



Interdisciplinaridade em Saúde

Bárbara Mendes Paz Chao
Catiuscie Cabreira da Silva Tortorella
Marciane Conti Zornita Bortolanza
Timothy Gustavo Cavazzotto
Vania Schmitt



AYA EDITORA
2024

Dr.^a Bárbara Mendes Paz Chao
Dr.^a Catiuscie Cabreira da Silva Tortorella
Ms.^a Marciane Conti Zornita Bortolanza
Dr.^o Timothy Gustavo Cavazzotto
Dr.^a Vania Schmitt
(Organizadores)

Interdisciplinaridade em Saúde

Ponta Grossa
2024

Direção Editorial

Prof.º Dr. Adriano Mesquita Soares

Organizadores

Prof.ª Dr.ª Bárbara Mendes Paz Chao

Prof.ª Dr.ª Catuscie Cabreira da Silva
Tortorella

Prof.ª Ms.ª Marciane Conti Zornita
Bortolanza

Prof.º Dr.º Timothy Gustavo Cavazzotto

Prof.ª Dr.ª Vania Schmitt

Capa

AYA Editora©

Executiva de Negócios

Ana Lucia Ribeiro Soares

Produção Editorial

AYA Editora©

Imagens de Capa

br.freepik.com

Revisão

Os Autores

Área do Conhecimento

Ciências da Saúde

Conselho Editorial

Prof.º Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva

Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

Prof.º Dr. Aknaton Toczec Souza

Centro Universitário Santa Amélia

Prof.ª Dr.ª Andréa Haddad Barbