Yang CH, Lee YC, Su TP. Medically Unexplained Symptoms and Somatoform Disorders: Diagnostic Challenges to Psychiatrists. *J Chin Med Assoc.* 2009; 72(5):251-6. [http://dx.doi.org/10.1016/S1726-4901\(09\)70065-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1726-4901(09)70065-6)
9. Reid S, Wessely S, Crayford T, Hotopf M. Medically unexplained symptoms in frequent attenders of secondary health care: retrospective cohort study. *BMJ.* 2001; 322:1-4. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.322.7289.767>
10. Smith R C, Dwamena FC. Classification and Diagnosis of Patients with Medically Unexplained Symptoms. *J Gen Intern Med.* 2007; 22:685-691. <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-006-0067-2>
11. Jackson JL, Passamonti M. The Outcomes Among Patients Presenting in Primary Care with a Physical Symptom at 5 Years. *J Gen Intern Med.* 2005; 20:1032-7. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0241.x>
12. Jackson JL, Kroenke K. Managing Somatization. Medically Unexplained Should Not Mean Medically Ignored. *J Gen Intern Med.* 2006; 21(7):797-9. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00514.x>
13. Waal MWM, Arnold IA, Eekhof JAH, Assendelft WJJ, Van Hemert AM. Follow-up study on health care use of patients with somatoform, anxiety and depressive disorders in primary care. *BMC Family Pract.* 2008, 9:5. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-9-5>
14. Lynch DS, McGray AV, Nagel RW, Wahl E. The Patient-Physician Relationship and Medical Utilisation. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2007; 9:266-70. <http://dx.doi.org/10.4088/PCC.v09n0403>
15. Pais-Ribeiro J. Questionário de manifestações físicas de mal-estar. *Psiquiatr Clin.* 2003; 24(1),65-76.
16. Khan AA, Khan A, Hareziak J, Tu W, Kroenke K. Somatic Symptoms in Primary Care: Etiology and Outcome. *Psychosomatics.* 2003; 44:171-8. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.psy.44.6.471>

17. Morriss R, Gask L, Dowrick C, Dunn G, Peters S, Ring A, et al. Randomized trial of reattribution on psychosocial talk between doctors and patients with medically unexplained symptoms. *Psychol Med*. 2010; 40(02):325-333. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291709990353>
18. Feder A, Olfson M, Gameroff M, Fuentes M, Shea S, Lantigua RA, et al. Medically Unexplained Symptoms in an Urban General Medicine Practice. *Psychosomatics*. 2001; 42:261-8. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.psy.42.3.261>
19. Muller JE, Wentzel I, Nel DG, Stein DJ. Depression and anxiety in multisomatoform disorder: Prevalence and clinical predictors in primary care. *S Afr Med J*. 2008; 98(6):473-6.
20. Gusmão R. Depressão: detecção, diagnóstico e tratamento. Estudo de prevalência e despiste das perturbações depressivas nos Cuidados de Saúde Primários. [Tese]. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa; 2005.
21. Cortez-Dias N, Martins S, Belo A, Fiuza M. Prevalência e Padrões de Tratamento da Hipertensão Arterial nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal. Resultados do Estudo VALSIM. *Rev Port Cardiol*. 2009; 28(5):499-523.
22. Falcão IM, Pinto C, Santos J, Fernandes ML, Ramalho L, Paixão E, et al. Estudo da Prevalência da diabetes e das suas complicações numa coorte de diabéticos portugueses: um estudo na Rede Médicos- Sentinela. *Rev Port Clin Geral*. 2008; 24:679-92.
23. Stone J, Smyth R, Carson A, Lewis S, Prescott R, Warlow C, et al. Systematic review of misdiagnosis of conversion symptoms and "hysteria". *BMJ*. 2005. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.38628.466898.55>
24. Sá BA, Jordão JG. Estudo europeu sobre referenciação em cuidados primários. II - Dados de seguimento e informação de retorno. *Rev Port Clín Geral*. 1993;10:238-44.
25. Janeiro, M. Acesso aos Cuidados de Saúde Secundários numa extensão do Centro de Saúde de Serpa: 10 anos depois. *Rev Port Clin Geral*. 2001; 17:193-207.
26. Ponte CMF, Moura BG, Cerejo AC, Braga R, Marques I, Teixeira A, et al. Referenciação aos cuidados de saúde secundários. *Rev Port Clin Geral*. 2006; 22:555-68.

Perfil sociodemográfico e necessidades de educação em saúde entre cuidadores de idosos em uma unidade de saúde da família em Ilhéus, Bahia, Brasil

Sociodemographic profile and health education needs amongst caregivers of the elderly in a family health unit in Ilhéus, Bahia, Brazil

Perfil sociodemográfico y las necesidades de educación en salud entre los cuidadores de los ancianos en una unidad de salud familiar en Ilhéus, Bahia, Brasil

Elaine Rodrigues Coelho. Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Ilhéus, BA, Brasil. laneegbi@hotmail.com (Autora correspondente)

Daniel dos Santos Sacerdote. Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Ilhéus, BA, Brasil. daniel_santos_7@hotmail.com

Lais Tailla Santos Cardoso. Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Ilhéus, BA, Brasil. laistaila@bol.com.br

Rosana Maria de Carvalho Santos Barreto. Secretaria Municipal de Saúde de Ilhéus. Ilhéus, BA, Brasil. roca_barreto@hotmail.com

Rozemere Cardoso de Souza. Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Ilhéus, BA, Brasil. rozemeresouza@hotmail.com

Resumo

Objetivos: Caracterizar o perfil sociodemográfico e possíveis necessidades de educação em saúde de cuidadores de idosos vinculados a uma Unidade de Saúde da Família (USF) em Ilhéus, Bahia. **Métodos:** Estudo transversal descritivo, realizado com 26 cuidadores de idosos. Os dados foram coletados entre os meses de agosto e setembro de 2011, a partir da aplicação de questionário semiestruturado. A análise dos dados foi feita a partir da distribuição de frequência, que permitiu conhecer o perfil dos cuidadores e suas necessidades de educação em saúde. **Resultados:** Verificou-se que, entre os cuidadores, a maioria era representada por mulheres entre 30 e 40 anos, donas de casa, com predominância do nível escolar fundamental incompleto. Mais da metade apresentava grau de parentesco consanguíneo com o idoso e não recebia pagamento por esse tipo de atividade. Quanto ao interesse em participar de intervenção educativa que enfatizasse temas do cuidado ao idoso, a maioria dos participantes respondeu afirmativamente à questão. Algumas das necessidades de educação em saúde identificadas foram: saber lidar com a instabilidade de humor do idoso, conhecer a alimentação mais adequada e superar os obstáculos para a mobilidade do ancião. **Conclusão:** O estudo oferece auxílio para a construção de uma linha de cuidados para o idoso e o cuidador, o planejamento de práticas educativas que preencham lacunas de conhecimento dos sujeitos investigados, contribuindo para a reflexão sobre processos educacionais que valorizem habilidades do cuidador.

Palavras-chave:

Cuidadores
Atenção Primária à Saúde
Saúde do Idoso
Educação em Saúde

Abstract

Objectives: To characterize the sociodemographic profile and possible health education needs of caregivers of elderly patients linked to a Family Healthcare Unit (FHU) in the municipality of Ilhéus, Bahia state, Brazil. **Methods:** Descriptive transversal study conducted with 26 caregivers of elderly patients. Data were collected through application of semi-structured questionnaires from August to September 2011. Data analysis was performed by frequency distribution, which provided understanding about the caregivers' profile and their needs in health education. **Results:** It was possible to verify that most caregivers were housewives with incomplete primary education between 30 and 40 years old. More than half presented a degree of consanguinity with the elderly relative they cared for and were not paid for the activity. Concerning their interest in participating in educational interventions that emphasize topics about elderly care, most participants answered the question affirmatively. Some of the needs in health education identified were as follows: knowing how to deal with elderly mood instability; knowing the most appropriate diet requirements; and overcoming obstacles to mobility. **Conclusion:** This study gives support to the construction of a line of care for both the elderly and their caregivers and the planning of educational interventions that narrow the knowledge gap of those researched, offering reflections on educational processes that value caregivers' skills.

Keywords:

Caregivers
Primary Health Care
Health of the Elderly
Health Education

Fonte de financiamento:

Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC).
PET-Saúde

Parecer CEP:

UESC nº 568/2010.

Conflito de interesses:

declaram não haver.
Recebido em: 27/05/2012
Aprovado em: 24/05/2013

Como citar: Coelho ER, Sacerdote DS, Cardoso LTS, Barreto RMCS, Souza RC. Perfil sociodemográfico e necessidades de educação em saúde entre cuidadores de idosos em uma unidade de saúde da família em Ilhéus, Bahia, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013;8(28):172-9. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(28\)496](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(28)496)

Resumen

Objetivo: Caracterizar el perfil socio-demográfico y las necesidades de educación en salud de cuidadores de anciano vinculados a una Unidad de Salud Familiar (USF) de Ilhéus, Bahia. **Métodos:** Estudio transversal descriptivo, realizado con 26 cuidadores de ancianos. Los datos fueron recogidos entre agosto y septiembre de 2011, a través de la aplicación de un cuestionario semi-estructurado. El análisis se realizó a partir de la distribución de frecuencia, lo que permitió conocer el perfil de los cuidadores y sus necesidades de educación en salud. **Resultados:** Se encontró que, la mayoría de los cuidadores eran mujeres de entre 30 y 40 años, amas de casa, principalmente con nivel de escolaridad primario incompleto. Más de la mitad tenía un vínculo de parentesco de primer grado con los ancianos y no recibía remuneración por esa tarea. La mayoría de los participantes respondió afirmativamente a la pregunta sobre el interés por participar en una intervención educativa sobre temas relacionados al cuidado de los ancianos. Algunas de las necesidades de aprendizaje identificadas fueron: saber lidiar con la inestabilidad del humor de los ancianos, conocer la alimentación más adecuada y superar los obstáculos a la movilidad de los ancianos. **Conclusión:** Este estudio ofrece soporte para la construcción de una línea de cuidados tanto para los ancianos como para sus cuidadores, para la planificación de prácticas educativas que cubran brechas en el conocimiento de los sujetos investigados, contribuyendo con las reflexiones sobre los procesos educativos que valoricen las habilidades del cuidador.

Palabras clave:

Cuidadores
Atención Primaria de la Salud
Salud del Anciano
Educación en Salud

Introdução

O envelhecimento – processo complexo, caracterizado por mudanças biológicas, sociais, psicológicas e culturais – é um fenômeno mundial, resultante, dentre outros aspectos, do desenvolvimento econômico, dos avanços científicos e da redução das desigualdades sociais. No Brasil, estima-se que, em 2050, a população idosa ultrapassará os 22,71% da população total¹. Apesar do rápido envelhecimento, percebe-se que a organização do sistema público de saúde ainda não conseguiu se desenvolver com a mesma rapidez², situação que justifica trabalhos sobre a necessidade emergente de implantação de políticas públicas a fim de garantir qualidade, respeito e dignidade aos idosos e seus familiares.

O envelhecer também acarreta aumento das condições crônicas de saúde, podendo haver perda progressiva da capacidade de adaptação ao ambiente e da autonomia, tornando o idoso dependente de auxílio temporário ou permanente de outra pessoa para realização das atividades da vida diária e de autocuidado^{3,4}. Muitos idosos restritos em seus domicílios apresentam alto grau de dependência, decorrente das incapacidades funcionais e não têm acesso aos programas relacionados à terceira idade que visam à qualidade de sua vida e à interação social².

Além das doenças crônicas que acometem os idosos, merecem destaque condições patológicas relacionadas à deficiência auditiva⁵, aos traumas, à violência intrafamiliar^{6,7}, depressão e às condições sociodemográficas que fragilizam a saúde do idoso, a exemplo dos baixos níveis de escolaridade e de renda⁸.

Disso decorre o surgimento, cada vez maior, de novas e diferentes necessidades de cuidado⁴, e a importância de se ter como alvo, no âmbito das políticas públicas, reflexões e ações sobre o conhecimento, o planejamento e a execução desses modos de cuidar/produzir saúde e qualidade de vida do idoso na comunidade.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) prevê a importância da recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa. Reconhece ainda, a probabilidade que idosos têm de sofrer algum tipo de doença crônica não transmissível (DCNT) ou de necessitar do auxílio de um cuidador, decorrente de uma doença limitadora⁹.

Na família, nem todos assumem o cuidado com o idoso da mesma maneira¹⁰. O cuidador principal – quase sempre um de seus membros – é definido como aquela pessoa responsável pelas necessidades de cuidado do idoso. Nomeiam-se cuidadores secundários os demais sujeitos – integrantes da família ou não – que surgem para contribuir, complementando esses cuidados^{3,11}.

Para prezar e assegurar a saúde do idoso, como também a do cuidador, destaca-se a importância do conhecimento acerca do perfil do cuidador, bem como de suas lacunas de conhecimento durante a prática do cuidado. No entanto, os cuidadores nem sempre encontram oportunidades de ensino/aprendizagem sobre como cuidar do idoso na perspectiva de um envelhecimento saudável.

O fato de os cuidadores não apresentarem conhecimentos básicos sobre o cuidado do idoso agrava o desgaste familiar, podendo gerar conflitos internos, processos depressivos e outras doenças³.

A tarefa do cuidar é considerada um desafio ‘crescente’, visto que, com o avançar da idade, os idosos podem se tornar ainda mais dependentes. Os cuidadores, muitas vezes, não recebem orientação de um profissional de saúde no que diz respeito à prática do cuidado e realizam suas tarefas com o aprendizado adquirido pela experiência cotidiana advinda do

ato de cuidar¹². A Estratégia Saúde da Família (ESF) oferece cenário apropriado para permitir que o cuidador fortaleça o vínculo com o profissional de saúde junto às famílias, seja em visitas domiciliares ou em consultas, como meio de apoiar o cuidado integral ao idoso.

Para desenvolver uma futura intervenção educativa para os cuidadores de idosos em uma Unidade de Saúde da Família vinculada ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e no intuito de aproximar profissionais de saúde da família e cuidadores, este estudo teve por objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico e possíveis necessidades de educação em saúde de cuidadores de idosos vinculados a uma Unidade de Saúde da Família no município de Ilhéus, Bahia.

Métodos

Trata-se de estudo transversal descritivo, realizado na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família (USF) vinculada ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: PET-Saúde, na cidade de Ilhéus – BA. O PET-Saúde amplia a atuação de estudantes nos serviços de saúde e contribui para integrar ensino, serviço e comunidade.

O estudo também faz parte de um projeto mais amplo, intitulado *Processo de construção das linhas de cuidado em saúde no município de Ilhéus, Bahia*, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), sob protocolo de número 568/2010.

Do total de 152 idosos cadastrados na referida unidade, foram identificados 26 (vinte e seis) cuidadores que participaram deste estudo por atenderem aos seguintes critérios de inclusão: cuidar de idoso cadastrado na área de abrangência da USF local; consentir a participação na pesquisa mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido dos sujeitos. Fez-se a identificação desses cuidadores por meio de levantamento junto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) – aqui considerados informantes-chave. No total, 26 cuidadores, distribuídos entre três microáreas, aceitaram participar do estudo. Sendo assim, não houve registro de recusa. Em duas microáreas, os dados não foram coletados, pois estavam descobertas quanto à atividade do ACS.

Denominou-se cuidador de idoso toda a pessoa referida pelo idoso ou familiar como sendo o principal responsável por atender às necessidades de saúde do idoso, inclusive aquelas relacionadas a acesso aos serviços de saúde, em todos os níveis de complexidade da atenção, independente do grau de dependência do idoso. Sobre este último aspecto – grau de dependência do idoso – apesar da ausência de dados, pressupõe-se que a situação de vulnerabilidade social observada na maioria das áreas de abrangência da ESF caracterize condição que justifica a presença de cuidador. Associa-se a isto a vulnerabilidade de atenção programática da pessoa idosa, definida pela insuficiência de serviços diante das necessidades dessa população¹³. Ambas as situações ainda estão presentes no território estudado, podendo elevar e/ou definir a dependência do idoso por um cuidador.

A coleta de dados dos cuidadores foi realizada entre os meses de agosto e setembro de 2011, mediante aplicação domiciliar de um questionário semiestruturado, construído a partir de leituras sobre o tema e de reuniões de equipe, sendo dividido em duas partes: perfil do cuidador (sexo, idade, profissão, escolaridade, parentesco com o idoso, condições socioeconômicas e tempo dispensado ao cuidado) e educação em saúde (interesse em participar de uma intervenção educativa, temas de maior interesse, principais dificuldades durante o cuidado).

Para caracterização dos idosos sob os cuidados dos participantes investigados, utilizou-se a Ficha A - ficha de cadastramento das famílias –, instrumento de coleta de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), com informações sociodemográficas e clínicas atualizadas de todos os usuários da ESF. Por motivo de não identificação da referida ficha, dados de dois idosos foram excluídos deste estudo.

Para análise, os dados foram organizados em planilha Excel® versão 2007 e submetidos à distribuição de frequência simples, permitindo caracterizar o perfil dos cuidadores e suas possíveis necessidades de educação em saúde. Fez-se também o entrelaçamento dos resultados, articulando-os aos saberes que constam na literatura especializada sobre o tema.

Resultados

A seguir, é apresentada uma breve caracterização dos idosos cuidados pelos participantes deste estudo, seguida pelos dados sobre o perfil sociodemográfico e necessidades de educação em saúde desses cuidadores.

Caracterização dos idosos

Entre os vinte e quatro idosos que dependiam dos cuidadores investigados neste estudo, os dados que constavam na ficha de cadastramento das famílias foram os seguintes: 62,50% deles eram do gênero feminino e 37,50% do masculino, com idades variando entre 64 e 83 anos, com média de 74,12 anos (desvio padrão: 7,77). Quanto à escolaridade, a maioria dos idosos (62,50%) era alfabetizada.

Os dados clínicos revelaram os seguintes diagnósticos/problemas de saúde: 11 idosos (45,80%) com Hipertensão Arterial Sistêmica; 8 (33,30%) eram portadores de Diabetes Mellitus; 3 (12,50%) tinham Deficiência Física; 1 (4,20%) era Alcoolista; e 1 (4,20%) apresentava Deficiência Cognitiva. Em relação à pergunta presente na Ficha A, “Em caso de doença, a quem procura?”, 17 (70,80%) idosos possuíam fichas referindo procurar o hospital e apenas 7 (29,20%) faziam referência à procura da USF para essa condição.

Perfil sociodemográfico e necessidades de educação em saúde dos cuidadores

No que range ao perfil do cuidador, notou-se que 88% eram mulheres, donas de casa, na faixa etária entre 30 e 40 anos. Do total de 26 cuidadores, 10 (38%) possuíam nível escolar fundamental incompleto e somente três indivíduos apresentavam nível superior completo. Os dados mostram que os cuidadores não recebiam pagamento pelo cuidado desenvolvido, mas 58,00% deles referiram renda individual menor que um salário mínimo – renda proveniente de outros serviços não especificados.

Mais da metade (73%) dos entrevistados eram cuidadores informais e/ou integrantes da família, enquanto que os cuidadores formais (27%) reconheciam-se como amigos do idoso e não eram integrantes da família. O percentual dos cuidadores identificados no presente estudo como familiares dos idosos está distribuído conforme relação de parentesco na Figura 1.

No que se refere ao tempo dispensado ao cuidado, 92% dos cuidadores ofereciam cuidado todos os dias da semana, mas desenvolviam suas atividades em tempos diários diferenciados, explicitados na Tabela 1. Vinte cuidadores alegaram nunca ter recebido nenhum tipo de treinamento para prestação do cuidado ao idoso, valendo-se de suas próprias experiências de vida. Associado a isto, ressalta-se que 38% deles não recebiam ajuda de outra pessoa, sendo os únicos responsáveis pelo cuidado.

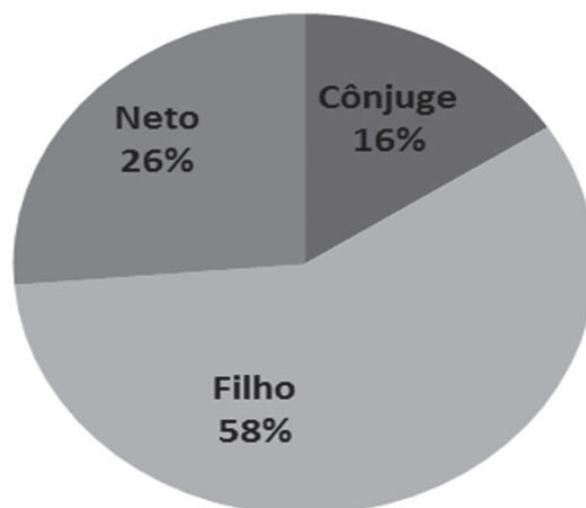


Figura 1. Distribuição da frequência de cuidadores de idosos quanto ao grau de parentesco consanguíneo com o idoso em Unidade de Saúde da Família no município de Ilhéus, Bahia, 2011.

Tabela 1. Distribuição da frequência de cuidadores de idosos quanto ao tempo diário dedicado à prestação do cuidado aos idosos em USF no município de Ilhéus, Bahia, 2011.

| Tempo (h) / dia | N | % |
|-------------------|-----------|------------|
| Até 4 horas | 4 | 15 |
| 5 a 8 horas | 3 | 12 |
| 9 a 12 horas | 3 | 12 |
| Mais que 12 horas | 16 | 62 |
| Total | 26 | 100 |

As dificuldades mais citadas pelos participantes da pesquisa no contexto do cuidado ao idoso estavam relacionadas às características psicossociais do idoso, entre elas, variação do humor e resistência ao cuidado oferecido. O fato de o cuidador ser único, não contar com qualquer tipo de apoio durante suas atividades, além da falta de tempo para cuidar de si próprio também foi mencionado, todavia com menor expressividade do que os outros obstáculos, como os listados na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição da frequência das dificuldades encontradas por cuidadores durante a prática de cuidado aos idosos em USF no município de Ilhéus, Bahia, 2011.

| Dificuldades referidas pelos cuidadores | N | (%) |
|--|-----------|------------|
| Realizar higiene/ dar banho | 6 | 12,30 |
| Deslocar-se com o idoso | 7 | 14,30 |
| Alimentação do idoso | 3 | 6,10 |
| Horários de medicamentos | 3 | 6,10 |
| Variação de humor do idoso | 11 | 22,40 |
| Cuidar no período noturno | 3 | 6,10 |
| Ser o único cuidador | 5 | 10,20 |
| Falta de tempo para cuidar de si próprio | 5 | 10,20 |
| Resistência do idoso ao cuidado | 6 | 12,30 |
| Total | 49 | 100 |

Quando questionados sobre o desejo em participar de uma intervenção educativa, este foi evidenciado pela maioria dos participantes (88%). Houve demonstração de interesse nas seguintes temáticas relacionadas ao idoso: cuidados psicológicos e emocionais (18,60%); planejamento da administração de remédios (17,50%); cuidados com a mobilidade e com a postura (15,10%); alimentação (15,10%); cuidados com a higiene corporal (9,30%); e como realizar curativos (9,30%). Em relação aos 12% que referiram não ter interesse em participar de uma intervenção educativa, embora questionados, não foram explicitadas as justificativas.

Discussão

A caracterização do perfil sociodemográfico dos cuidadores de idosos mostra um baixo nível de renda acompanhado de pouca escolaridade, resultado semelhante ao encontrado em outros estudos^{12,14-16}, de modo que, a existência de associação entre condições financeiras frágeis e baixa escolaridade constituem fortes preditores de tensão para o cuidador¹⁶. Além disso, “[...] essas condições sociais diminuem a participação efetiva na busca de implementação de soluções consistentes de proteção e elevação dos níveis de saúde do idoso.”⁸.

Nesse contexto, destaca-se o alto percentual de mulheres como cuidadoras (88%), fenômeno universalmente observado^{3,7,10,17,18}. Esse dado é gerador de reflexões sobre a predominância do sexo feminino nesse grupo e suas implicações: “[...] somadas àquelas de sua segunda jornada de trabalho, na qual assumem o papel de esposa, zeladora do lar e dos filhos, [e que] contribuem para que a sobrecarga de atividades torne-se extrema.”¹⁷.

Por sua vez, a opção pela filha como cuidadora principal converge para expectativas de idosos em situação de independência quando questionados sobre quem gostariam que fosse seu futuro cuidador¹⁹. Na Bahia, essa escolha também foi evidenciada em estudo com cuidadores, pois 84,40% deles destacaram a preferência de ser cuidado na velhice por seus filhos e outros familiares com destaque para “[...] que seja com carinho e, sempre que possível, na sua própria casa.”³.

O estudo mostra aspectos que podem dificultar a atuação dos cuidadores na qualidade de sujeitos sociais. As questões emocionais e psicossociais do idoso cuidado, como agressividade e resistência, sobressaem-se e apontam para a importância de intervenções estratégicas à essa população, como forma de melhorar o desempenho do cuidador, com aumento de suas habilidades e controle sobre as ações desenvolvidas diante das demandas exigidas para esse tipo de cuidado. O próprio envelhecer instiga o surgimento de mudanças psicológicas, as quais exigem habilidades e conhecimento durante o ato de cuidar e da convivência com os idosos²⁰.

O entendimento das necessidades humanas e suas mudanças psicológicas, sociais e culturais oferecem subsídio a uma prática de cuidado integral²¹, no entanto, a carência de conhecimentos sobre o envelhecimento e a ausência de técnicas de cuidado por parte do cuidador, associadas a uma estrutura econômica que não oferece apoio ao idoso e sua família, dificultam uma assistência integral. Então, “[...] a dinâmica cuidador e idoso poderá sofrer interferência de emoções negativas e que tendem a resultar em potencial risco de violência.”⁶

Além disso, outros fatores de risco ao cuidado integral descrevem-se por estresse/fadiga do familiar cuidador, relacionado ao fato de ser cuidador único e em tempo prolongado, e ao isolamento resultante da responsabilidade pelo cuidar e/ou ao grau de dependência do idoso. Tais fatores revelam fortes indícios de desencadeamento de violência intrafamiliar e exigem atenção dos serviços sociais e de saúde para medidas preventivas e de apoio ao binômio idoso e família⁶.

O papel de cuidar, então, é um compromisso que pode ser penoso ou não, dependendo das circunstâncias envolvidas na relação e do ambiente que as circunda⁶. Por exemplo, o cuidado prestado (quase sempre por mais de 8 horas por dia) gera sobrecarga e afeta negativamente a relação idoso-cuidador. A literatura descreve relatos de mágoas surgidas pelo desgaste físico e psíquico durante a tarefa do cuidar^{3,6,10,22-24}.

Neste sentido, destacam-se as folgas, nomeadas de “respiro do cuidador”, como uma forma de alívio da sobrecarga de cuidadores de idosos, previstas no relatório Mundial sobre a Saúde Mental, a fim de aprimorar a saúde dos provedores de saúde²⁵.

O presente estudo possibilitou mostrar o interesse dos cuidadores em participar de uma atividade educativa – evidenciada no estudo de Souza et al.²¹, e suas principais necessidades de Educação em saúde: lidar com variação de humor, conhecer alimentação adequada e uso correto dos medicamentos. Intervir nesse cenário implica utilizar ferramentas de educação em saúde para preencher lacunas preexistentes, assim como valorizar a aprendizagem no cotidiano desses sujeitos. Nesse processo, faz-se necessário valorizar ainda as trocas interpessoais permeadas pelo diálogo²⁶.

O diálogo poderá ser facilitado para os cuidadores investigados e os idosos porque são, em sua maioria, familiares descritos por laços de consanguinidade. Sabe-se, porém, que nem sempre esse tipo de laço é estabelecido nas relações de cuidado com o idoso e isso exigirá articulação entre saúde e educação, no tocante à formação de profissionais preparados para a inserção no cenário familiar, no qual se inclui a dignidade do cuidado e a potencialização da família para ações co-participativas em saúde²⁷.

As mudanças e a complexidade do envelhecimento apontam para a importância de preparação para o enfrentamento das dificuldades descritas pelos próprios cuidadores durante a tarefa do cuidar. Pode ocorrer a exacerbação ou eclosão de conflitos, provocando estresse e trabalho redobrado ao cuidador. O cuidador precisa identificar as reais necessidades de saúde dos idosos, garantindo sua autonomia, protagonismo e valorização de sua subjetividade²⁸. Essa compreensão do cuidador como sujeito que também necessita e demanda por cuidados deve nortear profissionais de saúde nas ações dirigidas a eles.

Quanto à aplicabilidade do estudo, os resultados apresentados podem contribuir para o processo, em curso, da construção de uma linha de cuidado aos idosos no contexto estudado, com reflexões acerca da valorização do cuidador e de suas necessidades educativas, pois “[...] somente será possível cuidar do idoso/família unindo pesquisa e educação. A pesquisa fundamenta as reflexões e a educação permite compartilhar o conhecimento, resultando na melhoria do processo de cuidar.”²⁶

As experiências de atenção à saúde, a partir do enfoque das linhas de cuidado, inserem-se como propostas dos serviços para vencer os desafios na produção de cuidado integral, centrada na relação com o usuário, diferente daquela com foco nos procedimentos²⁹. Uma vez modificados os processos de trabalho nos serviços de saúde e também a relação desses com a clientela, espera-se que o serviço da atenção primária à saúde, como é o caso da unidade de saúde da família estudada, seja porta de entrada para o sistema e também espaço para construção de vínculos, e que esse espaço entrelaçado aos demais dispositivos comunitários sirvam para a produção de vida com qualidade.

Nessa perspectiva, é destacável a informação de que, no presente estudo, a maioria dos idosos referiu procurar o hospital em caso de doença, e não a USF, o que pode se constituir em mais um desafio para a estruturação de uma linha de cuidado. É emergente a necessidade de fortalecer os vínculos entre os profissionais da USF e os idosos e seus cuidadores.

As limitações deste estudo referem-se ao pequeno tamanho da amostra e à ausência de dados acerca do grau de dependência e de vulnerabilidade do idoso. Sobre o tamanho da amostra, este impossibilitou identificar aspectos generalizáveis dos resultados apresentados, assim como a ampliação da análise estatística, a exemplo de possível associação existente entre as variáveis qualitativas estudadas. Em relação à ausência de dados acerca do grau de dependência e de vulnerabilidade dos idosos, esses poderiam aprofundar aspectos da capacidade funcional do idoso, do contexto familiar e de seu entorno social, que explicitassem a necessidade do cuidador, assim como as implicações dessas variáveis para a produção de cuidado e para o sentimento de sobrecarga do cuidador.

Pesquisas deste tipo realizadas em outros locais do Brasil, inclusive com amostras maiores, possibilitam a oferta de informações essenciais para o planejamento das intervenções educativas, tanto no âmbito da saúde do idoso quanto do seu cuidador.

Considerações finais

Conclui-se que a prática do cuidar direcionada ao idoso conta com a participação voluntária de cuidadores informais e familiares, em sua maioria mulheres adultas e de meia idade, com predominância do nível escolar fundamental incompleto, as quais encontram dificuldades na produção desse cuidado devido à escassez de conhecimentos básicos em saúde, tais como: cuidados com a higiene, boa alimentação, administração de medicamentos, e com a instabilidade emocional do idoso.

Essas dificuldades constituem as necessidades de aprendizagem dos participantes do estudo, que têm interesse educativo e precisam ser atendidos, para que uma intervenção fundamentada na educação em saúde ofereça suporte e alívio da sobrecarga e do estresse relacionados ao desenvolvimento do cuidado ao idoso.

Destarte, o estudo produz subsídios para construção de uma linha de cuidado dirigida a essa população e para realização de uma intervenção educativa contextualizada, participativa e singular no território estudado, permitindo que esse processo educacional seja gerador de crescimento e de mudanças de comportamento na relação entre os profissionais de saúde e os cuidadores e entres estes e os idosos. Conhecer o perfil dos cuidadores e identificar suas necessidades educativas em saúde é imprescindível para consolidação de intervenções que primem pela saúde da população idosa.

No intuito de alicerçar as linhas de cuidado, uma estratégia fundamental seria pensar no responsável pelo ato de cuidar e incluí-lo em planejamentos e ações de saúde. Os cuidadores precisam ser treinados, mas, primeiramente, torna-se necessário mapear quais aspectos do conhecimento precisam ser supridos e os tipos de obstáculo a serem removidos.

Portanto, os resultados obtidos no presente estudo podem contribuir para a produção de reflexões em torno de processos educacionais, humanísticos e éticos, para preencher lacunas de conhecimento e valorizar as habilidades do cuidador, assim como no processo de compartilhamento de saberes e de práticas entre cuidadores e profissionais de saúde.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050. Revisão 2008. Acessado no: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/
2. Trelha CS, Revaldaves EJ, Youssef SM, Dellaroza MSG, Cabrera MAS, Yamada KN, et al. Caracterização de idosos restritos ao domicílio e seus cuidadores. *Espaço Saúde*. 2006; 8(1): 20-7. Disponível em: http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v8n1/v8n1_res_4.htm
3. Vilela ABA, Meira EC, Souza AS, Souza DM, Cardoso IS, Sena ELS, et al. Perfil do familiar cuidador de idoso doente e/ou fragilizado do contexto sociocultural de Jequié-BA. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2006; 9(1): 55-69. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232006000100005&lng=pt
4. Reis DT, Eiras DL, Jacóia SC, Silva L, Bousso RS. Quem são os cuidadores de idosos em situação de final de vida atendidos pela Estratégia Saúde da Família? *Rev ConScientiae Saúde*. 2011; 10(4): 682-8. Disponível em <http://www4.uninove.br/ojs/index.php/saude/article/view/2585>

5. Paulo MG, Teixeira AR, Jotz GP, Barba MC, Bergmann RS. Evaluation of quality of life of the caregivers for hearing-impaired elderly: influence of hearing aids use. *Arq Int Otorrinolaringol*. 2008; 12(1): 24-7. Disponível em: http://www.internationalarchivesent.org/additional/acervo_eng.asp?id=479
6. Meira EC, Gonçalves LHT, Xavier JO. Relatos orais de cuidadores de idosos doentes e fragilizados acerca dos fatores de risco para violência intrafamiliar. *Ciênc Cuid Saúde*. 2007; 6(2): 171-80. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4148>
7. Queiroz ZPV, Lemos NFD, Ramos LR. Fatores potencialmente associados à negligência doméstica entre idosos atendidos em programa de assistência domiciliar. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(6): 2815-2824. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600019>
8. Borges DT, Dalmolin BM. Depressão em idosos de uma comunidade assistida pela estratégia de saúde da família em Passo Fundo, RS. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2012; 7(23): 7-14. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf7\(23\)381](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf7(23)381)
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília; 2006.
10. Espín AAM. Caracterización psicossocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Rev Cubana Salud Pública* [online]. 2008; 34(3) [acesso em jan 10]. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000300008&Ing=es
11. Flores GC, Borges ZN, Denardin-Budó ML, Mattioni FC. Cuidado intergeracional com o idoso: autonomia do idoso e presença do cuidador. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010, 31(3): 467-74. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000300009>
12. Fratezi FR, Gutierrez BAO. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(7): 3241-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800023>
13. Paz AA, Santos BRL, Eidt OR. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. *Acta Paul Enferm*. 2006; 19(3): 338-42. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002006000300014>
14. Pimenta GMF, Costa MASMC, Gonçalves LHT, Alvarez AM. Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(3): 609-14. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000300016>
15. Domínguez Guedea MT, Damacena FA, Montiel Carbajal MM, Ochoa Marcobich P, Álvarez Hernández G, Valdéz Lizárraga L, et al. Necessidades de apoio social em cuidadores de familiares idosos mexicanos. *Psicol Soc*. 2009; 21(2): 242-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822009000200011>
16. Fernandes MGM, Garcia TR. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(1): 57-63. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000100009>
17. Sampaio AMO, Rodrigues FN, Pereira VG, Rodrigues SM, Dias CA. Cuidadores de idosos: percepção sobre envelhecimento e sua influência sobre o ato de cuidar. *Estud Pesqui Psicol*. 2011; 11(2): 590-613. <http://www.revispsi.uerj.br/v11n2/artigos/html/v11n2a15.html>
18. Camargos EF, Souza AB, Nascimento AS, Morais-e-Silva AC, Quintas JL, Louzada LL, et al. Use of psychotropic medications by caregivers of elderly patients with dementia: is this a sign of caregiver burden? *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2012; 70(3): 169-74. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2012000300003>
19. Pavarini SCI, Tonon FL, Silva JMC, Mediondo MZ, Barham EJ, Filizola CLA. Quem irá empurrar minha cadeira de rodas? A escolha do cuidador familiar do idoso. *Rev Eletrônica Enferm*. 2006; 8(3): 326-35. [online] [acesso em 15 jan 2013]. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fer/article/view/7071/5002>
20. Garbin CASG, Sumida DH, Moimaz SAS, Prado RL, Silva MM. O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(6): 2941-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600032>
21. Souza WGA, Pacheco WNS, Martins JJ, Barra DCC, Nascimento ERP. Educação em saúde para leigos no cuidado ao idoso no contexto domiciliar. *ACM Arq Catarin Med*. 2006; 35(4): 57-63. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/395.pdf>
22. Fernandes MGM, Garcia TR. Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(4): 818-24. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000400012>
23. Gratao ACM, Vale FAC, Roriz CM, Haas VJ, Lange C, Talmelli LFS, et al. The demands of family caregivers of elderly individuals with dementia. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(4): 873-80. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000400003>
24. Rodrigues SLA, Watanabe HAW, Derntl AM. A saúde de idosos que cuidam de idosos. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40(4): 493-500. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000400007>
25. Organização Mundial da Saúde – OMS. Relatório da Saúde no Mundo. Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança. OMS; 2001.
26. Martins JJ, Albuquerque GL, Nascimento ERP, Barra DCC, Souza WGA, Pacheco WNS. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Texto Contexto - Enferm*. 2007; 16(2): 254-62. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000200007>
27. Silva LW, Ribeiro FB, Amaral RL, Ferreira RS, Souza TF. A família e o cuidado – reveses e vieses entre a aceitação e o desafio de cuidar. *Rev Kairós Gerontol*. 2010; 13(2): 191-202. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairós/article/view/5375>
28. Martins JJ, Borges M, Silva RM, Nascimento RPE. O processo de viver e de ser cuidado de idosos e a percepção dos cuidadores. *Rev Cogitare Enferm*. 2011; 16(1): 96-103. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/21118>
29. Franco TB. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE, Magalhães HM Jr, Rimoli R, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhado e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2004. p.125-134.

Avaliação da acuidade visual em escolares no município de Herval d'Oeste, Santa Catarina, Brasil

Visual acuity assessment in schoolchildren in the municipality of Herval d'Oeste, Santa Catarina state, Brazil

Evaluación de la agudeza visual en estudiantes en el municipio de Herval d'Oeste, Santa Catarina, Brasil

Rafaela Santini de Oliveira. Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC), Joaçaba, SC, Brasil. rahsantini@gmail.com (Autora correspondente)

Alisson Vinicius Parizotto. Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC), Joaçaba, SC, Brasil. alisson_parizotto@hotmail.com

Mariane Fahrerr Caleffi. Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC), Joaçaba, SC, Brasil. marianecaleffi@hotmail.com

Caroline Beal. Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC), Joaçaba, SC, Brasil. carol_beal@hotmail.com

William Shi Seng Yeh. Secretaria Municipal de Saúde de Herval d'Oeste. Herval d'Oeste, SC. meuamigowilliam@gmail.com

Maria do Carmo Vicensi. Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC). Joaçaba, SC, Brasil. maria.vicensi@unoesc.edu.br

Resumo

Objetivos: Avaliar a acuidade visual por meio da aplicação de um teste de triagem, identificar a prevalência de baixa visão e providenciar o seu manejo adequado. **Métodos:** Estudo quantitativo e transversal, no qual foram avaliados escolares de 1ª a 5ª série do ensino fundamental de duas escolas municipais de Herval d'Oeste-SC, no segundo semestre de 2011, por meio da aplicação de um questionário com as variáveis: sexo, idade, uso prévio de óculos, percepção da própria visão e pela aplicação do Teste de Snellen para levantar medidas de acuidade visual (AV). Os alunos que apresentaram AV <0,7 e sinais e sintomas de alteração ocular foram encaminhados para exame oftalmológico. **Resultados:** A amostragem foi de 318 alunos: 158 (49,6%) do sexo masculino e 160 (50,3%) do sexo feminino, com idade entre 5 e 15 anos. Desses, 30 alunos apresentaram baixa acuidade visual e foram encaminhados ao atendimento oftalmológico, sendo que 24 crianças compareceram às consultas oftalmológicas e, destas, 19 (79,16%) necessitaram de correção óptica. Os diagnósticos mais prevalentes foram: astigmatismo, hipermetropia e miopia. **Conclusão:** A detecção da baixa visão na população escolar por meio de testes de triagem é importante tarefa de promoção da saúde e estratégia eficaz à prevenção de distúrbios visuais, os quais podem interferir no desenvolvimento intelectual, psicológico e social. Deve-se considerar a efetiva implantação dos programas e ações de promoção da saúde por meio da integração entre saúde, educação e comunidade.

Palavras-chave:

Acuidade Visual
Saúde Escolar
Oftalmologia

Abstract

Objectives: To evaluate visual acuity through the application of a screening test; identify the prevalence of low vision; and provide proper management to it. **Methods:** A cross-sectional and quantitative study in which first-to-fifth grade students of two elementary schools in the municipality of Herval d'Oeste were evaluated in the second half of 2011, by means of a questionnaire with the following variables: gender, age, previous use of glasses, perception of their own vision, and application of the Snellen Test to assess visual acuity (VA). Students presenting VA<0.7 and signs and symptoms of ocular disorders were referred to an ophthalmologist. **Results:** The sample comprised 318 students: 158 (49.6%) males and 160 (50.3%) females, between 5 and 15 years old. Thirty of these students showed low visual acuity and were referred to eye care, and 24 children attended ophthalmic examinations - 19 (79.16%) needed optical correction. The most prevalent diagnoses were astigmatism, hyperopia, and myopia. **Conclusion:** The detection of low vision among schoolchildren through screening tests is an important task of health promotion and an effective strategy to prevent visual disorders, which can interfere with intellectual, psychological and social development. The effective implementation of programs and actions to promote health through the integration of health, education and community should be considered.

Keywords:

Visual Acuity
School Health
Ophthalmology

Resumen

Objetivos: Evaluar la agudeza visual mediante la aplicación de una prueba de selección, identificar la prevalencia de la baja visión y proporcionar bases para su adecuado tratamiento. **Métodos:** Estudio cuantitativo y transversal en el que fueron evaluados estudiantes de primero a quinto año de educación primaria en dos escuelas de Herval d'Oeste-SC, en el segundo semestre de 2011, mediante la aplicación de un cuestionario con las siguientes variables: sexo, edad, uso previo de anteojos, percepción de su propia visión y aplicación de la prueba de Snellen de agudeza visual (AV). Los estudiantes que presentaron AV <0,7 y signos y síntomas de problemas visuales fueron remitidos a un oftalmólogo. **Resultados:** La muestra fue de 318 alumnos: 158 (49,6%) varones y 160 (50,3%) mujeres, con edades comprendidas entre 5 y 15 años. De éstos, 30 estudiantes presentaron agudeza visual baja y fueron remitidos a la atención oftalmológica, siendo que 24 niños asistieron a los exámenes oftalmológicos y, de éstos, 19 (79,16%) requirieron corrección óptica. Los diagnósticos más frecuentes fueron astigmatismo, hipermetropía y miopía. **Conclusión:** La detección de baja visión a través de pruebas de selección es una tarea importante de promoción de la salud y una estrategia efectiva para prevenir alteraciones visuales que pueden interferir con el desarrollo intelectual, psicológico y social de los estudiantes. Se debe tener en cuenta la aplicación efectiva de los programas y acciones de promoción de la salud a través de la integración entre salud, educación y comunidad.

Palabras clave:

Agudeza Visual
Salud Escolar
Oftalmología

Como citar: Oliveira RS, Parizotto AV, Caleffi MF, Beal C, Yeh WSS, Vicensi MC. Avaliação da acuidade visual em escolares no município de Herval d'Oeste, Santa Catarina, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013; 8(28):180-6. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(28\)544](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(28)544)

Fonte de financiamento:

PET-Saúde

Parecer CEP: Universidade do Oeste de Santa Catarina, protocolo número 035/2011 de 24/07/2012

Conflito de interesses:

declaram não haver

Recebido em: 25/07/2012

Approved em: 08/07/2013

Introdução

Considerada o sentido mais influente na integração do ser humano com o seu meio, por responder por 85% das informações sensoriais do ambiente, a visão é essencial para o desenvolvimento das capacidades de interação social, percepção e aprendizagem^{1,2}. Avaliações adequadas desde a primeira infância permitem a prevenção de problemas visuais, pois, nesse período da vida, parcela significativa das alterações é reversível ou controlável³.

Estudos apontam que o desenvolvimento motor⁴ e cognitivo⁵ são afetados diretamente pela deficiência visual desde o primeiro mês de vida. No período escolar, as alterações visuais são manifestadas (especialmente nos primeiros anos de vida) e afetam de forma importante os processos de aprendizagem, uma vez que dificultam a integração com o meio.

As políticas de saúde têm evoluído significativamente na busca da prevenção e promoção da saúde visual das crianças: o Projeto 'Olhar Brasil' objetiva o atendimento a alunos da educação básica das escolas públicas na etapa do ensino fundamental e dos jovens de 15 anos ou mais, e o Programa 'Brasil Alfabetizado' é dirigido a adultos. São programas que englobam a realização de triagem de acuidade visual como recurso a ser utilizado no processo de capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dos Alfabetizadores do Programa Brasil Alfabetizado e dos Professores da Educação Básica¹.

Também faz parte desse processo das políticas públicas o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), voltado para a Atenção Primária à Saúde (APS) e a atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF). Este programa tem como objetivo ações intersetoriais direcionadas para o fortalecimento de áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS)⁶.

A partir da vinculação dos autores a esse programa, este estudo objetivou detectar precocemente, por meio de um teste de triagem da acuidade visual, o déficit visual nas crianças em fase de desenvolvimento de duas escolas municipais da cidade de Herval d'Oeste-SC e promover o seu manejo adequado, colaborando assim para o atendimento aos objetivos do PET-Saúde e especialmente pela integração saúde/educação e a promoção da saúde.

Métodos

Realizou-se estudo de natureza quantitativa e transversal, elaborado no primeiro semestre de 2011 com a pesquisa e a coleta de dados realizados no segundo semestre de 2011. O universo de pesquisa foi composto por 420 escolares de 1ª a 5ª série do ensino fundamental de duas escolas públicas municipais de Herval d'Oeste – Santa Catarina, com idade entre 5 e 15 anos. A amostragem foi estabelecida a partir da devolução do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado.

Os instrumentos de pesquisa utilizados foram: 1) questionário padrão elaborado pelos pesquisadores, com o objetivo de levantar as características demográficas (idade, gênero, série escolar) além da percepção da própria visão, uso prévio de correção visual e os valores de acuidade visual; 2) teste de triagem da acuidade visual por meio da Escala Optométrica de Snellen com posterior encaminhamento ao oftalmologista, caso houvesse necessidade.

A avaliação da acuidade visual pelo teste de Snellen é um método universalmente aceito e de fácil aplicabilidade, empregado como triagem à detecção de baixa visão⁷. Embora a técnica do exame seja simples, trata-se de uma avaliação complexa pelas enormes variáveis fisiológicas e psicológicas envolvidas no processo de captação e formação de imagens, bem como na capacidade de expressão da imagem formada ao examinador⁸.

Os procedimentos da pesquisa iniciaram com reunião entre os autores e as diretorias das instituições de ensino a fim de estabelecer datas e espaços para a aplicação da pesquisa. Na sequência, foi ministrada palestra aos alunos com exposição didática dos aspectos relacionados à acuidade visual e explicação sobre a pesquisa. Foi enviada aos pais ou responsáveis, por meio dos alunos, carta explicativa do projeto junto com os TCLEs. Dos 418 alunos abordados, 318 alunos devolveram o documento assinado pelos responsáveis e participaram da pesquisa.

O teste de triagem da acuidade visual foi precedido pela aplicação do questionário e, em seguida, cada escolar recebeu orientações sobre o teste ao qual seria submetido, que foi realizado em ambiente cedido pela escola, devidamente iluminado e com poucos interferentes ambientais, tendo sido aplicado pelos próprios autores.

A Tabela de Optotipos de Snellen foi posicionada a 5 metros de distância do aluno e fixada a um metro do chão. A avaliação foi realizada pela oclusão não compressiva de um olho de cada vez, e os valores de acuidade visual foram anotados em escala logarítmica no questionário individual. Os escolares que faziam uso de correção óptica realizaram o teste com e

sem óculos. Por definição, a baixa acuidade visual corresponde a valores $\leq 0,7$ na tabela de Snellen e conforme os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) a acuidade visual superior a 0,7 é considerada normal. Apesar disso, o presente artigo considerou esse valor como motivo de encaminhamento oftalmológico.

Os critérios para encaminhamento ao oftalmologista adotados na pesquisa foram: valores de acuidade visual $<0,7$ na escala de Snellen em um ou ambos os olhos (apesar de a OMS considerar valores menores ou iguais a 0,7); diferença de visão entre os olhos maior que duas linhas na referida escala e sinais e sintomas de alterações oftalmológicas. Antes de encaminhamento para diagnóstico oftalmológico e para confirmar os resultados de baixa acuidade visual e excluir interferentes, todos os testes com acuidade visual $< 0,7$ foram repetidos.

Três oftalmologistas (apesar de realizarem seus atendimentos particulares) aceitaram participar voluntariamente da pesquisa, atendendo em seus próprios consultórios sem cobrar honorários, cada qual avaliando 10 crianças. Quando houve necessidade de aquisição de óculos (após as indicações médicas) estes foram adquiridos por meio de parceria dos autores da pesquisa com entidade beneficente de promoção humana com o apoio da Secretaria de Saúde do Município de Herval d'Oeste, que também se colocou à disposição para encaminhar para tratamento alunos com problemas visuais que necessitassem de acompanhamento ou tratamento de longo prazo. A Universidade do Oeste de Santa Catarina colaborou disponibilizando horário e profissional para orientar e acompanhar o projeto.

Terminada a coleta de dados, utilizou-se o programa Epi Info versão 3.5.2 para o processamento e a análise dos dados obtidos nas duas escolas participantes da pesquisa.

O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética da Universidade do Oeste de Santa Catarina que aprovou o protocolo do estudo em 24 de julho de 2012, sob o número 035/2011. Foram respeitados em todos os momentos os princípios éticos de autonomia e anonimato, conforme as orientações da regulamentação vigente⁹.

Não houve qualquer conflito de interesse seja em termos profissionais, financeiros, diretos ou indiretos envolvendo os participantes da pesquisa (pesquisados e pesquisadores), sendo os custos relativos ao estudo advindos de fonte pessoal dos pesquisadores.

Resultados

Depois da autorização dos responsáveis, a amostragem final foi de 318 crianças que responderam ao questionário na etapa inicial do estudo. Dessas, 50,3% (n= 160) eram do sexo feminino e 49,6% (n=158) do sexo masculino.

Quanto às questões específicas, quando indagadas sobre a qualidade de sua visão: 83,6% (n=266) das crianças consideraram enxergar bem; 9,1% (n= 29) relataram ter dificuldades para enxergar; e 6,6% (n= 21) não souberam responder. Com relação ao uso prévio de óculos, apenas 2,2% (n = 7) dos escolares tiveram resposta afirmativa.

Após a realização do teste com a Tabela de Snellen, 9,4% (n = 30) da amostra apresentou baixa acuidade visual, conforme Tabela 1. A prevalência foi maior no grupo com oito anos de idade, como apresentado na Tabela 2. Com relação ao gênero, foi encontrada prevalência um pouco mais elevada no sexo masculino (10,7%) contra 8,1% do sexo feminino.

Tabela 1. Distribuição da amostra conforme valor de acuidade visual em alunos de 1ª a 5ª série do ensino fundamental de duas escolas públicas municipais de Herval d'Oeste-SC, 2011.

| Aspectos analisados | N | % |
|---|------------|------------|
| Acuidade visual normal (A.V. $\geq 0,7$) | 288 | 90,6 |
| Acuidade visual baixa (A.V. $< 0,7$) | 30 | 9,4 |
| Total | 318 | 100 |

Tabela 2. Distribuição da baixa acuidade visual conforme a faixa etária em alunos de 1ª a 5ª série do ensino fundamental de duas escolas públicas municipais de Herval d'Oeste-SC, 2011.

| Faixa etária | N | % |
|------------------|-----------|------------|
| Menor que 8 anos | 4 | 13,3 |
| 8 anos | 8 | 26,7 |
| 9 anos | 5 | 16,7 |
| 10 anos | 7 | 23,3 |
| De 11 a 15 anos | 6 | 20,0 |
| Total | 30 | 100 |

Ao término da triagem de acuidade visual, apenas a parcela da amostra com baixa acuidade visual prosseguiu com o acompanhamento. Desta forma, 30 crianças foram encaminhadas a avaliação de três oftalmologistas, das quais, 24 compareceram as consultas.

O levantamento do perfil nosológico demonstrou: prevalência maior de astigmatismo com 43,3%; exame sem alterações em 16,7%; e hipermetropia em 10%, conforme Tabela 3.

Tabela 3. Diagnóstico oftalmológico de baixa acuidade visual no teste de Snellen em alunos de 1ª a 5ª série do ensino fundamental de duas escolas públicas municipais de Herval d'Oeste-SC, 2011.

| Diagnósticos | N | % |
|-----------------------------|-----------|------------|
| Astigmatismo | 13 | 43,3 |
| Hipermetropia | 3 | 10,0 |
| Miopia | 1 | 3,3 |
| Anisometropia | 1 | 3,3 |
| Catarata congênita | 1 | 3,3 |
| Não apresentaram alterações | 5 | 16,7 |
| Não compareceram à consulta | 6 | 20,0 |
| Total | 30 | 100 |

Do total de 24 crianças que compareceram às consultas oftalmológicas, 79,1% (n=19) necessitaram de correção óptica, dos quais, 26,3% (n = 5) já faziam uso de óculos. Duas crianças que utilizavam óculos obtiveram acuidade visual satisfatória quando da realização do teste de Snellen, demonstrando que o grau utilizado na correção óptica estava de acordo com as necessidades visuais destes escolares. A percepção negativa da própria visão nos pacientes com baixa acuidade visual (detectada pelo teste de triagem) foi confirmada em 47,3% (n = 9) por meio da avaliação oftalmológica. Do total da amostragem de 318 crianças o percentual de diagnóstico positivo de baixa acuidade visual foi de 5,9%, excluídos aqueles que não compareceram às consultas oftalmológicas, mesmo sendo positivos ao teste Snellen.

Encerrada a fase de diagnóstico e tratamento pelo oftalmologista, foi realizado pedágio beneficente para aquisição de óculos para as crianças. O valor foi complementado pela Secretaria de Saúde do Município de Herval d'Oeste de modo que as crianças diagnosticadas com baixa acuidade visual recebessem correção óptica adequada. Também por meio da Secretaria de Saúde do Município de Herval d'Oeste, foi possível encaminhar o escolar que apresentava catarata congênita para tratamento no centro de referência do Estado de Santa Catarina. A criança com anisometropia (diferença de refração entre os olhos) foi orientada a realizar acompanhamento oftalmológico, assim como aquelas com necessidade de correção óptica foram orientadas a buscar acompanhamento oftalmológico anualmente.

Discussão

A escola costuma ser o local onde os problemas oftalmológicos tendem a se tornar mais aparentes, em virtude da maior exigência de capacidade visual para o aprendizado, e é também na escola que a baixa acuidade visual produz os maiores prejuízos, pois as crianças não conseguem o desenvolvimento adequado, tendo, em muitos casos, dificuldades na aprendizagem e socialização¹⁰.

No presente estudo, crianças com oito anos de idade tiveram o maior número de encaminhamentos ao oftalmologista, corroborando com os resultados encontrados por Fissmer², enquanto Netto¹¹ encontrou a maior prevalência na faixa etária de 9 anos e Granzoto³, na faixa de 7 anos. As diferenças, pouco significativas, podem ser explicadas em função dos valores assumidos em cada estudo na escala Snellen. Há também uma relação clara entre o aumento da idade e maior prevalência de baixa acuidade visual¹¹, conforme observado no estudo em que crianças com idade inferior a oito anos têm menor índice de problemas visuais. O tempo em que a criança está frequentando a escola também pode influenciar a variável idade, uma vez que a visão pode ser afetada pelo processo intensivo de escolarização¹¹.

Com relação aos diagnósticos da amostra, os erros de refração foram as alterações com maior prevalência, o que corrobora com os dados da literatura, sendo o astigmatismo o mais frequente. Segundo os estudos de Podhye et al.¹² e Vitale et al.¹³, as causas mais prevalentes de baixa acuidade visual na população escolar correspondem aos erros de refração^{12,13}. Dados da campanha 'Veja Bem Brasil' apontam que, em cada 1000 estudantes do ensino fundamental, 100 são portadores de erros de refração³.

O astigmatismo teve maior prevalência no presente estudo e, por se tratar de problema ocular em que a imagem fica distorcida e borrada (focalizada em dois pontos na retina), pode, de acordo com o grau, afetar tanto a visão próxima como a para longe. O astigmatismo está também diretamente associado a queixas de desconforto, fadiga ocular, dor de cabeça, afetando de forma importante o desenvolvimento da criança e a aprendizagem¹. Em virtude da interferência na saúde escolar e na possibilidade de manejo adequado, a detecção precoce destas alterações é ferramenta necessária de prevenção e promoção da saúde escolar. A anisometropia corresponde ao quadro em que há diferença de refração entre os olhos e quando em grau avançado pode comprometer a visão binocular, prejudicando a relação com o meio externo. A criança diagnosticada com anisometropia apresentava pequena diferença refrativa entre os olhos e foi orientada a manter acompanhamento oftalmológico para verificar a necessidade futura do uso de lentes de contato.

A frequência de baixa acuidade visual encontrada nos escolares avaliados no estudo pelo teste Snellen (de 9,43%) está em concordância com a literatura, que apresenta variações de 6% a 20,9%^{2,3,11,14}. Essas variações são justificadas pelo tipo de teste aplicado, idade e mesmo pelos critérios de exclusão, visto que muitos estudos excluem crianças que já fazem tratamento oftalmológico, diferentemente deste estudo. Dados nacionais do Conselho Brasileiro de Oftalmologia apontam que 25% dos escolares apresentam também algum *déficit* visual, sendo que de 8% a 10% necessitam do uso de correção óptica³. Convém salientar que o teste de Snellen é fundamental para efetivar um pré-diagnóstico do estado oftalmológico do aluno, sendo que seus resultados determinam o encaminhamento ao profissional oftalmologista responsável pelo diagnóstico final e a condução do devido tratamento, quando necessário¹⁰.

Quanto à acuidade visual relacionada ao gênero, este estudo evidenciou frequência maior no sexo masculino. Esse dado difere de outros estudos como o de Netto¹¹, que encontrou prevalência de 16,9% no sexo feminino e 11,4% no sexo masculino, e de Granzoto³, que encontrou 17,7% nas meninas e 13,3% nos meninos. Já Zanoni¹⁵ encontrou maior prevalência no sexo masculino e indica maior probabilidade de falsos-negativos em amostras pequenas.

Das crianças que apontaram, pela própria percepção, baixa capacidade visual, menos da metade foi confirmada pelo diagnóstico oftalmológico. Oliveira¹⁶ explica que é preciso levar em conta as limitações da criança em verbalizar as dificuldades visuais, pois nem sempre esta consegue expressar o que realmente sente ou percebe. Parece haver relação entre amostras pequenas, percepção das crianças e dificuldades de verbalização, com possível resultado falso-negativo.

É fundamental que tanto professores como familiares estejam atentos para manifestações relacionadas à locomoção, leitura, escrita e desenho, bem como, aproximação exagerada dos materiais aos olhos. Nesse sentido, tornam-se necessários programas intersetoriais que aproximem centros de saúde, comunidade e escola, de forma a instruir e esclarecer sobre os cuidados e percepções da acuidade visual, bem como instituir efetivamente programas públicos de saúde ocular de forma a prevenir as consequências negativas da baixa acuidade visual¹⁷.

A diferença detectada entre o teste de Snellen e o diagnóstico oftalmológico de cinco crianças pode indicar diferentes formas de avaliação, visto que todas essas tiveram diagnóstico com o mesmo profissional. Há que se considerar também que a acurácia do teste de Snellen gira em torno de 87,7%¹⁸.

O não comparecimento à consulta oftalmológica é indicado em outro estudo¹⁵ e isso pode ser explicado pela falta de integração entre escola, equipe de saúde e comunidade, bem como por fatores socioeconômicos e culturais. Tal fato indica que estudos dessa natureza e intervenções por meio de programas e ações de promoção da saúde necessitam ser intensificados e ampliados.

Programas como o Projeto Olhar Brasil¹ que integra educação e saúde em prol do desenvolvimento infantil são exemplos a serem seguidos, adaptados e implementados, de forma a abranger o maior número de pessoas e ter continuidade. Essa relação saúde/escola vem delineada no Caderno de Atenção Básica *Saúde na Escola* e oferece orientações efetivas, baseadas no Programa Saúde na Escola (PSE, instituído no ano de 2007, pelo Decreto nº 6.286) e que destaca como foco de atenção para o ano de 2013 a acuidade visual.

Conclusão

O período escolar é considerado um momento importante para o desenvolvimento psicossocial da criança e a promoção da saúde é elemento-chave para que todas as condições físicas e psíquicas estejam efetivamente adequadas a esse processo. Entre os elementos essenciais da saúde está o sentido da visão, que remete diretamente ao processo de aprendizagem escolar.

Assim, a realização de testes de triagem visual tem importância fundamental para que seja possível detectar alterações que possam vir a comprometer tal desenvolvimento. Os distúrbios visuais podem desencadear danos cognitivos, econômicos, sociais e psicológicos nos indivíduos acometidos. A intervenção precoce nessas alterações pode minimizar os danos causados e, conseqüentemente, melhorar o rendimento escolar dos estudantes.

Essa tarefa deve ser realizada de forma integrada entre os setores da educação e da saúde e contar com o apoio da comunidade que precisa ser motivada à promoção da saúde por estes mesmos organismos.

Embora a taxa de baixa acuidade visual detectada tenha sido menor do que em outros estudos – em função do não comparecimento de seis crianças ao consultório médico para o diagnóstico preciso, somado à medida utilizada no teste de Snellen < 0,7 diferente da maioria dos estudos que consideraram como ponto de corte acuidade visual $\leq 0,7$ na tabela de Snellen, – o presente estudo indica a importância desse tipo de intervenção, assim como mostra a necessidade do sistema público de saúde trabalhar mais próximo à comunidade, dando continuidade ao planejamento que vem sendo eficientemente desenvolvido, de forma a repassar informações que motivem as pessoas a participarem desse tipo de programa.

Outro aspecto fundamental é a participação da escola (em especial, do professor) no auxílio da detecção de problemas de visão de seus alunos, realizando os encaminhamentos adequados, quando necessário. Essa integração do professor e da escola com a saúde possibilita minimizar o agravamento de doenças oculares, a diminuição dos custos em saúde e principalmente a redução dos problemas de aprendizagem que afetam não somente o aluno, como toda a classe e o próprio trabalho profissional docente.

Portanto, programas de triagem visual propostos por políticas públicas de saúde devem ser efetivamente aplicados nas escolas, tendo clara a percepção da continuidade, ou seja, não basta realizar ações quando a criança inicia o período escolar, mas em todas as fases do seu desenvolvimento.

Sugere-se não somente a maior frequência de estudos dessa natureza, mas também a aplicação de ações de promoção da saúde, as quais envolvam professores e comunidade, e a preparação de professores para detectar problemas visuais de seus alunos, promovendo assim a integralidade da saúde e da educação, como elementos para a construção da cidadania.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Projeto Olhar Brasil. Triagem de acuidade visual: manual de orientação. Brasília; 2008 [on line] [acesso em 2012 Abr 10]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_projeto_olhar_brasil.pdf
2. Fissmer LEW, Lima GC, Netto AA, Corrêa M, Auwaerter GA, Fissmer JFW. Avaliação da acuidade visual de alunos do ensino fundamental de uma escola da rede pública de Tubarão-SC. *Arq Catarinense Med.* 2005; 34(1): 15-9.
3. Granzoto JA, Ostermann CSPE, Brum LF, Pereira PG, Granzoto T. Avaliação da acuidade visual em escolares da 1ª série do ensino fundamental. *Arq Bras Oftalmol.* 2003; 66: 167-171. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27492003000200010>
4. Prechtl H, Cioni G, Einspieler C, Bos AF, Ferrari F. Role of vision on early motor development: lessons for the blind. *Dev Med Child Neurol.* 2001; 43(3): 198-201.
5. Armond JE, Temporini ER, Alves MR. Promoção da saúde ocular na escola: percepções de professores sobre erros de refração. *Arq Bras Oftalmol.* 2001; 64: [online] [acesso em 2012 Abr 4]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27492001000500005>

6. Brasil. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, ago. 2008.
7. Zapparoli M, Klein F, Moreira H. Avaliação da acuidade visual Snellen. *Arq Bras Oftalmol.* 2009; 72(6): 783-88. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27492009000600008>
8. Bicas H. Acuidade visual. Medidas e notações. *Arq Bras Oftalmol.* 2002; 65: 375-84: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27492002000300019>
9. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, out. 1996.
10. Madeira LT. A importância da visão na aprendizagem. [acesso em 2013 fev 5]. Disponível em: <http://www.levimadeira.com.br/?s=a+import%C3%A2ncia+da+vis%C3%A3o+na+aprendizagem&x=0&y=0>
11. Netto AA, Oechsler RA. Avaliação da Acuidade Visual de Alunos do Primeiro Grau de Uma Escola Municipal de Florianópolis. *Arq Catarinense Med.* 2003; 32(1): 15-9.
12. Podhye AS, Khandekar R, Dhasmadhikari S, Dole k, Gogate D, Deshpande M. Prevalence of uncorrected refractive error and other eye problems among urban and rural school children. *Middle East Afr J Ophthalmol.* 2009 Apr-Jun; 16(2) [on line] [acesso em 2012 Jul 4]. <http://dx.doi.org/10.4103/0974-9233.53864>
13. Vitale S, Cotch MF, Sperduto RD. Prevalence of visual impairment in the United States. *JAMA* 2006 May 10; 295(18): 2158-63 [on line] [acesso em: 2012 Abr 4]. Disponível em: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=202836>
14. Lopes GJA, Casella AMB, Chui CA. Prevalência de acuidade visual reduzida nos alunos da primeira série do ensino fundamental das redes pública estadual e privada de Londrina-PR, no ano de 2000. *Arq Bras Oftalmol* 2002;65: 659-64. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27492002000600012>
15. Zanoni LZ, Biberg-Salum TG, Consolo CEZ, Espindola YD. Prevalencia da baixa acuidade visual em alunos do primeiro ano do ensino fundamental de uma escola pública. *Rev AMRIGS.* 2002; 54: 19-24.
16. Oliveira RCS, Kara-José N, Sampaio MW. Entendendo a baixa visão: orientação aos professores. Brasília: MEC/SEESP; 2000.
17. Gianini RJ, Masi E, Coelho EC, Oréfice FR, Moraes RA. Prevalência de baixa acuidade visual em escolares da rede pública, Sorocaba. *Rev Saúde Pública.* 2004; 38(2): 201-208. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000200008>
18. Kara-José N, Alves MR. O que fazer pela saúde ocular de nossas crianças. In: Kara-José NR, Alves MR. O olho e a visão. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 79-84.

Perfil nutricional de usuários do Programa HIPERDIA em Ananindeua, Pará, Brasil

Nutritional profile of the HIPERDIA Program users in Ananindeua, Pará state, Brazil

Perfil nutricional de los usuarios del Programa HIPERDIA en Ananindeua, Pará, Brasil

Bruna Ranyelle de Marinho Sousa. Universidade Federal do Pará (UFPA). Belém, PA, Brasil. bruna-ranyelle@hotmail.com (Autora correspondente)

Domitila Pereira Blanco Vieira. Universidade Federal do Pará (UFPA). Belém, PA, Brasil. domi-blanco@hotmail.com

Isamerilim Rosaúlem Pereira Silva. Universidade Federal do Pará (UFPA). Belém, PA, Brasil. rosaulen@hotmail.com

Tainá Pinheiro Braga. Universidade Federal do Pará (UFPA). Belém, PA, Brasil. tata_pb@hotmail.com

Giselle Cristina dos Santos Burçãos. Prefeitura Municipal de Ananindeua. Ananindeua, PA, Brasil. giselleburcaos@gmail.com

Cláudia Daniele Tavares Dutra. Universidade Federal do Pará (UFPA). Belém, PA, Brasil. cdani@ufpa.br

Carla Andréa Avelar Pires. Universidade Federal do Pará (UFPA). Belém, PA, Brasil. carlaavelarpires@bol.com.br

Resumo

Objetivo: Investigar o perfil nutricional, conhecer os hábitos alimentares de pacientes do programa HIPERDIA e contribuir para a discussão sobre medidas preventivas e a promoção da saúde na atenção primária. **Métodos:** Durante o período de agosto de 2011 a fevereiro de 2012, alunos e preceptores do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) da Universidade Federal do Pará entrevistaram 125 indivíduos hipertensos e/ou diabéticos, cadastrados na Estratégia Saúde da Família do "Jardim Florestal" e "Mururé", no município de Ananindeua, Pará. Foi utilizado questionário estruturado previamente elaborado, contendo perguntas sobre o perfil socioeconômico, dados clínicos e hábitos/estilos de vida referentes à alimentação. **Resultados:** Entre os entrevistados, 65,6% eram diabéticos e 84,8% hipertensos. A maioria (81,6%) dos entrevistados informou estar fazendo alguma dieta ou cuidado com a alimentação para auxiliar no controle da hipertensão arterial ou do diabetes mellitus, havendo, de acordo com eles, a redução principalmente de sal, gordura e açúcar. O sobrepeso (IMC acima de 24,9kg/m²) foi um fator predominante na população, atingindo 73,6% dos entrevistados. **Conclusão:** Verificou-se que os entrevistados não estavam desempenhando um cuidado adequado com a alimentação. Nesse contexto, torna-se necessário melhorar o acompanhamento nutricional, bem como implementar medidas preventivas socioeducativas para controlar as doenças crônicas não transmissíveis, beneficiando assim a qualidade de vida das pessoas.

Palavras-chave:

Obesidade
Nutrição em Saúde Pública
Hipertensão
Diabetes Mellitus

Abstract

Objective: To investigate the nutritional profile and understand the dietary habits of patients in the HIPERDIA Program aiming to contribute to the discussion on disease prevention and health promotion in primary care. **Methods:** From August 2011 to February 2012, students and tutors of the "Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde" (PET-Saúde) of the Federal University of Pará interviewed 125 individuals with hypertension and/or diabetes registered in the Family Health Strategy of "Jardim Florestal" and "Mururé" in the municipality of Ananindeua, Pará state. We applied a structured questionnaire containing questions about socio-economic profile, clinical data, habits, and life style related to patients' food consumption. **Results:** Among the respondents, 65.6% were diabetics and 84.8% were hypertensive. Most of the respondents (81.6%) claimed that they had been following a diet to control hypertension or diabetes mellitus, especially with regard to salt, fat, and sugar reduction. Overweight (BMI greater than 24.9 kg/m²) was a predominant factor in the population analyzed (73.6% of the respondents). **Conclusion:** The research participants were not following an adequate diet requirement. In this context, it is necessary to improve nutritional monitoring and implement socio-educational preventive measures in order to control chronic non-transmissible diseases, thus ameliorating people's quality of life.

Keywords:

Obesity
Nutrition in Public Health
Hypertension
Diabetes Mellitus

Resumen

Objetivo: Investigar el perfil nutricional y conocer los hábitos alimentarios de los pacientes del Programa HIPERDIA y contribuir a la discusión sobre la prevención y promoción de salud en la atención primaria. **Métodos:** Durante el período de agosto 2011 a febrero 2012, los estudiantes y tutores del Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) de la Universidad Federal del Pará, entrevistaron a 125 individuos con hipertensión y/o diabéticos, registrados en la Estrategia de Salud Familiar del "Jardim Florestal" y "Mururé" en la ciudad de Ananindeua, Pará. Se utilizó un cuestionario estructurado previamente diseñado que contenía preguntas sobre la situación socioeconómica, datos clínicos, hábitos y estilos de vida relacionados con la alimentación. **Resultados:** Entre los encuestados, 65,6% eran diabéticos y 84,8% eran hipertensos. La mayoría (81,6%) de los encuestados afirmaron que estaban haciendo alguna dieta para controlar la hipertensión o la diabetes mellitus, en especial la reducción de sal, grasa y azúcar. El sobrepeso (IMC superior a 24,9 kg/m²) fue un factor predominante: 73,6% de la población entrevistada. **Conclusión:** Los encuestados no cuidaban de su alimentación. En este contexto, es necesario mejorar el asesoramiento nutricional, así como implementar medidas preventivas socio educativas para el control de las enfermedades crónicas no transmisibles, en beneficio de la calidad de vida de las personas.

Palabras clave:

Obesidad
Nutrición en Salud Pública
Hipertensión
Diabetes Mellitus

Fonte de financiamento:

PET-Saúde UFPA/Ananindeua
Parecer CEP: parecer nº 164/11 do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (ICS-UFPA), CAAE 0153.0.073.073-11

Conflito de interesses:

declararam não haver.
Recebido em: 13/06/2012
Aprovado em: 25/07/2013

Como citar: Souza BRM, Vieira DPB, Silva IRP, Braga TP, Burçãos GCS, Dutra CDT et al. Perfil nutricional de usuários do Programa HIPERDIA em Ananindeua, Pará, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade, 2013; 8(28):187-95. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(28\)500](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(28)500)

Introdução

O consumo elevado de alimentos ricos em gordura saturada, colesterol e sódio, em conjunto com o sedentarismo, tem sido relacionado a uma gama de doenças crônicas/fatores de risco como hipertensão, dislipidemias e *diabetes mellitus* tipo 2 (DM-2), condições que frequentemente estão associadas, na vida adulta¹. A hipertensão arterial associa-se ao DM-2, à redução do HDL colesterol e ao aumento de triglicérides e, por isso, o tratamento clínico e os programas de prevenção não podem ignorar estas associações, visto que os fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis ocorrem de forma conjunta e interdependente².

Apesar de consolidada a relação entre hipertensão arterial e fatores nutricionais, ainda não estão bem estabelecidos os mecanismos de atuação destes sobre a elevação da pressão arterial³, entretanto, são reconhecidos os efeitos que uma dieta saudável tem sobre o controle da pressão arterial. Entre os fatores nutricionais estudados associados à alta prevalência de hipertensão arterial, está o elevado consumo de álcool e sódio, bem como o excesso de massa corpórea⁴.

Inserido neste panorama, o *diabetes mellitus* representa também considerável encargo econômico para indivíduos e sociedade, especialmente quando mal controlado, sendo a maior parte dos custos diretos de seu tratamento relacionados a complicações que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos. A progressiva ascensão das doenças crônicas no Brasil impõe a necessidade de uma revisão das políticas públicas em saúde, bem como a implantação de ações de saúde que incluam estratégias de redução de risco e controle dessas doenças⁵.

O adequado controle metabólico no DM-2 é fundamental para prevenir a ocorrência de episódios agudos de hiperglicemia ou hipoglicemia, como também para impedir ou retardar o desenvolvimento de complicações como neuropatias, nefropatias, obesidade, dislipidemia e doenças cardiovasculares⁶.

Desta forma, o Ministério da Saúde em 1994, implantou o Programa Saúde da Família (PSF) com o objetivo de reorganizar a prática assistencial a partir da Atenção Primária à Saúde (APS). A dinâmica proposta, centrada na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores de risco, permite melhor identificação e acompanhamento dos indivíduos⁷.

Considerando a importância do diagnóstico precoce e instituição de tratamento adequado para portadores de DM-2 e hipertensão e a fim de prevenir comorbidades, o conhecimento de fatores ambientais, biológicos, econômicos e sociais dessa população é imprescindível para determinação da melhor conduta terapêutica e fonte de estudos para atuação de políticas de saúde pública. O presente estudo procurou identificar a associação de condições socioeconômicas, dados clínicos e hábitos alimentares sobre uma população hipertensa e/ou diabética.

Métodos

Estudo do tipo descritivo, quantitativo e transversal. A população amostral incluiu 125 indivíduos que faziam parte da população hipertensa e/ou diabética cadastrada e atendida pelas Estratégias Saúde da Família (ESFs) “Jardim Florestal” e “Mururé”, no município de Ananindeua, Pará. Foram excluídos gestantes, menores de 18 anos, não cadastrados nessas ESFs e aqueles que não aceitaram participar da pesquisa.

A coleta dos dados ocorreu entre agosto de 2011 e fevereiro de 2012, sendo utilizado um questionário previamente elaborado contendo perguntas sobre o perfil socioeconômico, dados clínicos (peso, altura e índice de massa corpórea - IMC) e hábitos alimentares (frequência de consumo de frutas, verduras, legumes, carnes, etc.). Durante visitas domiciliares e em atividades educativas realizadas nas ESFs, os questionários foram aplicados pelos alunos e preceptores do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) da Universidade Federal do Pará. Todos os indivíduos foram orientados e esclarecidos previamente sobre o estudo e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para análise do perfil socioeconômico, foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) 2011 da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)⁸. O CCEB confere pontos em função de cada característica domiciliar (presença e quantidade de alguns itens domiciliares de conforto e grau de escolaridade do chefe da família) e totaliza estes pontos. Em seguida, é feita uma correspondência entre faixas de pontuação do critério, distribuindo as pontuações em classificação econômica definidas por A1 – R\$ 14.366,00 (46 a 42 pontos); A2 – R\$ 8.099,00 (41 a 35 pontos);

B1 – R\$ 4.558,00 (34 a 29 pontos); B2 – R\$ 2.327,00 (28 a 23 pontos); C1 – R\$ 1.391,00 (18 a 22 pontos); C2 – R\$ 933,00 (17 a 14 pontos); D – R\$ 618,00 (13 a 8 pontos); E – R\$ 403,00 (7 a 0 pontos).

Para a aferição do peso, utilizou-se balança portátil calibrada, do tipo plataforma, marca Filizola®, com capacidade de 150 kg e precisão de 100 g, na qual o paciente deveria subir descalço e em posição ereta, braços estendidos ao lado do corpo. A unidade de medida utilizada foi o quilograma. Em relação à altura do indivíduo, utilizou-se fita antropométrica não flexível inelástica fixada a uma parede. Com o paciente em pé, descalço, com os calcanhares juntos, costas eretas, braços estendidos ao lado do corpo, olhando para a frente, sem fletir ou estender a cabeça, foi medida a altura encostando-se o paciente à parede na qual a fita estava afixada. Os valores foram representados em metros.

Para a classificação do estado nutricional por meio do IMC (razão entre o peso e o quadrado da altura), adotaram-se os valores de referência da Organização Mundial de Saúde (OMS)⁹ para adultos e idosos, que classifica: Magreza grau III (IMC \leq 16,0); Magreza grau II (16,1 – 16,9); Magreza grau I (17,0 – 18,4); Eutrofia (18,5 – 24,9); Sobrepeso (25,0 – 29,9); Obesidade grau I (30,0 – 34,9); Obesidade grau II (35,0 – 39,9); Obesidade grau III (\geq 40). Quanto aos hábitos alimentares, utilizou-se o questionário do Guia Alimentar da População Brasileira¹⁰, elaborado pela Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), com adaptações.

Os resultados obtidos foram armazenados em banco de dados e, posteriormente, analisados, utilizando-se o Microsoft Office Excel 2007, o Word 2007 e o *software* Epi info, versão 3.5.1. O presente estudo seguiu as recomendações do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), sendo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (ICS-UFPA), CAAE 0153.0.073.073-11 e parecer nº 164/11.

Resultados

Os resultados demonstraram que, da população entrevistada: 66,4% eram do sexo feminino, a média de idade foi 59,19 anos (\pm 12 anos), sendo 65,6% dos pacientes portadores de DM tipo 2 e 84,8%, de hipertensão arterial.

De acordo com a Tabela 1, observa-se que a maioria (44,8%) possuía ensino fundamental incompleto, tendo cursado regularmente entre 1 a 4 anos do ensino básico, seguido por 16% que eram apenas alfabetizados, não tendo cursado escola regular, estando aptos apenas para leitura e escrita deficientes. Analisando os critérios de classificação econômica, observou-se, ainda, que 42,4% pertenciam à classe C2, com renda estimada em R\$ 933,00; e 40% faziam parte da classe D, com renda aproximada de R\$ 618,00, de acordo com o CCEB 2011 da ABEP⁸.

Tabela 1. Perfil socioeconômico de pacientes atendidos em duas unidades de saúde no município de Ananindeua, Pará, 2011.

| Variáveis | N | % |
|-----------------------------|----|------|
| Grau de escolaridade | | |
| Analfabeto | 12 | 9,6 |
| Alfabetizado | 20 | 16,0 |
| EFI | 56 | 44,8 |
| EFC | 11 | 8,8 |
| EMI | 5 | 4,0 |
| EMC | 17 | 13,6 |
| ESI | 3 | 2,4 |
| ESC | 1 | 0,8 |
| Classe econômica | | |
| Classe B2 | 5 | 4,0 |
| Classe C1 | 16 | 12,8 |
| Classe C2 | 53 | 42,4 |
| Classe D | 50 | 40,0 |
| Classe E | 1 | 0,8 |

EFI: Ensino Fundamental Incompleto/ EFC: Ensino Fundamental Completo/ EMI: Ensino Médio Incompleto/ EMC: Ensino Médio Completo/ ESI: Ensino Superior Incompleto/ ESC: Ensino Superior Completo. B2: R\$ 2.327,00/ C1: R\$ 1.391,00/ C2: R\$ 933,00/ D: R\$ 618,00/ E: R\$ 403,00.

A avaliação do estado nutricional mostrou IMC com média de 27,98 (\pm 5,03) kg/m². Quando classificados nutricionalmente (Tabela 2), observou-se que apenas 24,8% estavam com peso adequado e 1,6% foram classificados com Magreza grau I. A maioria (73,6%) foi identificada com excesso de peso. O índice de obesidade atingiu 36% da população entrevistada, sendo que foi identificado um caso de obesidade grau III, também denominada obesidade mórbida, que corresponde a IMC \geq 40 kg/m².

Tabela 2. Frequência absoluta (n) e relativa (%) do diagnóstico nutricional de pacientes atendidos em duas unidades de saúde no município de Ananindeua, Pará, 2011.

| Diagnóstico Nutricional | n | % |
|-------------------------|-----|-------|
| Magreza grau I | 2 | 1,6 |
| Eutrofia | 31 | 24,8 |
| Sobrepeso | 47 | 37,6 |
| Obesidade grau I | 38 | 30,4 |
| Obesidade grau II | 6 | 4,8 |
| Obesidade grau III | 1 | 0,8 |
| Total | 125 | 100,0 |

Quando relacionados o diagnóstico nutricional e classificação econômica dos entrevistados e diagnóstico nutricional em relação ao gênero, o p-valor não se mostrou relevante (p-valor = 0,177 e 0,37, respectivamente), indicando não haver diferença no estado nutricional entre as classes econômicas ou segundo o sexo. A pesquisa evidenciou ainda que a maioria (81,6%, n=102) dos entrevistados alegou estar fazendo alguma dieta ou cuidado com a alimentação para auxiliar no controle da pressão ou do *diabetes mellitus*.

Quando interrogados sobre os tipos de cuidados que estavam fazendo: 89,2% afirmaram diminuir a quantidade de sal no preparo dos alimentos; 57,8% diminuiriam o consumo de carnes vermelhas; 69,6% diminuiriam o consumo de doces; 75,5% reduziram o consumo de frituras; e 41,2% diminuiriam o consumo de alimentos com gordura. Convém ressaltar que os entrevistados poderiam atribuir mais de uma resposta à pergunta dirigida.

Analisando-se a frequência com que os participantes faziam as seis refeições diárias, verificou-se que a maioria realizava as três principais refeições: café da manhã (100%); almoço (98,4%); e jantar (71,2%). Entretanto, quanto às outras refeições, observou-se baixa frequência, excetuando-se o lanche da tarde: 37,5% faziam lanche da manhã; 70,4%, lanche da tarde; e 31,5%, o jantar. Observou-se que apenas 36% da amostra do estudo faziam ao menos cinco refeições diárias. Os resultados revelaram que 37,9% dos entrevistados substituíam habitualmente as principais refeições (almoço e jantar) por lanches e 12,9% afirmaram fazê-lo esporadicamente.

Em relação ao consumo de frutas, 32% afirmaram consumir ao menos uma porção de frutas diariamente; já em relação ao consumo de saladas cruas e verduras e legumes cozidos, a maioria (36,8% e 42,4%, respectivamente) consumia apenas uma a duas vezes por semana. Vale acrescentar, ainda, que apenas 31,1% dos entrevistados consumiam feijão diariamente e 28,7%, uma a duas vezes durante a semana (Tabela 3).

Tabela 3. Frequência semanal de alguns alimentos consumidos pelos pacientes atendidos em duas unidades de saúde no município de Ananindeua, Pará, 2011.

| Tipo de alimento | Frequência de consumo semanal n(%) | | | | | |
|----------------------------|------------------------------------|------------|------------|------------|-------------|----------|
| | Todos os dias | 5 a 6 dias | 3 a 4 dias | 1 a 2 dias | Quase Nunca | Nunca |
| Frutas | 40(32,0) | 8(6,4) | 24(19,2) | 33(26,4) | 18(14,4) | 2(1,6) |
| Saladas cruas | 16(12,8) | 4(3,2) | 19(15,2) | 46(36,8) | 28(22,4) | 12(9,6) |
| Verduras e legumes cozidos | 10(8,0) | 33(26,4) | 10(8,0) | 53(42,4) | 33(26,4) | 11(8,8) |
| Feijão | 38(31,1) | 8(6,6) | 21(17,2) | 35(28,7) | 11(9,0) | 9(7,4) |
| Peixes | 5(4,0) | 7(5,6) | 32(25,6) | 53(42,4) | 25(20,0) | 3(2,4) |
| Refrigerante | 11(8,8) | 2(1,6) | 11(8,8) | 29(23,2) | 38(30,4) | 34(27,2) |
| Frituras | 0(0,0) | 1(0,8) | 1(0,8) | 12(9,6) | 55(44,0) | 56(44,8) |
| Doces | 1(0,8) | 2(1,6) | 4(3,2) | 15(12,1) | 53(42,7) | 49(39,5) |

O peixe era consumido uma a duas vezes por semana por 42,7% dos entrevistados e 20% relataram quase nunca usá-lo na alimentação. Quanto à média do consumo de carne vermelha, 92,8% confirmaram consumi-la regulamente, sendo que, destes, 68,9% retiravam o excesso de gordura das carnes. Já o consumo de frango foi de 99,2%, sendo que, destes, 71,7% retiravam a pele no momento do preparo (Tabela 4).

Quanto ao consumo de leite, apenas 27,2% afirmaram consumi-lo frequentemente, enquanto 12% nunca o faziam e 60,8% consumiam-no esporadicamente. Entre os que o consumiam, 75,4 % afirmaram consumi-lo na forma integral (Tabela 4).

Tabela 4. Hábitos alimentares de pacientes atendidos em duas unidades de saúde no município de Ananindeua, Pará, 2011.

| Variáveis | N | % |
|-------------------------------------|-----|------|
| Carne vermelha | | |
| Sim | 116 | 92,8 |
| Não | 9 | 7,2 |
| Excesso de gordura da carne | | |
| Come carne com a gordura | 16 | 12,8 |
| Não come carne com muita gordura | 20 | 16,0 |
| Tira o excesso da gordura | 80 | 64,0 |
| Não se aplica | 9 | 7,2 |
| Frango | | |
| Sim | 124 | 99,2 |
| Não | 1 | 0,8 |
| Pele do frango | | |
| Come com a pele | 11 | 8,8 |
| Não come pedaços de frango com pele | 24 | 19,2 |
| Tira a pele do frango | 89 | 71,2 |
| Não se aplica | 1 | 0,8 |
| Leite | | |
| Sim | 34 | 27,2 |
| Às vezes | 76 | 60,8 |
| Não | 15 | 12,0 |
| Tipo de leite | | |
| Somente integral | 83 | 66,4 |
| Somente desnatado | 19 | 15,2 |
| Integral e desnatado | 8 | 6,4 |
| Não se aplica | 15 | 12,0 |

Sobre o consumo semanal de refrigerantes (Tabela 3), 57,6% afirmaram não possuir o hábito de consumi-los. Em relação às frituras, 88,8% dos entrevistados afirmaram não consumi-las. Além disso, quando indagados quanto ao tipo de gordura utilizada no preparo dos alimentos, 95,0% relataram utilizar óleo vegetal. Quando analisada a frequência do consumo de doces ao longo da semana: 12,1% consumiam entre uma a duas vezes na semana, 42,7% quase nunca os consumiam e 39,5% nunca o faziam.

Em relação à adição de sal na comida já pronta, 91,2% alegaram nunca fazê-lo. Quanto ao consumo de temperos industrializados e alimentos em conservas ao longo da semana, apenas 36% nunca utilizavam temperos industrializados e 35,2% utilizavam-nos diariamente nas suas preparações. Em relação aos alimentos em conserva, 15,2% os utilizavam pelo menos de uma a duas vezes na semana e 48,8%, eventualmente.

Ao se relacionar gênero e dieta, observou-se diferença significativa (p -valor < 0,05), com predominância das mulheres entre os indivíduos que estavam fazendo alguma dieta ou cuidado com a alimentação, para auxiliar no controle da pressão ou do *diabetes mellitus* tipo 2 (Tabela 5).

Tabela 5. Frequência absoluta (n) e relativa (%) da associação entre as variáveis Dieta X Gênero de pacientes atendidos em duas unidades de saúde no município de Ananindeua, Pará, 2011.

| Gênero | Sem Dieta | Com Dieta | Total | p-valor |
|-----------|-----------|-----------|------------|---------|
| | n(%) | | | |
| Feminino | 10(12,1) | 73(87,9) | 83(100,0) | 0,018* |
| Masculino | 13(31,0) | 29(69,0) | 42(100,0) | |
| Totais | 23(18,4) | 102(81,6) | 125(100,0) | |

*Teste χ^2 com correção de Yates/Demais análises cruzadas não se mostraram relevantes.

Discussão

Em 2005, a OMS estimava que 15% da população mundial era obesa¹¹, enquanto, no Brasil, alguns dos resultados da seção de Antropometria e Estado Nutricional da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009 revelaram que a prevalência de excesso de peso entre homens adultos era de 50,1% e para mulheres era de 48%, tendo a obesidade atingido 12,5% dos homens e 16,9% das mulheres¹². No presente estudo, a prevalência do excesso de peso foi superior (73,6%), o que é justificável, pois, uma vez que a população estudada era de risco (hipertensos e diabéticos), a obesidade tornou-se mais prevalente, dada sua relação com essas doenças crônicas. A falta de conhecimento sobre dieta balanceada e seus benefícios na redução dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis pode ter levado a população a atribuir a uma dieta balanceada somente a diminuição do consumo de sal, gordura e açúcar.

De acordo com os *10 Passos para Alimentação Saudável para Adultos* propostos pelo MS, o ideal é que o indivíduo realize ao menos três refeições e dois lanches diariamente, entretanto apenas 36% dos entrevistados realizavam cinco refeições diárias¹³. Tal artifício é ideal para manter o metabolismo basal acelerado e estimular a perda de peso. O maior fracionamento de refeições constitui importante medida de controle/prevenção da dislipidemia e doenças cardiovasculares associadas. Ensaio clínico realizado com mulheres com excesso de peso (IMC >25kg/m²), não fumantes, com idades entre 30 e 50 anos e hipercolesterolêmicas (colesterol sérico > a 240mg/dL) demonstrou o efeito do aumento do número de refeições na redução do colesterol total sérico, em indivíduos que realizavam três ou mais refeições diárias. Os dados mostraram-se relevantes, independentemente da idade, peso corporal e tipo de alimento ingerido¹⁴.

Um dado preocupante foi encontrado: 37,9% dos entrevistados afirmaram substituir habitualmente as principais refeições (almoço e jantar) por lanches e 12,9% o faziam esporadicamente. É necessário que as refeições sejam completas, incluindo-se frutas, verduras e legumes, além de carboidratos, proteínas, gorduras, vitaminas e minerais, fornecidos adequadamente¹⁵.

Quando analisados os dados da pesquisa, verificou-se baixo consumo de frutas, verduras e legumes, no entanto a *Food and Agriculture Organization* (FAO) recomenda consumo diário de 400g desses nutrientes, equivalendo, em média, a cinco porções. Quando consumidos diariamente e de forma regular, estes alimentos previnem o surgimento das principais doenças crônicas, tais como obesidade, doenças cardiovasculares e provavelmente, DM-2¹⁶. Em populações de baixa renda, impossibilitadas de comprar alguns alimentos, uma intervenção a ser considerada seria o incentivo ao cultivo de hortas domésticas ou comunitárias, contribuindo para a melhoria da alimentação desses indivíduos.

Apesar de o feijão ser um dos principais alimentos proteicos dos brasileiros, o resultado da pesquisa aponta baixo consumo pela população analisada. Trata-se de leguminosa muito importante, pois apresenta grande quantidade de fibras e minerais (especialmente ferro), além de possuir grande quantidade de proteínas. Um dos componentes do feijão que se destaca é a fibra solúvel betaglucana, auxiliar na prevenção de doenças cardiovasculares¹⁷.

O peixe é um alimento abundante na região paraense, pois, além de saudável e nutritivo, quando comparado às demais carnes, contém baixo teor de gordura. Além disso, possui aminoácidos que ajudam a formar proteínas, ferro, vitamina B12, cálcio e lipídeos essenciais, importantes para o bom funcionamento do organismo¹⁸. Estudo de 1997¹⁹ verificou que o pescado constituía a principal fonte proteica de comunidades ribeirinhas em Monte Alegre, Pará. Entretanto, em outro estudo paraense de 1999, Isaac e Braga já alertavam para a necessidade de se melhorar rendimentos e minimizar perdas ecológicas e econômicas geradas pela pesca predatória²⁰. A diminuição da oferta ocasiona, por conseguinte, alta nos preços do pescado, especialmente em determinadas épocas do ano, dificultando a aquisição do peixe pela população metropolitana, o que pode ter refletido nos baixos percentuais de consumo obtidos na pesquisa.

Segundo este estudo, as carnes mais consumidas pela população eram a carne vermelha e aves. Entre os entrevistados, 92,8% relataram consumir carne vermelha, sendo que, destes, 68,9% retiravam o excesso de gordura, principal vilã para

doenças cardiovasculares e não a carne em si, já que esta não traz malefícios para o coração quando consumida em quantidade adequada, sendo, inclusive, fonte de ferro-heme, de mais fácil absorção pelo organismo humano²¹.

O estudo mostrou ainda que 99,2% dos entrevistados faziam consumo de carne de aves e, destes, 71,7% retiravam a pele antes do preparo. Tal atitude é de fundamental importância, uma vez que a maior parte do colesterol presente no frango encontra-se na pele. Entretanto, quando comparada com a carne vermelha, o frango ainda é a melhor opção, pois possui proteínas de alto valor biológico e melhor digestibilidade²², além de ter menor custo na região em que o estudo foi realizado.

O leite, apesar de não ser um alimento fundamental na vida adulta, é componente nutritivo para a dieta humana, devido à grande quantidade de cálcio e vitamina D. Em estudo que avaliou a densidade mineral óssea de mulheres brancas e idosas, observou-se que o consumo de leite, assim como a prática de exercícios físicos, eram fatores de proteção independentes para o desenvolvimento da osteoporose²³. É um alimento útil também para manutenção da massa corpórea, com efeito benéfico na participação do metabolismo da glicose e no sistema renina-angiotensina, quando consumido na quantidade certa e com o teor de gordura reduzido²⁴. Entretanto, o presente estudo revelou baixo consumo de leite diário (apenas 27,2%), sendo que, destes, 75,4% ainda o consumiam na forma integral, com altos teores de gordura. Esse quadro poderia ser revertido com o aumento do consumo em sua forma desnatada ou retirando-se a nata após fervura, diminuindo as taxas de gordura.

Na população pesquisada, apenas 27,2% afirmaram não consumir nenhum tipo de refrigerante. Já 30,4% disseram quase nunca consumi-los e, destes, 65,6% (quando o consumiam) faziam uso de refrigerantes não dietéticos. Recente estudo realizado em Pelotas-RS, com indivíduos adultos, observou que 20,4% dos entrevistados consumiam refrigerantes não dietéticos regularmente, não havendo associação entre excesso de peso e consumo destes refrigerantes²⁵. Entretanto, outros estudos evidenciam que bebidas açucaradas estão associadas ao aumento do peso. Uma hipótese seria o fato de os efeitos fisiológicos da saciedade serem diferentes para líquidos e para alimentos sólidos. Uma revisão de literatura, realizada com artigos publicados entre 1980 e 2008, concluiu que o estado físico do alimento pode influenciar o consumo alimentar e que alimentos líquidos exercem menor poder sacietógeno, em comparação aos sólidos. Atribui-se a isso: falta de mastigação, fase cefálica da ingestão menos pronunciada, esvaziamento gástrico mais rápido e fatores cognitivos²⁶. Dessa forma, o carboidrato ingerido em líquidos promoveria um balanço energético positivo maior, resultando em maior ganho de peso²⁷.

O consumo de frituras observado na população estudada foi moderado, levando-se em conta os efeitos deletérios destes sobre o perfil lipídico e risco de aterosclerose. Entre os que consumiam, quando indagados sobre o tipo de gordura utilizada, 95% afirmaram utilizar óleos vegetais, mais indicados para cocção de imersão, visto que não saturam facilmente; enquanto banhas, manteigas, margarinas e outros saturam rapidamente, não sendo adequados para longos períodos de frituras²⁸. O consumo de alimentos ricos em açúcares simples também foi motivo de preocupação, tendo-se em vista os malefícios destes quando consumidos de forma excessiva, podendo aumentar a prevalência de excesso de peso²⁹.

Para evitar o excesso do consumo de sal, 91,2% dos entrevistados adotava a prática de não adicioná-lo após o preparo dos alimentos. Sabe-se que o consumo elevado de sal desencadeia vários problemas de saúde, principalmente a hipertensão arterial, que apresenta elevado risco de mortalidade pelas suas complicações cardiovasculares³⁰. Há de se levar em consideração que, apesar do baixo consumo de sal, grande parte dos entrevistados consumia temperos industrializados diariamente (35,2%) ou eventualmente (48,8%). Essas altas taxas refletem a falta de informação da população quanto à elevada presença de sódio nesses produtos, cuja finalidade vai desde acentuar o sabor até a conservação dos alimentos. No entanto, o seu uso indiscriminado vem aumentando as taxas de obesidade, esteatose hepática, *diabetes mellitus*, hipertensão arterial e dislipidemias³⁰.

Observa-se também o incentivo da mídia pelo consumo de alimentos industrializados e de alto valor calórico. Estudos apontam nítida relação entre obesidade e o hábito de assistir televisão. Quanto mais horas se assiste à televisão, maior a probabilidade de se desenvolver obesidade, devido a três elementos envolvidos: a televisão ocupa as horas vagas, nas quais se poderia estar praticando atividade física; o indivíduo frequentemente come diante da televisão, não prestando atenção ao alimento e à quantidade ingerida; e grande parte da propaganda veiculada no horário nobre é dedicada à apresentação de novas guloseimas. Esse fator apresenta-se relevante durante a infância, entretanto, convém salientar que uma criança obesa possui maiores chances de vir a se tornar um adulto também obeso e desenvolver hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares associadas³¹.

Estudo realizado no interior de São Paulo com amostra de população idosa apontou diferenças estatisticamente significantes na predominância de dieta desbalanceada na população de baixa renda, associada a escolaridade precária, sendo que as mulheres apresentavam ingestão alimentar superior aos homens em lipídeos e energia³². Tais resultados não foram condizentes com o presente estudo, quando comparados diagnóstico nutricional e classificação econômica, mostrando não haver diferenças relevantes entre os dois grupos. A diferença entre os dois estudos pode ser devido à amostra selecionada,

uma vez que, neste estudo, utilizaram-se dados de pacientes atendidos no Programa HIPERDIA de uma região de baixa renda, não havendo diferença significativa entre indivíduos, ao contrário do estudo realizado em São Paulo, cuja amostra era de demanda espontânea de pacientes ambulatoriais. Outro estudo avaliou hipertensos e diabéticos usuários da ESF de Teixeira-MG e evidenciou renda *per capita* mediana de 0,5 salários-mínimos, variando de 0,08 a 2,43 salários-mínimos. Entretanto, não foi correlacionada renda *per capita* com diagnóstico nutricional³³.

Houve achados relevantes ao se relacionar gênero com realização de dieta. Segundo a literatura, no Brasil, a prevalência da obesidade é maior entre mulheres idosas do que em homens idosos, de acordo com a maioria dos levantamentos realizados com esta parcela da população³². Provavelmente, este fato está ligado às intensas modificações hormonais femininas relacionadas à menopausa e ao eixo hipotálamico-hipofisioadrenal, que regula a secreção de cortisol, e que pode afetar a composição corporal, levando ao acúmulo de gordura³⁴. Pesquisa realizada com mulheres adultas pela Universidade Federal de Minas Gerais verificou que, entre estas, 16,3% eram classificadas como sobrepeso e 26,5% apresentavam algum grau de obesidade, sendo que 98,10% apresentavam percentual de gordura acima da média ($\geq 24\%$)³⁵. Dados do MS informam ainda que a população adulta vem apresentando aumento na prevalência de excesso de peso em ambos os sexos³⁶ e os achados do presente estudo corroboram com essa tendência.

Conclusão

A maioria da população analisada apresentou prevalência de sobrepeso, ainda que afirmasse adotar dietas adequadas para controle da hipertensão arterial e *diabetes mellitus*. Esse resultado é, em parte, consequência da falta de conhecimento a respeito dos alimentos que devem ser restringidos e os que devem ser consumidos, pois equívocos foram encontrados nos hábitos alimentares diários da população, que desconhecia os malefícios da utilização de certos alimentos, tais como produtos industrializados, refrigerantes não dietéticos, baixo consumo de leite e a sua utilização na forma integral, baixo consumo de frutas e hortaliças, mau fracionamento das refeições e substituição destas por lanches. Verifica-se a importância do desenvolvimento de estratégias de educação e promoção da saúde, visando incentivar mudanças nestes hábitos, além da necessidade de políticas públicas abrangentes para intervir no controle da qualidade dos alimentos ofertados.

Dessa forma, os resultados deste estudo induzem a necessidade de viabilizar meios para transferir o conhecimento produzido pelos pesquisadores/academia para os serviços de saúde (profissionais e usuários participantes do estudo) de modo a transformar a realidade desses indivíduos. Mediante essas informações, torna-se necessário um acompanhamento mais intenso dos profissionais da área da saúde e a realização de programas educativos para a conscientização da comunidade quanto à importância da adoção de uma alimentação saudável e suas implicações para o controle das doenças crônicas não transmissíveis, beneficiando assim a qualidade de vida das pessoas.

Referências

1. Elias MC, Bolívar MSM, Fonseca FAH, Martinez TLR, Angelini J, Ferreira C, et al. Comparação do perfil lipídico, pressão arterial e aspectos nutricionais em adolescentes, filhos de hipertensos e de normotensos. *Arq Bras Cardiol*. 2004; 82(2): 139-42. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2004000200005>
2. Sichieri R, Coitinho DC, Monteiro JB, Coutinho WF. Recomendações de alimentação e nutrição saudável para a população brasileira. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2000 Jun; 44(3): 227-32. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302000000300007>
3. Freitas OC, Carvalho FR, Neves JM, Veludo PK, Parreira RS, Gonçalves RM, et al. Prevalence of Hypertension in the urban population of Catanduva, in the state of São Paulo, Brazil. *Arq Bras Cardiol*. 2001 Jul; 77: 16-21. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2001000700002>
4. Molina MCB, Cunha RS, Herkenhoff LF, Mill JG. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37(6): 743-50.
5. Portero KCC, Motta DG, Campino AAC. Abordagem econômica e fluxograma do atendimento a pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 na rede pública de saúde de um município paulista. *Saúde Rev*. 2003; 5(11): 35-42.
6. Burnet DL, Cooper AJ, Drum ML, Lipton RB. Risk factor for mortality in a diverse cohort of patients with childhood-onset diabetes in Chicago. *Diabetes Care*. 2007; 30(10): 2559-63. <http://dx.doi.org/10.2337/dc07-0216>
7. Brasil. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34: 316.
8. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP. Critério de Classificação Econômica Brasil. São Paulo; 2011 [online]. [acesso em 2011 Jun 15]. Disponível em: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=302>

9. World Health Organization - WHO. Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases. Geneva: World Health Organization; 1990. (WHO Technical Report Series 797).
10. Brasil. Ministério da Saúde. Guia Alimentar da População Brasileira. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição – CGAN. [acesso em 2011 Jun 15]. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/guia_alimentar_bolso.pdf
11. Organização Mundial da Saúde - OMS. Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2005.
12. Instituto Brasileiro Geografia E Estatística - IBGE. POF 2008-2009: desnutrição cai e peso das crianças brasileiras ultrapassa padrão internacional. 27 Ago 2010. [acesso em 2012 Mar 14]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
13. Brasil. Ministério da Saúde. 10 passos para a alimentação saudável. [acesso em 2012 Mar 16]. Disponível em: 189.28.128.100/nutricao/docs/geral/10passosAdultos.pdf
14. Oliveira MC, Sichieri R. Fracionamento das refeições e colesterol sérico em mulheres com dieta adicionada de frutas ou fibras. *Rev Nutr.* 2004; 17(4): 449-59. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732004000400005>
15. Stella RH. Jantar balanceado deixa seu metabolismo mais rápido. 2009 [online] [acesso em 2012 Mar 16] Disponível em: <http://www.minhavidacom.br>
16. Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação. [acesso em 2012 Mar 09] Disponível em: <https://www.fao.org.br/>
17. Vilarta R, Sonati JG, organizadores. Diagnóstico da Alimentação Saudável e Atividade Física na Fundação de Desenvolvimento da Unicamp. Campinas: IPES Editorial; 2007. 95 p.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Pesca e Agricultura. Inclua pescado na sua alimentação. É gostoso e faz bem para a saúde. [acesso 2012 Mar 09] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/campanha/semana_peixe_cartilha_090911.pdf
19. Cerdeira RGP, Ruffino ML, Isaac VJ. Consumo de Pescado e Outros Alimentos pela População Ribeirinha do Lago Grande de Monte Alegre, PA-Brasil. *Acta Amazonica* 1997; 27(3): 213-228.
20. Isaac VJ, Braga TMP. Rejeição de Pescado nas Pescarias da Região Norte do Brasil. *Arq. Ciên.* Mar 1999; 32: 39-54.
21. Silva RS. Carne vermelha não é vilã da dieta. 2007. [acesso 2012 Mar 09] Disponível em: <http://cyberdiet.terra.com.br/carne-vermelha-nao-e-vil-da-dieta-2-1-1-530.html>
22. Carne Vermelha versus Carne Branca Saúde & Qualidade de Vida - Saúde & Nutrição. *RgNutri.* [acesso em 2012 Mar 9] Disponível em: <http://www.rgnutri.com.br/sqv/saude/cvcb.php>
23. Frazão P, Naveira M. Fatores associados à baixa densidade mineral óssea em mulheres brancas. *Rev Saúde Pública.* 2007; 41(5): 740-48. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000500008>
24. Martini LA, Wood RJ. Ingestão de leite e risco de diabetes melito tipo 2, hipertensão e câncer de próstata. *ArqBrasEndocrinolMetab.* 2009 Jul; 53(5): 688-694. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302009000500021>
25. Rombaldi AJ, Neutzling MB, Silva MC, Azevedo MR, Hallal PC. Fatores associados ao consumo regular de refrigerante não dietético em adultos de Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública.* 2011; 45(2): 382-90. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000009>
26. Mourão DM, Bressan J. Influência de Alimentos Líquidos e Sólidos no Controle do Apetite. *Rev Nutr.* 2009; 22(4): 537-547. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732009000400009>
27. DiMeglio DP, Mattes RD. Liquid versus solid carbohydrate: effects on food intake and body weight. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2000; 24(6): 794-800. <http://dx.doi.org/10.1038/sj.ijo.0801229>
28. Philippi, Sônia Tucunduva. Nutrição e técnica dietética. Barueri: Manole; 2006. 402 p.
29. Carmo MB, Toral N, Silva MV, Slater B. Consumo de doces, refrigerantes e bebidas com adição de açúcar entre adolescentes da rede pública de ensino de Piracicaba, São Paulo. *Rev Bras Epidemiol.* 2006 Mar; 9(1): 121-130. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2006000100015>
30. Piatí J, Felicetti CR, Lopes AC. Perfil Nutricional de Hipertensos Acompanhados pelo Hiperdia em Unidade Básica de Saúde de Cidade Paranaense. *Rev Bras Hipertens.* 2009; 16(2): 123-129.
31. Damiani D, Carvalho DP, Oliveira RG. Obesidade na infância – um grande desafio! *Pediatr Mod.* 2000; 36(8).
32. Cabrera MAS, Jacob W Fº. Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e co-morbidades. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2001; 45(5).
33. Cotta RMM, Reis RS, Batista KCS, Dias G, Alfenas RCG, Castro FAF. Hábitos e práticas alimentares de hipertensos e diabéticos: repensando o cuidado a partir da atenção primária. *Rev Nutr.* 2009; 22(6): 823-835.
34. Kac G, Velásquez-Meléndez G, Coelho MASC. Fatores associados à obesidade abdominal em mulheres em idade reprodutiva. *Rev Saúde Pública.* 2001; 35(1): 46-51. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102001000100007>
35. Esteves EA, Ávila MVP, Almeida FZ. Ingestão calórica e relações entre ingestão e variáveis de adiposidade em mulheres adultas. *Alim Nutr Araraquara.* 2010 Out-Dez; 21(4).
36. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil: análise dos resultados. [acesso 2012 Mar 10] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

Benefícios dos grupos no manejo da hipertensão arterial sistêmica: percepções de pacientes e médicos

Benefits of groups in managing systemic arterial hypertension: perceptions of patients and physicians

Beneficios de los grupos en el manejo de la hipertensión arterial sistémica: percepciones de los pacientes y de los médicos

Rodrigo Pereira do Amaral. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, SC, Brasil. rp_amaral@hotmail.com

Charles Dalcanale Tesser. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, SC, Brasil. charles.tesser@ufsc.br (Autor correspondente)

Pedro Müller. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, SC, Brasil. pedro.muller.18@gmail.com

Resumo

Objetivo: investigar a natureza dos benefícios da utilização de grupos nos serviços de atenção primária à saúde no manejo da hipertensão arterial, sob a ótica de pacientes e médicos participantes. **Métodos:** estudo qualitativo descritivo por meio de entrevistas semiestruturadas com pacientes e médicos participantes de grupos distintos consolidados, selecionados intencionalmente, incluídos em pares médico-paciente, até ser percebida saturação nos dados. As entrevistas foram submetidas à análise temática. **Resultados e discussão:** a análise das entrevistas indicou benefícios em quatro campos: educação em saúde, adesão, apoio psicossocial e melhora na qualidade de vida. Efeitos promotores de saúde foram percebidos pelos participantes, embora restritos ao nível individual e comunitário. Os grupos atenuam a "inadequação comportamental" da estratégia preventiva de alto risco, segundo Geoffrey Rose, base do manejo atual da hipertensão. Também melhoram e facilitam a função educativa dos profissionais de saúde, auxiliando na adesão e incrementando significativamente o apoio social dos pacientes. **Conclusões:** a utilização dos grupos de hipertensos pode melhorar o manejo da hipertensão e promover a saúde dos envolvidos e, se conduzidos de forma dialogal e participativa, seus benefícios podem ser amplificados.

Palavras-chave:

Atenção Primária à Saúde
Educação em Saúde
Hipertensão
Grupos de Autoajuda

Abstract

Objective: To investigate the nature of the benefits of using groups within primary care services to manage hypertension, from the point of view of both patients and physicians. **Methods:** A qualitative descriptive study using semi-structured interviews with patients and doctors attending distinct consolidated groups, which have been purposely selected and carried out in physician-patient pairs until reaching data saturation. The interviews were subjected to thematic analysis. **Results and discussion:** The analysis of the interviews showed benefits in four fields: health education, compliance, psychosocial support, and quality of life improvement. Health promoting effects were perceived by participants, although restricted to individual and community levels. Participation in groups attenuates the "behavioral inadequacy" of high-risk preventive strategy, according to Geoffrey Rose, based on current management of hypertension. It also improves and facilitates health professionals' educational role, improving compliance and significantly increasing social support for patients. **Conclusions:** The use of groups for hypertensive patients can improve hypertension management and promote the health of those involved. These benefits can be amplified if management is conducted in a dialogical and participatory way.

Keywords:

Primary Health Care
Health Education
Hypertension
Self-Help Groups

Resumen

Objetivo: investigar la naturaleza de los beneficios de la utilización de grupos en los servicios de atención primaria a la salud en el manejo de la hipertensión arterial sistémica, desde la óptica de los pacientes y de los médicos participantes. **Métodos:** se realizó un estudio descriptivo a través de entrevistas semiestruturadas con pacientes y médicos de diferentes grupos consolidados, seleccionados intencionalmente, incluídos en pares médico-paciente hasta que se percibe una saturación en los datos. Las entrevistas fueron sometidas a análisis temático. **Resultados y discusión:** el análisis indicó beneficios en cuatro áreas: educación para la salud, cooperación del paciente, apoyo psicossocial y mejora en la calidad de vida. Se observaron efectos promovedores de salud, aunque limitados a nivel individual y comunitario. Los grupos atenúan la "inadecuación comportamental" de la estrategia preventiva de alto riesgo, según Geoffrey Rose, base del manejo actual de la hipertensión. Además, mejoran y facilitan la función educativa de los profesionales de la salud, auxiliando en la adhesión e incrementando significativamente el apoyo social de los pacientes. **Conclusiones:** el uso de grupos puede mejorar el manejo de la hipertensión y promover la salud de las personas involucradas, si se realiza de manera dialógica y participativa.

Palabras clave:

Atención Primaria de Salud
Educaación en Salud
Hipertensión
Grupos de Autoayuda

Fonte de financiamento:

parcialmente financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo nº 311193/2010-2

Parecer CEP: UFSC processo 325 FR 113549 de 19/2/2013

Conflito de interesses:

declararam não haver.
Recebido em: 13/06/2013
Aprovado em: 01/08/2013

Como citar: Amaral RP, Tesser CD, Müller P. Benefícios dos grupos no manejo da hipertensão arterial sistêmica: percepções de pacientes e médicos. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013;8(28):196-202. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(28\)762](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(28)762)

Introdução

O manejo da hipertensão arterial sistêmica nos indivíduos é complexo e problemático no mundo todo, pois compreende a farmacoterapia, o controle de peso, a adoção de hábitos alimentares saudáveis – redução do sódio na dieta e menor consumo de bebidas alcoólicas – bem como, o abandono do tabagismo e a prática de atividade física regular¹. Estima-se que metade dos hipertensos sabe de sua condição (dos quais, metade faz tratamento) e dois terços dos hipertensos em seguimento não têm valores pressóricos adequados. As dificuldades no manejo envolvem a pouca adesão, aspectos psicológicos e sociais relacionados aos serviços (organização, estrutura, acesso e características da relação médico-paciente) e outras razões (ausência de sintomas, normalização da pressão, consumo de álcool, etc.)²⁻⁵.

Uma tentativa de melhorar o manejo desses pacientes foi a utilização de grupos, complementando atendimentos individuais. O “*North Karelia Project*”⁶ ajudou a reduzir os fatores de risco de uma população finlandesa, diminuindo significativamente a mortalidade por doenças cardiovasculares em 22 anos de programa. Kulčar⁷, acompanhando por 10 anos hipertensos membros permanentes de grupos, constatou redução na mortalidade e aumento da expectativa de vida, quando comparados aos membros temporários e controles.

Atualmente, a expressiva prevalência e o escasso ou nulo benefício do uso de drogas nos hipertensos leves⁸ (a maioria dos hipertensos), ressalta a relevância do estudo de recursos de cuidado e orientação para esse problema. Por outro lado, grupos voltados a hipertensos na atenção primária à saúde (APS) são muito comuns no Brasil, podendo obter resultados relevantes, porém são pouco pesquisados, e estudos avaliativos como os anteriormente mencionados mostram resultados significativos⁹. Todavia, mais raros ainda são estudos investigando potenciais benefícios ocorridos durante e com a participação dos hipertensos nos grupos, não quanto a desfechos clínicos finais, mas em termos de processo de cuidado e autocuidado. Existindo, tais benefícios são observados pelos próprios profissionais e usuários, considerados, nesse contexto, informantes privilegiados.

O objetivo desta pesquisa foi investigar a natureza dos benefícios da utilização de grupos no manejo de pacientes hipertensos na APS, percebidos por médicos e pacientes participantes destes grupos, não quanto a desfechos clínicos, mas em termos processuais no cuidado e autocuidado.

Métodos

Foram investigados pacientes hipertensos e profissionais participantes de grupos de hipertensão selecionados intencionalmente. Os critérios de seleção incluíram participantes de grupos consolidados e estáveis, considerando tais sujeitos informantes privilegiados. Fez-se um levantamento nos Centros de Saúde (CS) de Florianópolis-SC em 2007, que mostrou haver grupos em 21 CS (45% do total). Médicos coordenavam ou participavam de 20 (95%) deles. Foram incluídos grupos com reuniões regulares há pelo menos um ano, com um médico atuante por pelo menos seis meses, que já tivesse trabalhado com grupos por mais de dois anos. Apenas um médico (com maior experiência) foi selecionado por grupo. Foram selecionados participantes dos 16 grupos incluídos, requisitando-se, para cada médico entrevistado, a indicação de três pacientes hipertensos que, segundo sua avaliação, houvessem obtido bons resultados com a participação e frequentassem o grupo regularmente há pelo menos um ano. Um desses três pacientes foi convidado aleatoriamente; em caso de recusa ou ausência, convidava-se outro. Considerou-se inicialmente que um médico e um paciente de cada grupo contemplariam perspectivas distintas (de profissionais e usuários) sobre as experiências e seguiu-se essa ordem na coleta de dados, entrevistando-se sequencialmente e separadamente um par médico-paciente de cada grupo, nos serviços ou nas residências dos pacientes.

As entrevistas foram transcritas imediatamente depois de realizadas e pré-analisadas. Observou-se frequente repetição de conteúdos, atingindo-se saturação nos dados¹⁰ com as vinte primeiras entrevistas (um médico e um paciente dos dez primeiros grupos investigados).

As entrevistas seguiram um roteiro semiestruturado, com perguntas abertas, e constituíram o *corpus* da pesquisa, submetido à análise de conteúdo, técnica de análise temática¹¹. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), protocolo processo 325 FR 113549.

Resultados e discussão

Dos médicos entrevistados, 6 eram mulheres e 4 eram homens. Cinco possuíam entre 3 e 5 anos de experiência com grupos; 2, entre 6 e 10 anos; 2, entre 11 e 20 anos; e 1, mais de 20 anos. Dos 10 usuários entrevistados, 9 eram mulheres. Três possuíam renda mensal familiar entre 0 e 2 salários mínimos; 5, entre 3 e 4 salários mínimos; e 2, mais de 4 salários mínimos. Um era analfabeto; 7 tinham ensino fundamental incompleto; e 2, ensino fundamental completo. A idade média dos usuários foi 67,2 anos, com tempo médio de diagnóstico de hipertensão de 13,7 anos e média de participação em grupos de 5,3 anos. Percebeu-se significativa experiência com os grupos nos profissionais, indicando coerência nos critérios de seleção, assim como expressiva dominância feminina nos grupos, como é comum. A análise das entrevistas permitiu reconhecer benefícios percebidos pelos entrevistados nos seguintes campos temáticos: educação em saúde, adesão, apoio psicossocial e qualidade de vida.

Educação em saúde

O curso comumente assintomático da hipertensão, aliado à falta de conhecimento, está relacionado ao fato de muitos pacientes não compreenderem bem um tratamento para tal condição: *“Eu achava, assim, que era uma coisa normal [...] o negócio da hipertensão”* (paciente 1=P1). *“Eu não sinto essa pressão [...], se a gente sentisse o que é a diferença, a gente já sabia, [...], mas a gente não sente”* (P6). Cotta et al.¹² mostraram baixos padrões de conhecimento dos hipertensos sobre sua condição e também sugeriram ações grupais para enfrentamento do problema.

Os grupos podem ser utilizados como ferramenta para melhorar a educação em saúde, uma vez que a forma como a informação é ou pode ser trabalhada neles apresenta vantagens em relação à consulta individual em diversos aspectos, segundo profissionais entrevistados. Dispõem de mais tempo para orientações e, simultaneamente, por falarem para um número maior de pessoas, gastam menos tempo: *A grande vantagem [...] é que tu podes atuar de uma forma muito mais ampla e num curto período de tempo, de uma hora, duas... atingindo trinta a quarenta pessoas, e isso com certeza vale mais que uma consulta no consultório de dez a quinze minutos* (Médico 8 = M8).

A educação em saúde tem sido hegemonicamente entendida como transmissão de informações e prescrições, visando ao controle pressórico e das condutas consideradas fatores de risco, tanto no cuidado clínico individual como nos encontros grupais¹³. Nessa lógica, a informação correta somada ao empenho do paciente (sua disciplina, vontade e adesão) resultaria em comportamento adequado. Esta visão se mostrou equivocada nas últimas décadas, notadamente a partir das tentativas de prevenção da AIDS¹⁴. Apesar de haver movimentos buscando superar esse pressuposto e as práticas educativas unidirecionais, não se nega que a informação é necessária. No caso da hipertensão, os grupos foram identificados como valiosos, nesse aspecto, pelos entrevistados. Os entrevistados relataram aumento do nível de conhecimento dos hipertensos com a participação nos grupos: *“Eles ficam mais conscientes depois que eles entendem mais como é que funciona o corpo”* (M10); *“Não aprende quem não quer. Isso é bem explicadinho”* (P8).

Vantagem adicional é o caráter descontraído da forma como o conhecimento pode ser trabalhado, sendo que a presença de outros pacientes estimula o debate e faz surgir dúvidas, desde que a dinâmica do grupo permita e estimule: *Às vezes uma coisa que a pessoa não pergunta na consulta vai aparecer a dúvida em casa [...]. E no grupo há essa oportunidade, é uma coisa um pouco mais solta, esses questionamentos aparecem [...] em forma de curiosidade, às vezes na forma de uma brincadeira. E então as pessoas vêm com um outra ideia [...], não vêm com aquela tensão da consulta, e não tem aquele compromisso como se fosse uma receita* (M3).

Esse é um aspecto importante do ponto de vista educacional: a troca de experiências nos grupos entre os participantes: *“[...] às vezes tem alguém que já tem alguma complicação da hipertensão e aí tem tudo assim, como é que sentem, tinha dor assim, uma dor tal, como é que fez pra melhorar, como é que passou aquela situação..., sempre vem à tona”* (M7). Geoffrey Rose¹⁵ já enfatizava que a simples menção da prevenção de problemas futuros é pouco mobilizadora de mudanças de hábitos presentes e da adesão a um tratamento crônico. Os grupos permitem aos pacientes terem contato e dividirem saberes e experiências com outros que vivem limitações impostas pelas complicações relacionadas à hipertensão, o que dá aos primeiros a oportunidade de constatar, de forma indireta, esses problemas, facilitando a percepção e o envolvimento emocional e psicológico com o tema de modo a torná-lo algo mais concreto, além de trabalhar a informação; achado também relatado por Ferreira Neto e Kind¹⁶. A exploração e debate de exemplos, problemas e soluções pertencentes à realidade dos indivíduos, instigando-os a participar do processo de forma ativa, aproxima-se do proposto pela “educação problematizadora”, defendida por Freire¹⁷.

Uma educação emancipadora, tem sido discutida na APS e pelo movimento brasileiro da educação popular em saúde^{18,19}, convergindo com recentes estudos sobre cuidado e autocuidado em situações crônicas na ênfase que dão ao aspecto dialogal, participativo e reflexivo da troca de experiências e perspectivas dos educandos²⁰. Também convergem na constatação de que a transmissão de conhecimentos é insuficiente para lograr êxito educativo e substancial contribuição para o aumento da autonomia relativa e autocuidado, bem como na necessidade de discussão a partir das realidades e saberes da vida e do cuidado dos usuários, contrastando com a tendência monologal e de transmissão unidirecional de conhecimento comum nos profissionais, aproximada ao que Freire¹⁷ chamou de educação bancária.

Por outro lado, os achados do presente estudo sugerem que os grupos podem amenizar um dos graves problemas inerentes ao que Rose¹⁵ chamou de estratégia preventiva de alto risco, cuja característica é o foco no cuidado individual da fração populacional de maior risco (hipertensos). Para Rose¹⁵, essa estratégia é comportamentalmente inadequada, pois demanda mudança de hábitos em indivíduos inseridos em um meio social que desestimula tais mudanças. O incentivo ao desenvolvimento de uma rede de relacionamentos entre pessoas com riscos, problemas e dificuldades semelhantes, facilitado e induzido pelos grupos, representa uma alternativa que atenua o problema da inadequação comportamental citada, aumentando o apoio social aos cuidados e mudanças. Nos grupos e nas redes de relações por eles fomentadas, os pacientes apreendem, reconstruem e manejam informações e situações de forma melhor quando colocadas por alguém que vive a mesma realidade. Isso aparece indiretamente no relato de P5, falando de pessoa que não frequentava o grupo: *“Ela é descompensada. Se ela fosse [no grupo], tinha mais ânimo. Ela via aquelas pessoas falarem o que fazem, o que comem, aí é fácil, porque de repente você descobre alguma coisa que pode aproveitar”* (P5).

Como a estratégia de alto risco, apesar de suas limitações e problemas, é hoje o centro da atuação nas desordens cardiovasculares, seu aperfeiçoamento deve ser buscado e os grupos podem ser uma via nesse sentido. Isso reforça a necessidade de uma abordagem dialogal e participativa nos grupos, chamada por Alves¹³ de *modelo dialógico*, que procura trazer à tona, compartilhar e refletir sobre as concepções, dificuldades, vivências, práticas e realidades dos usuários, avançando na superação da herança autoritária e controladora nas relações dos profissionais com os pacientes²¹.

Outras vantagens da abordagem grupal, mencionadas nas entrevistas, sinérgicas com as anteriores, são a possibilidade de utilizar dinâmicas e brincadeiras que cumprem múltiplos propósitos como educação, socialização e lazer, aumentando a adesão ao grupo e a apreensão de conteúdos. Os grupos também estimulam o autocuidado, uma vez que em muitos encontros são realizados exercícios físicos, aferição da pressão arterial e estímulo a uma alimentação adequada: *“A gente fez apresentação de casos, bem comuns do dia a dia deles, em forma de teatro. Todo mundo participou, se vestiram a caráter, com fantasia e tal. Eles adoraram”* (M10). *“A gente estimula o pessoal a trazer chá, trazer algum lanchinho, não trazer muita coisa doce ou trazer dietético, porque tem os diabéticos, [...] utiliza a hora do lanche pra fazer uma orientação de alimentação”* (M7). Além disso, houve menção à difusão do conhecimento para fora dos grupos: *“As pessoas que frequentam aqui são de mais idade [...] responsáveis por gerações, filhos e netos, [...] estão espalhando isso pela comunidade”* (M8).

Em síntese, houve unanimidade entre os entrevistados sobre haver aumento do conhecimento e do autocuidado dos usuários frequentadores, responsabilizando-se mais por sua própria saúde.

Adesão

Para os entrevistados, a participação nos grupos contribui para o aumento da adesão ao tratamento, tanto pelo conhecimento como pelo apoio psicossocial dado pelo grupo: *“eles passam a se cuidar mais, com certeza”* (M5); *“porque às vezes a pessoa sozinha, ela pode ficar desanimada. E ela estando no grupo, ela sempre tá com mais afinco”* (P5). Relatam que o grupo também aproxima os pacientes da equipe profissional, aumentando a confiança e o respeito mútuo e, conseqüentemente, a segurança do paciente em relação às orientações: *“Além do relacionamento com a equipe, com profissionais envolvidos, se cria uma amizade que é muito boa”* (M2). *“Porque tem gente que acha que o médico tá ali em cima de um pedestal, não pode nem falar contigo, e em um grupo, você vê que não é assim”* (P5).

A adesão à conduta, medicamentosa ou não, é algo esperado pelo médico. Entretanto, o que se observa muitas vezes é que a relação entre paciente e médico (comumente supondo o primeiro submisso ao segundo) não garante a adesão, especialmente no manejo de condições crônicas assintomáticas como hipertensão e diabetes. A falta de adesão é considerada uma das causas do difícil controle e, muitas vezes, os pacientes são considerados culpados pelo fracasso terapêutico^{2,3}.

Esforços e movimentos têm tentado introduzir novas abordagens na educação e comunicação em saúde, buscando melhor compreensão do “outro” e do que o orienta. Para quem vivencia a situação, será pelas suas representações sociais que se estabelece o sentido de sua experiência e seu comportamento²⁰. Porém, não somente as condições sociais influenciam as representações sociais e as práticas, mas estas representações também são refeitas com a experiência vivida²² e tomam importante dimensão na hipertensão, similarmente ao diabetes, por se tratar de condição crônica silenciosa que demanda significativo esforço de adaptação às atividades e restrições previstas pelo saber médico.

Há consenso sobre a necessidade de envolver o paciente mais ativamente no cuidado, levando em conta sua visão e respeitando-o como sujeito do processo. Em artigo de revisão, Haynes et al.²³ concluem que várias intervenções para melhorar a adesão têm apresentado resultados limitados e precisam ser desenvolvidas e adaptadas às características das pessoas e contextos dos serviços, para que sejam efetivas. Cyrino²², investigando o autocuidado de adultos e idosos diabéticos – que têm muitos paralelos com o de hipertensos – encontrou que aqueles indivíduos que não tomam as recomendações médicas de modo rígido e “cego” em seu cotidiano (mas o fazem de forma consciente e crítica, buscando um equilíbrio entre as demandas de controle e o modo como querem levar sua vida) referem uma sensação de confiança, com menor culpa, maior aceitação de sua condição e melhor controle glicêmico.

É cada vez mais evidente a noção de que o paciente não é um passivo receptor de atenção, mas que ele, seus amigos e seus familiares são também provedores de cuidado. Nesse sentido, os grupos investigados foram percebidos pelos entrevistados como fomentadores de uma adesão mais ativa, ao fornecerem amparo emocional, tecnológico e de aconselhamento aos indivíduos que deles fazem parte, além de estimular o apoio social.

Apoio psicossocial

As entrevistas indicam que a abordagem grupal pode proporcionar apoio psicossocial aos seus integrantes, diminuindo níveis de ansiedade, melhorando a aceitação da condição de hipertenso, promovendo também melhoria da qualidade de vida. A possibilidade de conviver com pessoas com a mesma situação reduz medos e ansiedades diante da incerteza: “*O medo de se sentir, talvez, rejeitado pelo meio social, por ter alguma limitação. E o grupo faz com que caia por terra, porque ali a pessoa percebe que não é ele, têm muitas pessoas assim*” (M4); “*O que mais me motivou é porque o grupo, ali você encontra pessoas com o mesmo problema*” (P5). Isso sugere que o grupo cria uma rede de apoio mútuo, que faz seus membros se sentirem amparados, por terem à disposição pessoas que entenderão suas necessidades, além de trazer mais conhecimento. Proporciona maior estabilidade emocional para enfrentar situações com as quais os hipertensos se deparam: “*Às vezes a gente tá tão solitária dentro de casa, triste, chega lá, conversa, e a gente escuta, eles também escutam a gente. É muito bom*” (P3). “*A gente aprende como lidar, porque de primeiro, quando me sentia mal, eu ficava muito nervosa, e agora eu já sei como me controlar, já tenho ideia.*” (P2).

Ferreira Neto e Kind¹⁶ encontraram resultados similares quanto à importância das redes de apoio social para a saúde e, nesse sentido, os grupos não devem ser subvalorizados²⁴. Propiciar oportunidades de trocas sociais, notadamente entre idosos – em contextos sociais de famílias pequenas e núcleos familiares instáveis, com proeminência de condições crônicas e maior longevidade, além de maior individualismo nas precárias condições sociais e econômicas da maioria da população – é uma importante estratégia de manutenção da saúde, aumento da resiliência e empoderamento.

Qualidade de vida

Na percepção dos entrevistados, os grupos estimulam a socialização de seus integrantes, resultando em ganhos emocionais, melhora do humor e aumento das atividades de lazer. Vários pacientes fazem novas amizades e tendem a se encontrar com maior frequência fora do grupo: “*Eu quase não saio de casa; vou lá; é benefício para minha saúde e pra mim. Eu conheço as minhas amigas, elas convidam pra fazer as coisas e eu vou*” (P7). “*Eu tenho grandes amigos que eu não conhecia. [...] A gente se conhece, se vê na rua, e isso faz bem. A gente conversa, a gente brinca; tudo ali sai. É muito gostoso*” (P4). “*Tem vez que eles só querem fazer uma reunião pra dançar e se divertir. Então teve uma que foi só isso, [...] uma confraternização, com música. Eles adoram e [...] isso também faz parte da promoção da saúde*” (M10). Emerge aqui o tema da promoção da saúde, o qual vem sendo ressignificado como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle deste processo²⁵.

Um dos núcleos da promoção da saúde é o *empowerment*, traduzido por empoderamento, que abarca pelo menos dois significados: a) Empoderamento Psicológico, relacionado a um sentimento de maior controle sobre a vida, experimentado pelos indivíduos por meio do pertencimento a distintos grupos, melhor autoestima e motivação; e b) Empoderamento Comunitário ou Social, relativo a processos e ações que afetam a distribuição do poder no âmbito das esferas pessoais, intersubjetivas e políticas, que inclui e transcende o empoderamento psicológico²⁶. Os depoimentos sugerem que o empoderamento social foi pouco explorado nos grupos investigados, sendo mais comum o empoderamento psicológico. Esses grupos atuaram com algum êxito em modificar conhecimentos e hábitos de vida e incrementar o apoio social, agindo em indivíduos e suas redes comunitárias, o que é significativo, porém restrito em termos de determinantes sociais²⁵. Pode-se considerar que talvez um enfoque promocionista nos grupos (voltados para hipertensos ou não), cujas características foram sintetizadas por Santos et al.²⁷ em suas diferenças do enfoque preventivista, seja superior em efetividade a este último. Esses resultados mostram convergência com os de Ferreira Neto e Kind¹⁶ quanto aos efeitos encontrados por estes pesquisadores nas práticas grupais (não especificamente relacionadas à hipertensão) mais consolidadas e “avançadas” nos serviços de APS por eles investigados: 1) facilitação do descentramento da patologia; 2) suporte e apoio social; 3) criação de espaços de sociabilidade; 4) troca de conhecimentos entre pacientes e destes com profissionais; 5) fortalecimento e qualificação dos vínculos entre usuários e equipes. A opção por uma via de promoção da saúde pode amplificar os benefícios dos grupos quanto aos ganhos de qualidade de vida, apoio social, participação, autonomia e empoderamento.

Os métodos desta pesquisa não almejavam e não permitiram uma avaliação da qualidade (educativa, empoderadora ou terapêutica) das relações ou das práticas nos grupos investigados, tampouco uma caracterização ou análise de sua condução. Outra limitação é que seu desenho não previu e não permitiu uma abordagem de gênero.

Considerações finais

Os resultados sugerem que a abordagem grupal pode ser ferramenta importante no manejo da hipertensão por meio de diversos e complexos processos. Os grupos parecem constituir uma fonte potencial e relevante de atenuação da inadequação comportamental, segundo Rose¹⁵, envolvida no manejo da hipertensão. Os benefícios relatados indicam que os grupos podem melhorar a função educativa dos serviços de APS, o apoio social e a qualidade de vida desses pacientes. Além disso, a pouca utilização explícita de um enfoque promocional e resultados promissores nessa área sugerem que os grupos teriam tanto ou mais potência se melhor orientados para a promoção da saúde.

Se os encontros grupais construírem práticas dialógicas e redes de apoio, valorização e compreensão mútua de saberes e realidades existenciais com relações solidárias e horizontalizadas²⁸, os grupos envolvendo hipertensos e usuários com outros problemas de saúde poderiam se tornar úteis dispositivos na APS e em outros contextos assistenciais.

Referências

1. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA*. 2003; 289(19): 2560-72. PMID:12748199. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.289.19.2560>
2. European Society of Hypertension, European Society of Cardiology Guidelines Committee. 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens*. 2003; 21(6): 1011-1053. PMID:12777938. <http://dx.doi.org/10.1097/00004872-200306000-00001>
3. Duarte MTC, Cyrino AP, Cerqueira ATAR, Nemes MIB, lyda, M. Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2603-2610. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500034>
4. Souza MLP, Garnello L. “É muito dificultoso!”: etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(suppl.1): s91-s99. PMID:18660917. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300014>
5. Lima MT, Bucher JSNF, Lima JWO. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(4): 1079-1087. PMID:15300301. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000400023>
6. Nissinen A, Berrios X, Puska P. Community-based noncommunicable disease interventions: lessons from developed countries for developing ones. *Bull World Health Organ*. 2001; 79(10): 963-970. PMID:11693979 PMID:PMC2566669.

7. Kulcar Z. Self-help, mutual AID and chronic patients' clubs in Croatia, Yugoslavia: discussion paper. *J R Soc Méd.* 1991; 84(5): 288-291. PMID:2041007
PMCID:PMC1293228.
8. Casanova F, Osorio LC, Dias LC. Abordagem comunitária: grupos na atenção primária à saúde. In: Gusso G, Lopes JMC, organizadores. *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática.* Porto alegre: Artmed; 2012. v. 1, p. 265-273.
9. Diao D, Wright JM, Cundiff DK, Gueyffier F. Pharmacotherapy for mild hypertension. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; (8): CD006742. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006742.pub8>
10. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(1): 17-27. PMID:18209831. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>
11. Bardin L. *Análise de conteúdo.* 3. ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
12. Cotta RMM et al. Reflexões sobre o conhecimento dos usuários no contexto do Programa de Saúde da Família: a lacuna entre o saber técnico e o popular. *Physis.* 2008; 18(4): 745-766. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312008000400008>
13. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface: Comunic Saúde Educ.* 2005; 9(16): 39-52. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100004>
14. Cyrino AP, Schraiber LB. Promoção da saúde e prevenção de doenças: o papel da educação e da comunicação. In: Martins MA, Carrilho FJ, Alves VAF, Castilho EA, Cerri GG, Wen CL, organizadores. *Clínica Médica.* Barueri: Manole; 2009. v. 1, p. 470-477.
15. Rose G. *Estratégias da Medicina Preventiva.* Porto Alegre: Artmed; 2010.
16. Ferreira Neto JL, Kind L. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. *Physis.* 2010;20(4):1119-1142.
17. Freire P. *Pedagogia do Oprimido.* 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
18. Gomes LB, Merhy EE. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. *Cad Saúde Pública.* 2011; 27(1): 7-18. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000100002>
19. Vasconcelos EM. *Educação popular nos serviços de saúde.* 3. ed. São Paulo: Hucitec; 1997.
20. Ribeiro AG et al. Representações sociais de mulheres portadoras de hipertensão arterial sobre sua enfermidade: desatando os nós da lacuna da adesão ao tratamento na agenda da saúde da família. *Physis.* 2011; 21(1): 87-112. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000100006>
21. Tesser CD. Três considerações sobre a "má medicina". *Interface: Comunic Saúde Educ.* 2009; 13(31): 273-86.
22. Cyrino AP. *Entre a ciência e a experiência: uma cartografia do autocuidado no diabetes.* São Paulo: Ed. UNESP; 2009.
23. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Apr 16; (2): CD000011. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000011.pub3>
24. Valla WV. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cad Saúde Pública.* 1999; 15(supl.2): 7-14.
25. Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
26. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(4): 1088-1095. PMID:15300302. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000400024>
27. Santos LM, Da Ros MA, Crepaldi MA, Ramos LR. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. *Rev Saúde Pública.* 2006; 40(2): 346-352. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000200024>
28. Fernandes, MTO, Silva LB, Soares SM. Utilização de tecnologias no trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011; 16(suppl.1): 1331-1340. PMID:21503483. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700067>

Does collaborative care help in the treatment of anxiety in primary health care?

O cuidado colaborativo auxilia no tratamento da ansiedade na atenção primária?

¿El cuidado colaborativo ayuda a tratar la ansiedad en la atención primaria?

Leonardo Moscovici. Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. leoscovici@gmail.com (*Corresponding author*)

João Mazzoncini de Azevedo Marques. Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. jmaq@uol.com.br

Antonio Waldo Zuardi. Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. awzuardi@gmail.com

Abstract

Objective: Anxiety disorders represent an important part of mental health problems in primary care. This literature review seeks to find out whether collaborative care (called “matrix support” in Brazil) assists the treatment of anxiety disorders and/or anxiety symptoms. **Methods:** We performed a literature search with no time period restriction using PubMed, ISI, and LILACS PSYCINFO databases. The descriptors sought were “collaborative care”, “shared care”, “primary care”, “anxiety”, “generalized anxiety disorder”, “panic disorder”, “phobia”, “social phobia”, “post-traumatic stress disorder”, “obsessive compulsive disorder” and “anxiety disorder, Not Otherwise Specified - NOS.” **Results:** A total of 106 articles were found and after the application of exclusion criteria, seven articles were selected for the present analysis. **Conclusion:** Despite the different types of collaborative care used, results show greater improvement in anxiety symptoms in patients that received collaborative care compared with those in the control groups, who did not receive such intervention.

Resumo

Objetivo: Os transtornos de ansiedade representam uma parte importante dos problemas de saúde mental na atenção primária. Esta revisão bibliográfica pretende responder se o cuidado colaborativo (no Brasil chamado de “matriz de suporte”) ajuda no tratamento dos transtornos de ansiedade e/ou sintomas de ansiedade. **Métodos:** Realizou-se uma busca bibliográfica, sem restrição de período, nas bases de dados PubMed, ISI, e LILACS PSYCINFO. Os descritores utilizados foram: “cuidado colaborativo”; “cuidado compartilhado”; “atenção primária”; “ansiedade”; “transtorno de ansiedade generalizada”; “transtorno de pânico”; “fobia”; “fobia social”; “transtorno de estresse pós-traumático”; “transtorno obsessivo-compulsivo”; e “transtorno de ansiedade NOS”. **Resultados:** Foi encontrado um total de 106 artigos, sendo que sete foram selecionados após a aplicação dos critérios de exclusão. **Conclusão:** Apesar dos diferentes tipos de cuidado colaborativo utilizados, os resultados mostram uma melhora nos sintomas de ansiedade nos pacientes que receberam o cuidado colaborativo em comparação com os grupos controle sem tal intervenção.

Resumen

Objetivo: Los trastornos de ansiedad representan una parte importante de los problemas de salud mental en la atención primaria. Esta revisión bibliográfica pretende responder si el cuidado colaborativo (llamado “matriz de soporte” en Brasil) ayuda en el tratamiento de los trastornos y/o síntomas de ansiedad. **Métodos:** Se realizó una búsqueda bibliográfica, sin restricción de período de tiempo, en las bases de datos PubMed, ISI, and LILACS PSYCINFO. Los descriptores utilizados fueron: “cuidado colaborativo”, “cuidado compartido”, “atención primaria”, “ansiedad”, “trastorno de ansiedad generalizada”, “trastorno de pánico”, “fobia”, “fobia social”, “trastorno de estrés postraumático”, “trastorno obsesivo-compulsivo” y “trastorno de ansiedad NOS”. **Resultados:** Se encontraron 106 artículos, de los cuales se usaron siete después de la aplicación de los criterios de exclusión. **Conclusión:** A pesar de los diferentes tipos de cuidado colaborativo utilizados, los resultados muestran una mejoría en los síntomas de ansiedad en los pacientes que recibieron el cuidado colaborativo en comparación con los grupos control que no recibieron tal intervención.

Keywords:

Primary Health Care
Anxiety
Mental Health

Palavras-chave:

Atenção Primária à Saúde
Ansiedade
Saúde Mental

Palabras clave:

Atención Primaria de Salud
Ansiedad
Salud Mental

Fonte de financiamento:

This work received grants from “Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo” (FAPESP 2011/50740-5). AWZ is recipient of CNPq Productivity Awards.

Conflito de interesses:

declaram não haver.
Recebido em: 19/01/2013
Aprovado em: 05/07/2013

Como citar: Moscovici L, Marques JMA, Zuardi AW. Does collaborative care help in the treatment of anxiety in primary health care?. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013; 8(28):203-7. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(28\)691](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(28)691)

Introduction

Mental disorders are very common in Primary Health Care (PHC), with prevalence ranging from 20 to 30% in most epidemiological studies¹⁻³. The presence of mental disorders increases the risk of non-psychiatric diseases and hinders adherence to preventive or curative appointments. When concomitant to a physical issue, psychiatric disorders cause more disability than each problem individually. However, less than 50% of cases of psychiatry at PHC are properly diagnosed and treated^{1,2}. Therefore, according to the World Health Organization (WHO)¹, efficient functioning of primary care in the management of these mental disorders is an important goal to be achieved in public health.

Over the past decades, Collaborative Care (CC) for the treatment of mental disorders has proven to be both effective in reducing psychiatric symptoms^{1,2,4,5} and cost-effective (when total health costs - including in-patients - are included)^{6,7}. The term CC was first described by Katon⁸ as 'an intervention delivered by a general practitioner and a psychiatrist'. Nowadays, CC has a much broader spectrum. We could define it as an approach to integration in which primary care professionals and mental health consultants work together to deliver care and follow patients' progress. Collaborative Care must achieve the following goals: multi-professional care to the patient, defined management plan, multidisciplinary communication and scheduled follow-ups.

In Brazil, CC is mainly performed by teams of "matrix support" called Support Centre for Family Health (SCFH)⁹.

There are several studies in literature^{10,11}, including reviews on Collaborative Care and depression^{4,5}. However, there are not as many articles covering CC and Anxiety.

Anxiety, together with depression, represent the two most common mental health problems in PHC¹⁻³. They are both marked by elevated rates of recurrence. Nearly 30 million people in the United States are affected with anxiety disorders and there is an estimated cost of US\$ 42 billion dollars per year¹². The anxiety disorders that most affect general population are: generalized anxiety disorder, panic disorder, social anxiety disorder and post-traumatic stress disorder. Although very present in primary care, anxiety is only recognized in about 25% of all cases¹³.

The objective of this review is to evaluate whether collaborative care helps in the treatment of anxiety disorders in primary health care.

Methods

We performed a literature search using the databases PubMed, ISI, and LILACS PSYCINFO of all articles that describe the impact of collaborative care in the treatment of anxiety disorders or anxiety symptoms. In this review there was no period limit, due to the fact the subject matter is relatively new.

The key words used were: "collaborative care" or "shared care" and "primary care" and "anxiety" or "generalized anxiety disorder" or "panic disorder" or "phobia" or "social phobia" or "post traumatic stress disorder" or "obsessive compulsive disorder" or "anxiety disorder (Not Otherwise Specified - NOS)." All items that were not exclusively of anxiety or anxiety disorders, all literature reviews and all items that were unrelated to the topic were excluded from this review. Articles about anxiety that did not measure the impact of collaborative care through structured instruments (scales and/or diagnostic interviews) were also excluded.

Results

We found 106 articles and after exclusion criteria we selected a total of 7 articles (representing 5 distinct populations). The earliest work is from 2004¹⁴ and the newest from 2011¹⁵. Two articles evaluated the impact of CC in anxiety symptoms^{14,16} and the other five measured impact on specific anxiety disorders (generalized anxiety disorder, panic disorder, social phobia disorder and post traumatic stress disorder)^{6,12,15,17,18}.

The total number of patients studied was 2239.

With the exception of the article by Bryan et al.¹⁶, which follow-up was performed according to the number of sessions, all other studies had a longitudinal follow up with mental health scales ranging from 12 to 24 months (Table 1).

Table 1. Characteristics of selected studies.

| Reference | Country | Disorder | Patients | Follow-up time | Number of practices |
|---------------------------------------|---------|---------------------------------------|----------|-----------------|---------------------|
| Bryan et al. (2009) ¹⁶ | USA | Anxiety Symptons | 338 | 1 to 4 meetings | 1 |
| Vines et al. (2004) ¹⁴ | AUS | Anxiety Symptons | 474 | 24 months | 11 |
| Rollman et al. (2005) ¹² | USA | GAD and Panic Disorder | 191 | 12 months | 4 |
| Roy-Byrne et al. (2005) ¹⁷ | USA | Panic Disorder | 232 | 12 months | 6 |
| Katon et al. (2006) ⁶ | USA | Panic DIsorder | 232 | 12 months | 6 |
| Roy-Byrne et al. (2010) ¹⁸ | USA | GAD/Panic Disorder/PTSD/Social Phobia | 1004 | 18 months | 17 |
| Roy-Byrne et al. (2011) ¹⁵ | USA | GAD/Panic Disorder/PTSD/Social Phobia | 1004 | 18 months | 17 |

In this review all articles had the presence of case managers, varying only the formation of these professionals. Case manager (CM) is a health worker responsible to keep track of patients, specially paying attention to adherence of pharmacological treatment and clinical progress. They can also deliver psychological support when needed. Case managers must be in close contact with the primary care physician. Its function has broad spectrum, ranging from suggestions and recommendations to the primary care provider, monitoring through standardized scales to the use of cognitive behavioural techniques. Among the five populations studied in this review, different mental health professionals developed the role of Case Manager and three had supervision of a medical specialist in psychiatry (Table 2).

Table 2. Components of Intervention.

| Strategies | Bryan et al. (2009) ¹⁶ | Vines et al. (2004) ¹⁴ | Rollman et al. (2005) ¹² | Katon et al. (2006) ⁶ | Roy-Byrne et al. (2011, 2005, 2010) ^{15,17,18} |
|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|---|
| <i>Case Manager:</i> | | | | | |
| Social Worker | | | | | • |
| Nurse | | | | | • |
| Psychologist | | • | | | • |
| Mental Health Practitioner | • | | | | |
| Psychology Student | | | • | | |
| Communication Specialist | | | • | | |
| Professional w/ Masters or PhD | | | | • | |
| <i>Supervision:</i> | | | | | |
| Psychiatrist | | | • | • | • |
| Senior Psychologist | | • | | | |

Despite the fact that CC strategies were different in the reviewed articles, all had the CM as key component for providing suggestions to the primary care provider and feedback about treatment and progress (Table 3).

Table 3. Characteristics of Collaborative Care.

| Strategies | Bryan et al. (2009) ¹⁶ | Vines et al. (2004) ¹⁴ | Rollman et al. (2005) ¹² | Katon et al. (2006) ⁶ | Roy-Byrne et al. (2011, 2005, 2010) ^{15,17,18} |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|---|
| <i>Educational Strategies:</i> | | | | | |
| Oral Presencial | • | • | | • | • |
| Text or Audio-visual | | | • | • | |
| Education via phone | | | • | • | • |
| <i>Behavioral Strategies:</i> | | | | | |
| Phone Tracking | | | • | • | • |
| Health Care Clinic visit | • | • | | • | • |
| CBT /Motivacional Interview | • | | | • | • |
| <i>Strategies for the PCP**:</i> | | | | | |
| Sugestions to the PCP about treatment | • | • | • | • | • |
| Medication Algorithm | | | • | • | • |
| CM* feedback over treatment and tracking | • | • | • | • | • |
| Psychiatrist opinion | | | • | • | • |

*CM: Case Manager; **PCP: Primary Care Physician.

Although using different scales to measure anxiety (Table 4), all seven articles showed that CC reduced anxiety symptoms during the monitored period.

Table 4. Scales to measure anxiety symptoms.

| Scales used to measure anxiety / anxiety symptoms | |
|---|---|
| Bryan et al. ¹⁶ | - |
| Vines et al. ¹⁴ | DASS: Depression, Anxiety and Stress Scales – Anxiety score |
| Rollman et al. ¹² | PDSS: Panic Disorder Severity Scale SIGH-A: Hamilton Anxiety Rating Scale |
| Katon et al. ⁶ | ASI: Anxiety Sensitivity Index |
| Roy-Byrne et al. ^{15,17,18} | ASI: Anxiety Sensitivity Index SF-36: 36-Item Short Form Health Survey GADSS: Generalized Anxiety Disorder Severity Scale PDSS: Panic Disorder Severity Scale SPIN: Social Phobia Inventory PCL-C: PTSD Checklist – Civilian Version |

Discussion

This review reinforces the effectiveness of the Collaborative Care strategy for the treatment of anxiety symptoms and anxiety disorders. However, some issues should be further discussed. For instance, all selected articles were conducted in developed countries, which make it questionable to extrapolate the results for developing countries.

The presence of a Case Manager in all studies also limits results for application to sites where there is no such professional. Furthermore, training of case managers varied enormously, depending on the population studied. They ranged from a social worker or a psychology student to a professional with PhD degree.

Two studies^{14,16} did not have a consultant psychiatrist, once again showing the broad and diverse range of the CC strategy. However, we can still call it CC, due to the fact a CM was continuously following the studied patients.

Another point to be highlighted is the different scales used in the seven follow-up studies (Table 4) making it difficult to draw comparisons. Thus, it is necessary a meta-analysis in the future for further evaluation of the findings.

Two articles present some limitations: the study by Bryan et al.¹⁶ does not have a control group and has only one professional (a case manager) delivering Collaborative Care. In the article by Vines et al.¹⁴ the randomization was done by the PHC physician, which may have caused a bias, as the initial intervention group had higher anxiety scores than the control group (suggesting that patients selected for this group were more symptomatic individuals).

The article of Katon et al.⁶ suggests that the cost of treating patients with anxiety disorders using the CC is higher than the traditional care. However, when total cost is analysed, including hospitalizations, CC proves to be cost-effective.

Finally, a recent study conducted in Brazil¹⁹ analysed a mental health training intervention in primary care. Results showed that training primary care providers in a shared care model did not improve ability to identify or manage mental health problems. This outcome shows us that we still do not totally understand what specific aspects of collaborative care generate positive results. Maybe this negative result occurred because intervention was not made in a perennial process. Further research is needed.

Conclusion

All articles showed that anxiety symptoms decreased with collaborative strategy for mental health in primary care. This review reinforces the effectiveness of Collaborative Care in the treatment of anxiety symptoms and anxiety disorders.

References

1. World Health Organization - WHO, World Organization of Family Doctors - WONCA. Integrating mental health into primary care. Singapore; 2008.
2. Azevedo-Marques JM. Detecção e diagnóstico de transtornos mentais pela equipe de saúde da família. [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.
3. Andrade LH, Wang Y-P, Andreoni S, Silveira CM, Alexandrino-Silva C, et al. Mental Disorders in Megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. *PloS One* 2012; 7(2): e31879. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0031879>
4. van der Feltz-Cornelis CM, Van Os TW, Van Marwijk HW, Leentjens AF. Effect of psychiatric consultation models in primary care. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *J Psychosom Res.* 2010; 68(6): 521-33. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.10.012>
5. Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med.* 2006; 166(21): 2314-21. <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.166.21.2314>
6. Katon W, Russo J, Sherbourne C, Stein MB, Craske M, Fan M-Y, et al. Incremental cost-effectiveness of a collaborative care intervention for panic disorder. *Psychol Med.* 2006; 36,(3): 353-363. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291705006896>
7. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, et al. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health Surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2009; 18(1): 23-33. <http://dx.doi.org/10.1017/S1121189X00001421>
8. Katon W, Von Korff M, Lin E, Walker E, Simon GE, Bush T, et al. Collaborative management to achieve treatment guidelines impact on depression in primary care. *JAMA* 1995; 273(13): 1026-31. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1995.03520370068039>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF, Núcleo de apoio à saúde da família. Brasília: Ministério da saúde; 2009. (Cadernos de atenção básica, n. 27).
10. Foy R, Hempel S, Rubenstein L, Suttrop M, Seelig M, Shanman R, et al. Meta-analysis: Effect of Interactive Communication Between Collaborating Primary Care Physicians and Specialists. *Ann Intern Med.* 2010; 152: 247-258. <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-152-4-201002160-00010>
11. van der Feltz-Cornelis CM, van Oppen P, Ade'r HJ, van Dyck R. Randomised controlled trial of a collaborative care model with psychiatric consultation for persistent medically unexplained symptoms in general practice. *Psychother Psychosom.* 2006; 75:282-9. <http://dx.doi.org/10.1159/000093949>
12. Rollman B, Belnap B, Mazundar S, Houck PR, Zhu F, Gardner W, et al. A Randomized Trial to improve the quality of treatment for panic and generalized anxiety disorders in primary care. *Arch Gen Psychiatr.* 2005; 62: 1332-1341. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.62.12.1332>
13. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Monahan PO, Lowe B. Anxiety disorders in Primary Care: Prevalence, Impairment, Comorbidity and Detection. *Ann Intern Med.* 2007; 146: 317-325. <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004>
14. Vines RF, Richards JC, Thomson DM, Brechman-Toussaint M, Kluijn M, Vesely L. Clinical psychology in general practice: a cohort study. *Med J Aust.* 2004; 181(2): 74-77.
15. Craske MG, Stein MB, Roy-Byrne P, Sherbourne C, Bystritsky A, Rose AD, et al. Disorder-Specific impact of coordinated anxiety learning and management treatment for anxiety disorders in primary care. *Arch Gen Psychiatr.* 2011; 68: 378-388. <http://dx.doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.25>
16. Bryan CJ, Morrow C, Appolonio KK. Impact of Behavioral Health Consultant Interventions on Patient Symptoms and Functioning in an Integrated Family Medicine Clinic. *J Clin Psychol.* 2009; 65(3): 281-293. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20539>
17. Roy-Byrne P, Craske MG, Stein MB, Sullivan G, Bystritsky A, Katon W, et al. A Randomized effectiveness trial of cognitive-behavioral therapy and medication for primary care panic disorder. *Arch Gen Psychiatr.* 2005; 62(3): 290-298. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.62.3.290>
18. Roy-Byrne P, Craske MG, Sullivan G, Rose RD, Edlund MJ, Lang AJ, et al. Delivery of Evidence-Based Treatment for Multiple Anxiety Disorders in Primary Care A Randomized Controlled Trial. *JAMA.* 2010; 303(19): 1921-1928. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2010.608>
19. Gonçalves DA, Fortes S, Campos M, Ballester D, Portugal FB, Tófoli LF, et al. Evaluation of a mental health training intervention for multidisciplinary teams in primary care in Brazil: a pre- and posttest study. *Gen Hosp Psychiatry* 2013; 35(3): 304-308. <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2013.01.003>

A integralidade do cuidado na saúde do homem: um enfoque na qualidade de vida

The comprehensive care in men's health: an approach on quality of life

La integralidad de la atención en la salud del hombre: un enfoque en la calidad de vida

Gabriela Romano Oliveira. Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Marília, SP, Brasil. gabifamema@yahoo.com.br (*Autora correspondente*)

Matheus Luis Castelan Trilico. Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Marília, SP, Brasil. matheus.trilico@gmail.com

Felipe Sanches Paro. Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Marília, SP, Brasil. felipeparo@hotmail.com

Marinei Yuko Kijimura. Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Marília, SP, Brasil. mari_kijimura@hotmail.com

Sueli Moreira Pirolo. Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Marília, SP, Brasil. piroloterra.com.br

Resumo

Objetivo: analisar o conceito e a percepção dos homens sobre qualidade de vida. **Métodos:** empregou-se o método de pesquisa descritivo-exploratória com abordagem qualitativa, realizada com homens, moradores adstritos a uma unidade da Estratégia Saúde da Família do município de Marília, São Paulo, integrada ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Foi empregada a técnica de construção de Discursos do Sujeito Coletivo utilizando as seguintes perguntas norteadoras: O que é qualidade de vida? e Como está sua qualidade de vida? **Resultados:** os discursos analisados evidenciaram que a maioria dos homens não compreende o sentido amplo do conceito qualidade de vida, fundamentando-o predominantemente na dimensão biológica. **Conclusão:** a política da saúde do homem constitui importante estratégia de promoção da saúde, todavia requer agilidade e criatividade dos profissionais da atenção primária para lidarem com a singularidade masculina e suas vulnerabilidades.

Palavras-chave:

Qualidade de Vida
Saúde do Homem
Homens
Atenção Primária à Saúde

Abstract

Objective: To analyze men's concepts and perceptions about quality of life. **Methods:** A descriptive and exploratory qualitative study in which we interviewed male dwellers assisted by the Family Health Strategy in a health center in the municipality of Marília, São Paulo state, integrated to the "Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)". The Collective Subject Discourse construction technique was applied guided by the following questions: "What is quality of life?" and "How is your quality of life?" **Results:** The discourses analyzed showed that most men do not understand the broad sense of the quality of life concept, substantiating it predominantly in its biological dimensions. **Conclusion:** Men's health policy is an important strategy for health promotion; however, it requires agility and creativity by primary healthcare staff to deal with men's uniqueness and vulnerabilities.

Keywords:

Quality of Life
Men's Health
Men
Primary Health Care

Resumen

Objetivo: analizar el concepto y la percepción de los hombres acerca de la calidad de vida. **Métodos:** se utilizó el método de investigación descriptivo exploratorio, de enfoque cualitativo, con el que fueron entrevistados hombres vinculados a la Estrategia de Salud Familiar de un centro de salud en Marília, São Paulo, integrado al Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Se utilizó la técnica de construcción de Discursos del Sujeto Colectivo usando las siguientes preguntas orientadoras: "¿Qué es calidad de vida?" y "¿Cómo está su calidad de vida?" **Resultados:** los discursos analizados mostraron que la mayoría de los hombres no entienden el significado amplio del concepto calidad de vida, basándolo principalmente en su dimensión biológica. **Conclusión:** la política de la salud del hombre es una importante estrategia de promoción de la salud que, sin embargo, requiere la agilidad y creatividad de los profesionales de atención primaria para hacer frente a las singularidades y vulnerabilidades de los hombres.

Palabras clave:

Calidad de Vida
Salud del Hombre
Hombres
Atención Primaria de Salud

Como citar: Oliveira GR, Trilico MLC, Paro FS, Kijimura MY, Pirolo SM. A integralidade do cuidado na saúde do homem: um enfoque na qualidade de vida. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013;8(28):208-12. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(28\)676](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(28)676)

Fonte de financiamento:

PET-Saúde.

Parecer CEP: Aprovado CEP FAMEMA nº1214/10.

Conflito de interesses:

declaram não haver.

Recebido em: 26/11/2012

Aprovado em: 06/08/2013

Introdução

Ao longo das duas últimas décadas, os homens têm sido pauta de debates no campo da saúde coletiva, tanto em âmbito nacional como internacional. Isso se deve ao crescente aumento nos índices de morbimortalidade, à aparente relutância dos homens em procurar auxílio e à suposta relação antagônica com o cuidado, o que exige das políticas públicas de saúde e, por conseguinte, dos profissionais de saúde uma nova postura e outro olhar¹⁻⁴.

MacDonald⁵ assinala, como fatores que impedem o desenvolvimento de uma política de saúde eficaz para os homens, a preocupação limitada com a perspectiva biomédica (ênfase na próstata e disfunção erétil) e o senso comum de que todos os problemas de saúde em homens são os resultados de masculinidade hegemônica e mau comportamento, sem levar em conta a percepção do indivíduo do sexo masculino com relação à sua vida e sua saúde.

Contudo, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem aponta para uma perspectiva de buscar qualidade de vida e promoção da integralidade do cuidado na população masculina. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define qualidade de vida como a “[...] percepção do indivíduo de sua proteção na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.” Identifica-se nessa definição uma natureza multifatorial da qualidade de vida que considera seis domínios que objetivam demonstrar diferentes dimensões do ser humano, as quais contemplam saúde física, saúde psicológica, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e padrão espiritual^{6,7}.

A integralidade do cuidado na atenção à saúde deve ser pautada em políticas e ações programáticas que respondam às demandas e necessidades da população masculina no acesso à rede de cuidados em saúde, considerando a complexidade e as especificidades de diferentes abordagens do cuidado no processo saúde-doença em suas distintas dimensões: biológica, cultural e social⁸.

Deve-se entender a promoção de qualidade de vida nos homens como uma lógica de trabalho pautada em uma reorganização das práticas e, assim, as equipes transdisciplinares de saúde deveriam estar qualificadas para proporcionar consciência em saúde, colaborando com a busca de uma sociedade comprometida com seu próprio bem-estar⁹.

O objetivo do presente estudo foi analisar o conceito e a percepção dos homens sobre qualidade de vida, tomando como base a área de abrangência de uma unidade de saúde da família com vistas a buscar sua representação de consciência em saúde, a qual repercute no seu próprio bem-estar.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória com abordagem qualitativa, realizada no período de janeiro a novembro de 2011. Os participantes receberam esclarecimentos a respeito do objetivo e método, da garantia do sigilo e anonimato, da livre opção em participar ou cancelar sua permissão, sem penalidade alguma. A pesquisa foi realizada em uma unidade de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) inserida no Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde, PET-Saúde.

O universo estatístico existente foi de 608 homens (30% da população geral), os quais foram convidados a comparecer na ESF para conversarem a respeito da saúde do homem, em dias previamente agendados, nos períodos noturno e diurno. Para a composição da amostra, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: ter emprego e moradia fixos e idade entre 19 e 65 anos. Tais critérios foram eleitos considerando-se a realidade sociodemográfica da área de abrangência da ESF referência para essa população, tendo sido incluídos todos os homens que aceitaram participar da pesquisa. Foram excluídos os que não preencheram os critérios de inclusão ou aqueles que se recusaram a participar da pesquisa.

A técnica de amostragem utilizada foi a não probabilística¹⁰, por acessibilidade e, para a coleta de dados, foi elaborado um roteiro de entrevista semiestruturada, com perguntas abertas referentes à identificação, como o homem conceitua a qualidade de vida e como ele a percebe. O teste-piloto foi realizado para adequação de termos.

Para a análise dos dados, utilizou-se o Discurso do Sujeito Coletivo, técnica metodológica que permite o resgate de discursos recuperando o pensamento e a concepção sobre qualidade de vida, enquanto comportamento discursivo e fato social internalizado individualmente de forma qualitativa¹⁰.

As categorias foram elaboradas ao serem agrupadas ideias semelhantes, sentidos confluentes oriundos de leituras exaustivas dos depoimentos. Identificou-se então quatro categorias de discursos, elaboradas com base na natureza multidimensional do conceito de qualidade de vida¹¹: (A) física – percepção do indivíduo sobre sua condição física; (B) psicológica – percepção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva; (C) do relacionamento social – percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida; (D) do ambiente – percepção do indivíduo sobre aspectos diversos relacionados ao ambiente em que vive.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) sob protocolo nº 1214/10.

Resultados

Foram entrevistados 57 participantes na faixa etária entre 19 e 65 anos. Quanto ao perfil sociodemográfico, predominaram homens com segundo grau completo e com renda proporcional até três salários mínimos (Tabela 1).

Os dados qualitativos explicam a categorização da ideia central e a síntese do discurso do sujeito coletivo, bem como a frequência das ideias na categorização (Tabelas 2 e 3).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos homens participantes da pesquisa, vinculados a uma unidade da Estratégia Saúde da Família em Marília, 2011.

| Perfil dos entrevistados (n=57) | N | % |
|---------------------------------|----|---------|
| Faixa etária, n(%) | | |
| 19-28 anos | 11 | (19,30) |
| 20-37 anos | 13 | (22,80) |
| 38-46 anos | 16 | (28,07) |
| 47-55 anos | 13 | (22,80) |
| + 55 anos | 04 | (7,02) |
| Escolaridade, n(%) | | |
| Primeiro grau completo | 12 | (21,05) |
| Primeiro grau incompleto | 08 | (14,03) |
| Segundo grau completo | 21 | (36,84) |
| Segundo grau incompleto | 05 | (8,77) |
| Superior completo | 08 | (14,03) |
| Superior incompleto | 03 | (5,26) |
| Renda mensal, n(%) | | |
| Mais de 6 salários mínimos | 04 | (7,02) |
| 3-6 salários mínimos | 20 | (35,00) |
| Até 3 salários mínimos | 33 | (57,89) |
| Não Declararam | 10 | (17,54) |

Tabela 2. Dados referentes ao conceito de qualidade de vida dos homens participantes da pesquisa, vinculados a uma unidade da Estratégia Saúde da Família em Marília, 2011.

| Pergunta: O que é qualidade de vida para você? | | |
|--|-------|---|
| Dimensão | % | Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) desta dimensão |
| A | 45 | Para mim, qualidade de vida consiste em não sofrer um colapso, um acidente, estar saudável podendo cuidar da saúde para trabalhar além de cuidar da minha vida, vivendo em paz e valorizando-a. É ter uma boa alimentação e disposição, ter um bom sono e acordar cedo, praticar exercícios físicos como caminhada. É não tomar bebida alcoólica, não fumar, não ter nenhum vício e ter uma boa higiene pessoal. É procurar sempre um médico e tomar o remédio certo. |
| B | 41,67 | Qualidade de vida é estar feliz como primeiro passo, se sentir tranquilo sem nenhuma preocupação na cabeça. É ser calmo e sossegado, aceitar diferentes maneiras de pensar e viver. Ter estabilidade e estar bem sem depressão. |
| C | 6,67 | Qualidade de vida é estar bem com a sociedade e em paz com todos, tendo um bom relacionamento com a família, com os amigos, no trabalho e com os vizinhos. |
| D | 6,67 | Qualidade de vida é curtir a vida com saúde que impulsiona a buscar os sonhos, se sentindo bem com o que faz no trabalho e na vida. Não ter nenhum problema, ter saúde para trabalhar e ganhar dinheiro e estar sem dificuldades financeiras, sem dever nada para ninguém. É estar bem estruturado, não deixando faltar nada em casa e poder dar aos filhos o que eles necessitam. |

Tabela 3. Dados referentes à percepção de qualidade de vida pelos homens participantes da pesquisa, vinculados a uma unidade da Estratégia Saúde da Família em Marília, 2011.

| Pergunta: Como está a sua qualidade de vida? | | |
|--|-------|---|
| Dimensão | % | Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) desta dimensão |
| A | 35,71 | Está boa, pois me alimento bem e procuro sempre estar com saúde, sempre exercitando o corpo, praticando esporte, como caminhada. Eu busco estar sem o colesterol e triglicérides altos. Acho que ainda precisa melhorar, pois como pão com mortadela, salsicha e batata frita. |
| B | 17,86 | Não está boa por causa da rotina da vida que é muito corrida. Ando estressado, indo da casa para o trabalho e do trabalho para casa. Tento fazer as coisas certas, mas não consigo, pois a correria do dia a dia faz o tempo voar. Queria poder tirar férias ao invés de vendê-las para pagar as contas. |
| C | 28,57 | Não está muito boa, está regular. Tenho muita preocupação com os filhos e falta tempo para me entender com eles. As coisas em casa estão passando por vários desentendimentos com muita cobrança da mulher e dos amigos. Mas o lado bom é que tenho alguém para amar. |
| D | 17,86 | Está boa, pois tenho minha casa, meus filhos estão trabalhando e eu também. Vou levando a vida de pobre, mas dá pra sobreviver. |

Discussão

Os depoimentos apontam que os homens desconhecem o sentido amplo do conceito qualidade de vida, focando predominantemente em aspectos físicos e biológicos. Isso evidencia que há uma fragilidade na sensibilização dos homens para a importância das medidas de prevenção e manutenção da saúde, o que leva à dificuldade de adaptarem-se à hábitos de vida saudáveis. Torna-se necessário investir em educação para valorizar ações que evitem comportamentos de risco à saúde pelos homens¹².

Educar vem do latim *educare* e significa “[...] auxiliar a desenvolver o ser humano de dentro para fora.” No entanto, os homens possuem um imaginário masculino de considerarem-se fortes e invulneráveis, que os impede de praticarem ações saudáveis¹².

Gomes¹³ chama esse imaginário de marcas identitárias da masculinidade que podem fazer com que os homens se exponham mais frequentemente a fatores de risco, em muitas situações tornando-se vítimas de seus próprios estilos de vida.

Em função disso, é necessário que os profissionais de saúde adotem formas diferentes de pensar e rompam com atitudes, crenças e valores cristalizados ao longo de sua formação profissional e social, incorporando novos conceitos pertencentes à saúde do homem, para, conseqüentemente, agirem de maneira distinta em sua prática profissional, melhor organizando os serviços e estimulando estes homens para que busquem qualidade de vida^{11,14}.

A promoção de discussões no âmbito da saúde pública, quanto aos sentidos atribuídos à sexualidade masculina, necessita ultrapassar as dimensões simbólicas do imaginário masculino para que possam ser implementadas medidas preventivas e práticas de promoção da saúde com vistas a se alcançar uma integralidade do cuidado¹⁵.

Conclusão

O presente estudo teve o propósito de apresentar o conceito e analisar a percepção dos homens acerca da qualidade de vida, com vistas a buscar sua representação de consciência em saúde, utilizando um enfoque abrangente das principais questões teórico-metodológicas que caracterizam sua aplicação no campo da saúde.

O desafio que se coloca para os pesquisadores brasileiros no que se refere à saúde do homem é compreender a visão fragmentada do processo do adoecimento e cuidado. Existem dois paradoxos colocados nessas agendas: como o homem lida com a sua própria saúde e cuida de si e de que maneira as políticas públicas e o sistema de saúde se organizam e compreendem a realidade masculina.

Portanto, a política da saúde do homem constitui importante estratégia de promoção da saúde, todavia requer agilidade e criatividade dos profissionais de saúde para lidarem com a singularidade masculina e suas vulnerabilidades no cotidiano dos serviços da atenção primária.

Referências

1. Carrara S, Russo JA, Faro L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis*. 2009; 19(3): 659-78.
2. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito SA. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002; 7(4): 687-707. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232002000400007>
3. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R, et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface Comun Saúde Educ*. 2010; 14(33): 257-70.
4. Schraiber LB. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. In: Villela W, Monteiro S, editores. *Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2005. p. 39-61
5. Macdonald, JJ. Shifting paradigms: a social-determinants approach to solving problems in mens's health policy and practice. *MJA*. 2006 Oct [cited 2004 Maio]; 185(8). Disponível em: http://www.mja.com.au/public/issues/185_08_161006/mac10104_fm.html
6. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20: 580-8.
7. Bub MB, Medrano C, Silva CD, et al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15: 152-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000500018>
8. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, editores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ; 2001. p. 113-26.
9. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000; 5(1): 163-77. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100014>
10. Lefevre F, Lefevre AM. O sujeito coletivo que fala. *Interface Comun Saúde Educ*. 2006; 10(20): 517-24. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000200017>
11. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000; 5(1): 7-18. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>
12. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens na pauta da saúde coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10: 7-17. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100002>
13. Gomes R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003; 8(3): 825-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000300017>
14. Wang ML, Jablonski B, Magalhães. As identidades masculinas: limites e probabilidades. *Psicol Rev*. 2006; 12(19): 54-65.
15. Carvalho SR. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004; 9(3): 669-78. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000300018>

A aplicação de um guia de medidas preventivas por médicos de família em um centro de saúde de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil

The application of a guide for disease prevention by family physicians in a health centre of Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil

La aplicación de un guía de medidas preventivas por los médicos de familia en un centro de salud de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil

Luciane Loures dos Santos. Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. luloures@hotmail.com (*Autora correspondente*)

Anderson Soares da Silva. Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. assilva@fmrp.usp.br

Amaury Lelis Dal-Fabbro. Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. adfabbro@fmrp.usp.br

Luciana Martins Versiani. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Brasília, DF, Brasil. luversiani@gmail.com

Jose Sebastião dos Santos. Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. jsdsanto@fmrp.usp.br

Ajith Kumar Sankarankutty. Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. ajith@fmrp.usp.br

Resumo

Neste estudo, foi adaptado um protocolo de prevenção, contendo medidas de prevenção primária e secundária, composto por rastreamento, aconselhamento, vacinação e quimioprofilaxia com níveis A e B de recomendação. O estudo foi desenvolvido em uma Unidade de Saúde da Família na qual atuam residentes de Medicina de Família e Comunidade. Os médicos foram treinados quanto à importância e utilização do material preventivo (tabela e encarte-lembrete) e sua adesão foi avaliada por meio do preenchimento do encarte-lembrete. No ano estudado, realizaram-se 3.995 consultas a 1.596 usuários e, em apenas 397 prontuários, encontrou-se o encarte-lembrete com registro de uma medida preventiva, o que representou 25% da população atendida. As medidas encontradas seguiram esta ordem: rastreamento (99%); aconselhamento (90%); quimioprofilaxia (55%); e vacinação (45%). Este protocolo de prevenção norteia o profissional quanto às medidas a serem oferecidas, entretanto faz-se necessário implementar outras ações para que as medidas preventivas possam ser oferecidas de maneira mais efetiva.

Abstract

In this study, we adapted a protocol for preventive measures containing primary and secondary prevention, comprising screening, counseling, vaccination and chemoprophylaxis with levels A and B of recommendation. This study was conducted in a Family Healthcare Unit where Family and Community Medicine residents are trained. Medical resident students were trained on the importance and use of prevention material (protocol and reminders) and their adherence was assessed by the completion of booklet reminders. During the one-year study period, 3995 consultations were held with 1596 patients. However, the record of at least one preventive measure was found in only 397 booklet reminders, which represents 25% of the population seen. The preventive measures found were screening (99%), counseling (90%), chemoprophylaxis (55%), and vaccination (45%). This protocol provides professionals with a set of preventive measures to be offered; however, other actions are needed so that preventive measures can be provided more effectively.

Resumen

En este estudio, fué adaptado un protocolo de medidas de prevención primarias y secundarias, compuesto por selección, consejo, vacunación y quimioprofilaxis con los niveles A y B de recomendación. El estudio se realizó en una Unidad de Salud Familiar, donde trabajan residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Se capacitó a los médicos sobre la importancia y el uso del material de prevención (tabla y folleto recordatorio) y se evaluó su adhesión mediante las respuestas al cuestionario localizado en el folleto recordatorio. En el año de estudio, los médicos realizaron 3995 consultas a 1596 pacientes y en sólo 397 historias clínicas se encontró el folleto recordatorio con registro de una medida preventiva, lo que representa el 25% de la población atendida. Las medidas encontradas siguieron este orden: selección (99%), consejo (90%), quimioprofilaxis (55%) y vacunación (45%). Este protocolo de prevención guía a los profesionales sobre las medidas que se deben ofrecer, sin embargo, es necesario implementar otras acciones para proporcionar las medidas preventivas con mayor efectividad.

Palavras-chave:

Prevenção de Doenças
Saúde da Família
Avaliação de Resultado de
Ações Preventivas

Keywords:

Disease Prevention
Family Health
Evaluation of Results of
Preventive Actions

Palabras clave:

Prevencción de Enfermedades
Salud de la Familia
Evaluación de los Resultados
de Acciones Preventivas

Parecer CEP:

of.n.º 031/08/COORD.CEP/
CSE-FMRP-USP. 28/02/2008.

Fonte de financiamento:

Fundação Waldemar Barnsley
Pessoa.

Conflito de interesses:

declaram não haver.
Recebido em: 07/05/2012
Aprovado em: 24/05/2013

Como citar: Santos LL, Silva AS, Dal-Fabbro AL, Versiani LM, Santos JS, Sankarankutty AK. A aplicação de um guia de medidas preventivas por médicos de família em um centro de saúde de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013;8(28):213-20. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(28\)487](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(28)487)

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) estão entre as principais causas de morte no mundo, sendo que 80% ocorrem nos países de baixa e média renda¹. A maioria desses óbitos é causada por doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas, cujos principais fatores de risco são o tabagismo, o alcoolismo, o sedentarismo e a alimentação não saudável². Uma vez que se conhecem os fatores de risco, a próxima etapa seria combatê-los ou controlá-los. Cientes disso, faz-se necessário reorganizar as prioridades dos cuidados em saúde, que atualmente tem ênfase no modelo curativo, para uma forma de cuidar que também produza promoção da saúde e prevenção de doenças (PSPD), exercendo a integralidade da atenção, nem só cura e tratamento, nem tampouco só prevenção^{3,4}.

Alguns países industrializados e de alta renda trabalham com protocolos de prevenção clínica, elaborados por órgãos governamentais, baseados em evidências científicas (que envolvem prevenção primária e secundária) por meio de módulos de rastreamento, aconselhamento, vacinação e quimioprofilaxia. Tal abordagem faz parte do que se convencionou chamar “Exame Periódico de Saúde” (EPS) e tem como objetivo prevenir o aparecimento de doenças, identificar estados patológicos em estágios assintomáticos e melhorar o estado de saúde do indivíduo e da comunidade⁵.

Em 2005, no Brasil, não existiam protocolos ou propostas centradas nos indivíduos, que levassem em conta o gênero, a faixa etária, e fatores de risco individuais, adaptados à situação epidemiológica do País, nem a aplicação por profissionais da atenção primária. Por isso surgiu a necessidade de se adaptar um protocolo com tais características para ser aplicado no serviço. Nessa linha, apenas em 2010, o Ministério da Saúde lançou o Caderno de Atenção Básica, número 29, denominado de “Rastreamento”⁶.

Contextualização

O estudo foi realizado em uma Unidade de Saúde da Família (USF) no distrito oeste do município de Ribeirão Preto, totalmente servida por saneamento básico, energia elétrica, abastecimento de água por rede pública e lixo coletado. A equipe de saúde da família era composta por um médico de família e comunidade, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, um auxiliar de serviços gerais e cinco agentes comunitários de saúde responsáveis pelo atendimento de 902 famílias cadastradas, totalizando 3.120 pessoas. Destas, 1.704 eram mulheres (55%) e 1.416 eram do sexo masculino (45%), com predomínio de adultos jovens entre 20 e 39 anos (30,2%) e idosos (22,1%) com maior prevalência de doenças crônico-degenerativas.

Além de prestar assistência clínica aos munícipes, esta unidade serve de campo de ensino e pesquisa a alunos de graduação e pós-graduação da universidade, além de treinamento de médicos residentes do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC).

No período estudado estagiavam ali, cinco residentes de MFC, sendo dois residentes do segundo ano e três residentes do primeiro ano. Cada residente era responsável pela assistência e gestão de uma microárea e todas as ações eram discutidas com o médico de família responsável pela USF.

Descrição

Elaboração do material empregado

Foi elaborado um protocolo de prevenção clínica contendo 22 medidas de prevenção primária e secundária, denominado “O Exame Periódico no Universo da Atenção Primária”, tendo como base recomendações de instituições nacionais e internacionais, adaptadas às necessidades locais⁷. Esse protocolo de prevenção foi composto por medidas de rastreamento, aconselhamento, vacinação e quimioprofilaxia, classificadas como níveis de evidência A e B de recomendação⁸, selecionadas segundo as diretrizes do *U.S. Preventive Services Task Force*⁹, do *Canadian Task Force on Preventive Health Care*¹⁰, do *Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud* (PAPPS)¹¹ da Sociedade Espanhola de Medicina de Família e Comunidade

(SemFYC), além de recomendações de prevenção em saúde do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo.

Preocupados com os custos e com a viabilidade de oferecer um rastreamento com os quais os serviços locais pudessem arcar, foram utilizados apenas os parâmetros plenamente aceitos. Desta forma, considerou-se este conjunto de medidas como 'o mínimo necessário a ser oferecido à população' baseado no conhecimento médico científico disponível naquele momento. A partir deste protocolo e de acordo com a população cadastrada no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), estimaram-se os números de encontros e exames complementares esperados, assim foi possível fazer uma previsão das necessidades locais.

Para facilitar a aplicação do protocolo, foi proposta uma tabela com o resumo do EPS, orientando o profissional quanto ao que deveria ser investigado, segundo idade, sexo e a presença ou não de fator de risco e com qual periodicidade cada medida precisaria ser empregada (Anexo 1). Essa tabela estava disponível aos profissionais de saúde nos consultórios da unidade em que trabalhavam ou estagiavam.

Também, foi elaborado um encarte-lembrete em que deveriam ser registradas as medidas aplicadas, as que estavam pendentes, as que estavam normais e as alteradas (Anexo 2). Os profissionais de saúde foram orientados a afixar o encarte-lembrete como folha de rosto do prontuário clínico individual, devendo atualizá-lo à medida que as ações de prevenção fossem sendo empregadas.

Treinamento

Todos os profissionais da equipe de Saúde da Família foram sensibilizados quanto à relevância da prevenção no âmbito da atenção primária, assim como sobre os benefícios das medidas preventivas. Os profissionais foram orientados a oferecer as medidas preventivas de maneira sistemática a todos os usuários que buscassem a USF, tanto por meio de consultas agendadas, consultas eventuais, grupos ou durante as visitas domiciliares. Ademais, as 22 medidas presentes no protocolo de prevenção, foram discutidas, assim como a utilização da tabela resumo e o registro no encarte-lembrete das medidas de prevenção aplicadas. Ainda como parte do treinamento, os residentes de MFC participaram de simulações a partir de casos clínicos, para aperfeiçoar o uso das medidas preventivas na prática clínica.

Maior ênfase foi dada a equipe médica, composta por um médico de família e comunidade e cinco médicos residentes de MFC (sendo dois residentes do segundo ano e três do primeiro ano), que participaram de todo o processo de implantação do EPS segundo as diretrizes contidas no protocolo "O Exame Periódico no Universo da Atenção Primária".

A adesão dos profissionais ao uso do protocolo de prevenção foi verificada por meio do preenchimento dos encartes-lembrete afixados aos prontuários individuais. Para tanto, todos os prontuários clínicos da unidade foram revisados, buscando-se aqueles cujos usuários tiveram pelo menos uma consulta médica durante o ano de 2005, pois, neste estudo, foi analisada apenas a aplicação das medidas preventivas por médicos de família. Foram excluídos os prontuários das gestantes, dos usuários que mudaram de área ou que faleceram. Também foram excluídos os atendimentos dos usuários de fora da área, pois, normalmente, são realizadas consultas pontuais de usuários que não moram na área adstrita.

Como o protocolo de prevenção foi desenvolvido para maiores de 11 anos e a faixa etária do SIAB inclui as idades de 10 a 14 anos, optou-se também por excluir os prontuários dos menores de 14 anos.

Resultados

Os usuários que mais procuraram atendimento médico na unidade foram os maiores de 60 anos (35%) e aqueles com idade entre 20 e 39 anos (25%), seguidos daqueles entre 50 e 59 anos (17%) e 40 e 49 anos (16%).

Foram realizadas 4.701 consultas médicas no período analisado, contudo foram excluídos os menores de 14 anos e aqueles atendimentos de usuários residentes fora da área de abrangência da unidade, e analisados 3.995 atendimentos de 1.596 pacientes. Considerando apenas os atendimentos de usuários incluídos no estudo (1.596 pacientes), calculou-se a média de 2,5 consultas por paciente no período.

A revisão dos prontuários médicos dos 1.596 pacientes atendidos mostrou que apenas 397 deles continham o encarte-lembrete com o registro de ao menos uma medida de PSPD, correspondendo a 25% dos atendimentos realizados.

Quanto aos tipos de medidas de PSPD empregadas, aquelas que apresentaram maior porcentagem de registro foram: rastreamento (99%) e o aconselhamento (90%). A quimioprofilaxia e a vacinação apresentaram um percentual mais baixo, respectivamente, 55% e 45%.

Discussão

Embora as USF sejam locais privilegiados para a aplicação das medidas de PSPD, foi observada uma baixa frequência de medidas de prevenção clínica registradas nos encartes-lembrete.

Acredita-se que o treinamento não tenha sido suficiente a ponto de sensibilizar os profissionais quanto à importância do emprego das medidas preventivas. Algumas medidas preventivas podem não ter sido registradas devidamente nos prontuários. Ademais, talvez fosse necessário mudar a metodologia do treinamento, incluindo mais espaços de discussão sobre o tema entre todos os profissionais da equipe de saúde da família.

É importante lembrar que o médico assume papel central na assistência à saúde, contudo sua atuação corresponde apenas a uma parte da assistência, devendo-se considerar a participação dos demais membros da equipe da USF. O trabalho em equipe é essencial para a aplicação de medidas de prevenção na Atenção Primária à Saúde, basta considerar que no ano do estudo, segundo dados do SIAB, foram realizadas 8.677 visitas domiciliares pela equipe, sendo 7.880 visitas feitas pelos agentes comunitários de saúde, 150 pela equipe de enfermagem e 284 pela equipe médica, além das visitas de outros profissionais (psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos e fonoaudiólogos). Tais visitas poderiam ser aproveitadas para a aplicação de algumas medidas de prevenção, tais como, verificação da carteira de vacina, aconselhamento sobre a importância da realização de mamografias ou dos malefícios do tabagismo, entre outras e portanto, o treinamento de toda a equipe, possivelmente, ajudaria na melhoria dos índices de aplicação das medidas de prevenção. A educação em saúde, visando maior adesão da população, seria outro ponto no qual investir.

Um dos fatores que também pode ter contribuído para o baixo índice de emprego das medidas de prevenção diz respeito à própria formação dos profissionais de saúde. Sabe-se que, durante a graduação, a maioria dos cursos superiores da área é voltada para uma formação eminentemente curativa e hospitalar, ficando em segundo plano a abordagem de temas relacionados à promoção da saúde e prevenção de doenças. De fato, mudar a visão do profissional em relação às medidas preventivas requer profundas alterações na maneira como eles estão sendo formados nas universidades, por exemplo, com a criação de disciplinas específicas e a inserção precoce do aluno em unidades de cuidados primários¹².

Uma das limitações do estudo foi a busca da informação apenas nos encartes-lembrete contidos nos prontuários. Em vários prontuários, não foi encontrado e, quando encontrado, não estava preenchido. Tal achado está de acordo com vários trabalhos nacionais, pois o registro em prontuário, seja no âmbito hospitalar ou ambulatorial, apresenta deficiências, como prontuários mal preenchidos, incompletos e com letras ilegíveis¹³⁻¹⁵. Seria necessário revisar todo o prontuário clínico individual, já que as medidas poderiam ter sido aplicadas e registradas ao longo das consultas. Ou ainda, buscar a informação em outros instrumentos utilizados pelas equipes da ESF, tais como: fichas de acolhimento, prontuário familiar e cartão de vacina.

Por ser uma USF que também trabalha com ensino e pesquisa, os autores se surpreenderam com o baixo registro encontrado nos encartes-lembrete. Acredita-se que os inúmeros locais de registro, como o prontuário familiar e individual, além dos diferentes tipos de Sistemas de Informação em Saúde que estão presentes na Atenção Primária à Saúde (SIAB, Hiperdia, Siscolo, etc.) acabam por dificultar o registro das informações. Tornam-se necessários sistemas de informação que se comuniquem, facilitando o registro da assistência prestada pela equipe de saúde, produzindo dados mais fidedignos e com mais agilidade. Estudos evidenciam que a criação e utilização de recordatórios eletrônicos facilitam a aplicação e o registro das medidas preventivas¹⁶.

Ademais, as USF não podem ser os únicos locais a empregarem as medidas de prevenção clínica. Segundo os dados encontrados no SIAB, 33,6% dos indivíduos cadastrados possuíam acesso à saúde suplementar. Além disso, 45% deles responderam que buscavam outros serviços de saúde, além do atendimento prestado pela USF. Ressalta-se que a aplicação das medidas preventivas deve ser realizada em cada encontro com os usuários, por todos os profissionais da ESF, na unidade, no domicílio e mesmo nos equipamentos sociais.

Tal tarefa poderia ser facilitada não apenas com a conscientização dos profissionais (por meio de treinamentos ou educação médica continuada), mas também pela utilização de protocolos eletrônicos que funcionariam como lembretes, ao incluir nos prontuários individuais e familiares da USF, recomendações de medidas de prevenção segundo o sexo, a faixa etária e os fatores de risco individuais¹⁷.

Vale ressaltar que existem inúmeros aspectos preventivos ainda não bem estabelecidos, como o intervalo para solicitação de alguns exames de rastreamento ou com qual frequência deve-se aplicar algumas medidas. Vive-se uma pressão pelo incremento da prevenção, seja por interesses na venda de mais medicamentos, inovação em aparelhos de *screening*, além da diminuição dos limites das pré-doenças. Neste cenário, torna-se imprescindível incluir, entre as medidas de PSPD, apenas aquelas que têm indiscutivelmente o apoio da literatura científica. Essa é uma das tarefas dos médicos da ESF, profissionais fundamentais para o sistema público de saúde, visto que 70% dos diagnósticos de câncer são realizados por médicos não oncologistas^{18,19}.

Os protocolos de prevenção são recomendações de conduta e não “camisas de força” a engessar a prática clínica. O profissional de saúde deve exercer uma avaliação crítica da situação e distinguir elementos que fogem da rotina e, portanto, da aplicação do protocolo. É também papel da equipe da ESF realizar a prevenção quaternária, identificando usuários que possam estar expostos a intervenções terapêuticas ou diagnósticas desnecessárias e inapropriadas⁶.

Por fim, as ações preventivas de abordagem individual, como o rastreamento oportunístico, direcionado a populações de alto risco, podem ser menos efetivas e mais caras que outras abordagens de âmbito populacional. No entanto, na prática clínica de uma equipe da ESF, quando se pensa na assistência centrada no usuário, é importante que este tenha acesso aos serviços de saúde e às informações sobre o cuidado com sua saúde. É preciso oferecer aos usuários as medidas preventivas indicadas para o seu perfil, para que ele tenha acesso à informação e o livre arbítrio para decidir sobre a realização ou não de exames, prescrições ou orientações²⁰.

Os motivos econômicos podem não justificar a aplicação das medidas de PSPD no âmbito individual e oportunístico, bem como, deve-se pesar os potenciais benefícios e danos para a saúde dos indivíduos que têm um diagnóstico precoce. Por outro lado, um tratamento efetivo que diminui o sofrimento, a dor e até a morte por causas evitáveis, é um argumento real e razão para a implementação de medidas preventivas²¹.

Conclusão

O Exame Periódico de Saúde é um importante instrumento norteador das medidas de promoção de saúde e prevenção de doenças que devem ser oferecidas aos usuários e à população cadastrada, no entanto, disponibilizar protocolos e instrumentos que facilitem a implantação das medidas de PSPD não se mostrou suficiente. Provavelmente, outras medidas precisam ser implementadas na atenção primária, para que as medidas de PSPD possam ser oferecidas aos usuários dos serviços, como o treinamento de todos os profissionais da equipe, a aplicação das medidas em outros cenários, além da unidade de saúde, a inclusão de discussão sobre protocolos de prevenção no âmbito da formação profissional, e um sistema de informação que facilite o registro das medidas preventivas no âmbito da atenção primária.

Referências

1. Strong K, Mathers C, Leeder S, Beaglehole R. Preventing chronic diseases: how many lives can we save? *Lancet*. 2005; 366(9496): 1578-82. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67341-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67341-2)
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 160 p.
3. Brasil. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005. 79 p.
4. Hardy GE Jr. The burden of chronic disease: the future is prevention. Introduction to Dr. James Marks' presentation, "The Burden of Chronic Disease and the Future of Public Health". *Prev Chronic Dis*. 2004; 1(2): A04.
5. McWhinney IR, Freeman T. Manual de Medicina de Família e Comunidade. 3. ed. Porto Alegre: ArtMed; 2009. p. 956.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Cad Atenção Primária. 2010; (29).
7. Sankarankutty AK, Ribeiro LP. O Exame Periódico no Universo da Atenção Primária. Ribeirão Preto: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2003. Mimeo.
8. New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ. 2003; 169(3): 207-8.
9. U.S. Preventive Services Task Force [internet]. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007. Guide to Clinical Preventive Services. [acesso em 12 set 2007]. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/clinic/prevenix.htm>.
10. The Canadian Task Force on Preventive Health Care [internet]. Ontário: The Organization; 2005. [acesso em 12 set 2007]. Disponível em: <http://canadiantaskforce.ca/guidelines/all-guidelines/>
11. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud [página da internet]. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC); 2004. [acesso em 12 set 2007]. Disponível em: <http://www.papps.org/>
12. Campos MAF. Percepção e avaliação dos alunos do curso de medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006.
13. Setz VG, D'Innocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. Acta Paul Enferm. 2009; 22(3): 313-7. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000300012>
14. Modesto MG, Moreira EC, Almeida-Filho N. Reforma Sanitária e Informação em Saúde: Avaliação dos Registros Médicos em um Distrito Sanitário de Salvador, Bahia. Cad Saúde Pública. 1992; 8(1): 62-68. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1992000100008>
15. Tonani M, Carvalho EC. Risco de Câncer e Comportamentos preventivos: a persuasão como estratégia de intervenção. Rev Latino-Am Enfermagem. 2008; 16(5): 67-74.
16. Susman J. An ounce of prevention is a ton of work. Fam Med. 2002; 34(1): 45-7.
17. Damiani G, Pinnarelli L, Colosimo SC, Almiento R, Sicuro L, Galasso R, et al. The effectiveness of computerized clinical guidelines in the process of care: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2010; 10(1): 2. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-10-2>
18. Starfield B, Hyde J, Gervas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? J Epidemiol Community Health. 2008; 62(7): 580-3. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2007.071027>
19. Instituto Nacional de Câncer. Diagnóstico de câncer Colorretal. [acesso em 06 mar 2013]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colorretal/diagnostico1>
20. Santos LL. Análise da percepção e registro das medidas de prevenção de doenças por profissionais da atenção primária. [Tese]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2010.
21. Rose G. Estratégias da Medicina Preventiva. Norman, AH, tradutor. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 192.

Anexo 1. Tabela de Cuidados Preventivos e Promoção da Saúde: > 11 Anos.

| | 11 | 18 | 20 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | ACIMA 65 | NÍVEL | FONTE |
|------------------------------|----|----|----|----|----------|--|----|--|----------|---------------|-------|---------------|
| ACONSELHAMENTO | | | | | | | | | | | | |
| DIETA (1) | | | | | | 2/2 ANOS | | | | | B | ATF |
| RASTREIO | 11 | 18 | 20 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | ACIMA 65 | NÍVEL | FONTE |
| OBESIDADE (2) | | | | | | 2/2 ANOS | | | | | B | ATF |
| HIPERTENSÃO ARTERIAL (3) | | | | | | 2/2 ANOS | | | | | A | ATF/SBH |
| DISLIPIDEMIA (4) | | | | | | HOMENS 5/5 ANOS MULHERES 5/5 ANOS | | | | | A | ATF |
| DIABETES MELLITUS TIPO 2 (5) | | | | | | 3/3 ANOS | | | | | B/B | ATF/CTF |
| CA DE COLO DE ÚTERO (6) | | | | | 3/3 ANOS | | | | | | A | ATF/INCA |
| CA DE MAMA (7) | | | | | | | | ANUAL OU 2/2 ANOS | | | B | ATF/INCA |
| CA COLO-RETAL (8) | | | | | | | | ANUAL | | | A | ATF |
| OSTEOPOROSE (9) | | | | | | | | | 5/5 ANOS | | B | ATF |
| HIV (10) | | | | | | 3/3 ANOS | | | | | A | ATF |
| SÍFILIS (11) | | | | | | 3/3 ANOS | | | | | A | ATF |
| ANEURISMA DE AORTA (12) | | | | | | | | | | UMA ÚNICA VEZ | B | ATF |
| TABAGISMO | | | | | | 2/2 ANOS | | | | | A | ATF/INCA |
| USO DE ALCOOL (13) | | | | | | 2/2 ANOS | | | | | B | ATF/AAAA |
| DEPRESSÃO | | | | | | 2/2 ANOS | | | | | B/B | ATF/CTF |
| QUIMIOPROFILAXIA | 11 | 18 | 20 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | ACIMA 65 | NÍVEL | FONTE |
| AAAS (14) | | | | | | | | HOMENS 5/5 ANOS MULHERES 5/5 ANOS | | | A | ATF/AHA |
| VACINAÇÃO | 11 | 18 | 20 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | ACIMA 65 | NÍVEL | FONTE |
| FEBRE AMARELA (15) | | | | | | 10/10 ANOS | | | | | - | MS/SMS-RP |
| SOR (16) | | | | | | DOSE ÚNICA | | | | | - | MS/SMS-RP |
| dT (17) | | | | | | 10/10 ANOS | | | | | - | MS/SMS-RP |
| HEPATITE B (18) | | | | | | | | | | | - | MS/SMS-RP |
| INFLUENZA (19) | | | | | | | | | | ANUALMENTE | A | CTF/MS/SMS-RP |
| PNEUMOCOCCO (20) | | | | | | | | | | DUAS DOSES | A | CTF/MS/SMS-RP |

Autores: Luciane Loures dos Santos, Anderson Soares da Silva, Luciana Martins Versiani, Ajith Kumar Sankarankutty, Maximilian Jokiti Kobayashi, Rogério Nunes Lemos, Leonardo Pinto Ribeiro.

Apoio: Fundação Waldemar Bamsley Pessoa

SIGLAS: AHA - American Heart Association; ATF - American Task Force; CTF - Canadian Task Force; NIAAA - National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; MS - Ministério da Saúde; SBH - Sociedade Brasileira de Hipertensão; SMS-RP - Secretaria Municipal da Saúde - Ribeirão Preto; INCA - Instituto Nacional do Câncer; CRIE - Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais; IMC - Índice de Massa Corporal; DAC - Doença Arterial Coronária; DCV - Doenças Cardiovasculares.

OBSERVAÇÕES: (1) - Apenas adultos com dislipidemia ou outros fatores de risco para DCV e/ou doenças crônicas que tenham relação com a alimentação; (2) - Mensuração do IMC e da circunferência abdominal; (3) - Anualmente para aqueles com PA entre 130-139/85-89 mmHg; (4) - Acima de 35 anos para homens e 45 para mulheres ou para ambos acima de 20 anos com risco elevado de DAC; (5) - Apenas em adultos com hipertensão arterial ou dislipidemia; (6) - Rastreamento trienal após dois exames consecutivos normais; (7) - Rastreamento anual a partir dos 35 em mulheres com risco elevado de CA de mama. Realizar até 69 anos; (8) - Realizar rastreamento até 80 anos; (9) - Rastreamento 2/2 anos caso a densitometria seja anormal; (10) - Apenas em indivíduos com maior risco de infecção pelo HIV; (11) - Apenas em indivíduos com maior risco de infecção pelo treponema; (12) - Uma única vez para homens de 65 a 75 anos que tenham fumado; (13) - Inclusive gestantes; (14) - Apenas em pessoas com risco aumentado de DAC. Reavaliar a intervalos menores se surgir novo fator de risco; (15) - Feita apenas em áreas de ocorrência de FA ou naqueles que irão viajar para áreas de risco; (16) - Aplicar em todos que nasceram a partir de 1960, especialmente pós-parto, pós-aborto e em viagem para áreas onde haja circulação do vírus; (17) - 5/5 anos para gestantes ou em determinados ferimentos; (18) - Em Rib. Preto, é feita até 19ª 11M 29D, especialmente no pós-parto e pós-aborto. Os indivíduos suscetíveis, segundo o CRIE, terão prioridade para a vacinação; (19) - Indivíduos suscetíveis segundo o CRIE terão prioridade para a vacinação; (20) - Indivíduos suscetíveis segundo o CRIE terão prioridade para a vacinação.

* Área destacada: indivíduos de maior risco.

Anexo 2. Ficha de marcação de cuidados preventivos e promoção de saúde: > 11 anos.



| | |
|-------------|------------------------------------|
| Nome: _____ | Microárea/Família: _____ |
| Sexo: _____ | Data de Nascimento: ____/____/____ |

| ACONSELHAMENTO | Data: | | | | | |
|--------------------------|-----------|------------|-------------|-------------|------------------|--|
| | N, Normal | A, Anormal | R, Recusado | P, Pendente | X, Não se aplica | |
| DIETA | | | | | | |
| RASTREAMENTO | | | | | | |
| OBESIDADE | | | | | | |
| HIPERTENSÃO ARTERIAL | | | | | | |
| DISLIPIDEMIA | | | | | | |
| DIABETES MELLITUS TIPO 2 | | | | | | |
| CA DE COLO DE ÚTERO | | | | | | |
| CA DE MAMA | | | | | | |
| CA DE COLO-RETAL | | | | | | |
| OSTEOPOROSE | | | | | | |
| HIV | | | | | | |
| SÍFILIS | | | | | | |
| ANEURISMA DE AORTA | | | | | | |
| TABAGISMO | | | | | | |
| USO DE ÁLCOOL | | | | | | |
| DEPRESSÃO | | | | | | |
| QUIMIOPROFILAXIA | | | | | | |
| AAS | | | | | | |
| VACINAÇÃO | | | | | | |
| FEBRE AMARELA | | | | | | |
| SCR | | | | | | |
| dT | | | | | | |
| HEPATITE | | | | | | |
| INFLUENZA | | | | | | |
| PNEUMOCOCCO | | | | | | |

Autores: Luciane Loures dos Santos, Anderson Soares da Silva, Luciana Martins Versiani, Ajith Kumar Sankarankutty, Maximilian Jokiti Kobayashi, Rogério Nunes Lemos,Leonardo Pinto Ribeiro.

Apoio: Fundação Waldemar Barnsley Pessoa

EDITORIAL

| | |
|---|-----|
| Promoção da saúde: um desafio para a atenção primária <i>Health promotion: a challenge for primary care</i> <i>Promoción de la salud: un desafío para la atención primaria</i> Armando Henrique Norman | 153 |
|---|-----|

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES / ARTÍCULOS ORIGINALES

| | |
|--|-----|
| Percepção e prática da promoção da saúde na estratégia saúde da família em um centro de saúde em São Paulo, Brasil <i>Perception and practice of health promotion in the family health strategy in a health centre in São Paulo, Brazil</i> <i>Percepción y práctica de la promoción de la salud en la estrategia de salud familiar en un centro de salud en São Paulo, Brasil</i> Andreia Kaori Sasaki, Maressa Priscila Daga de Souza Ribeiro | 155 |
|--|-----|

| | |
|--|-----|
| Sintomas somatoformes em medicina de família: um estudo descritivo da incidência e evolução em uma unidade de saúde familiar de Portugal <i>Somatiform symptoms in family medicine: a descriptive study of incidence and outcome in a family health center in Portugal</i> <i>Síntomas somatomorfos en medicina familiar: un estudio descriptivo de la incidencia y evolución en un centro de salud familiar de Portugal</i> José Mendes Nunes, John Yaphé, Isabel Santos | 164 |
|--|-----|

| | |
|---|-----|
| Perfil sociodemográfico e necessidades de educação em saúde entre cuidadores de idosos em uma unidade de saúde da família em Ilhéus, Bahia, Brasil <i>Sociodemographic profile and health education needs amongst caregivers of the elderly in a family health unit in Ilhéus, Bahia, Brazil</i> <i>Perfil sociodemográfico y las necesidades de educación en salud entre los cuidadores de los ancianos en una unidad de salud familiar en Ilhéus, Bahia, Brasil</i> Elaine Rodrigues Coelho, Daniel dos Santos Sacerdote, Laís Tailla Santos Cardoso, Rosana Maria de Carvalho Santos Barreto, Rozemere Cardoso de Souza | 172 |
|---|-----|

| | |
|---|-----|
| Avaliação da acuidade visual em escolares no município de Herval d'Oeste, Santa Catarina, Brasil <i>Visual acuity assessment in schoolchildren in the municipality of Herval d'Oeste, Santa Catarina state, Brazil</i> <i>Evaluación de la agudeza visual en estudiantes en el municipio de Herval d'Oeste, Santa Catarina, Brasil</i> Rafaela Santini de Oliveira, Alisson Vinicius Parizotto, Mariane Fahrerr Caleffi, Caroline Beal, William Shi Seng Yeh, Maria do Carmo Vicensi | 180 |
|---|-----|

| | |
|--|-----|
| Perfil nutricional de usuários do Programa HIPERDIA em Ananindeua, Pará, Brasil <i>Nutritional profile of the HIPERDIA Program users in Ananindeua, Pará state, Brazil</i> <i>Perfil nutricional de los usuarios del Programa HIPERDIA en Ananindeua, Pará, Brasil</i> Bruna Ranyelle de Marinho Sousa, Domitila Pereira Blanco Vieira, Isameriliani Rosalém Pereira Silva, Tainá Pinheiro Braga, Giselle Cristina dos Santos Burçãos, Cláudia Daniele Tavares Dutra, Carla Andréa Avelar Pires | 187 |
|--|-----|

| | |
|---|-----|
| Benefícios dos grupos no manejo da hipertensão arterial sistêmica: percepções de pacientes e médicos <i>Benefits of groups in managing systemic arterial hypertension: perceptions of patients and physicians</i> <i>Beneficios de los grupos en el manejo de la hipertensión arterial sistémica: percepciones de los pacientes y de los médicos</i> Rodrigo Pereira do Amaral, Charles Dalcanale Tesser, Pedro Müller | 196 |
|---|-----|

ARTIGOS DE REVISÃO / REVIEW ARTICLES / ARTÍCULOS DE REVISIÓN

| | |
|--|-----|
| Does collaborative care help in the treatment of anxiety in primary health care? <i>O cuidado colaborativo auxilia no tratamento da ansiedade na atenção primária?</i> <i>¿El cuidado colaborativo ayuda a tratar la ansiedad en la atención primaria?</i> Leonardo Moscovici, João Mazzoncini de Azevedo Marques, Antonio Waldo Zuardi | 203 |
|--|-----|

COMUNICAÇÕES BREVES / BRIEF COMMUNICATIONS / COMUNICACIONES BREVES

| | |
|---|-----|
| A integralidade do cuidado na saúde do homem: um enfoque na qualidade de vida <i>The comprehensive care in men's health: an approach on quality of life</i> <i>La integralidad de la atención en la salud del hombre: un enfoque en la calidad de vida</i> Gabriela Romano Oliveira, Matheus Luis Castelan Trilico, Felipe Sanches Paro, Marinei Yuko Kijimura, Sueli Moreira Pirolo | 208 |
|---|-----|

RELATOS DE EXPERIÊNCIA / CASE REPORT / RELATOS DE EXPERIENCIA

| | |
|---|-----|
| A aplicação de um guia de medidas preventivas por médicos de família em um centro de saúde de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil <i>The application of a guide for disease prevention by family physicians in a health centre of Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil</i> <i>La aplicación de un guía de medidas preventivas por los médicos de familia en un centro de salud de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil</i> Luciane Loures dos Santos, Anderson Soares da Silva, Amaury Lelis Dal-Fabro, Luciana Martins Versiani, Jose Sebastião dos Santos, Ajith Kumar Sankarankutty | 213 |
|---|-----|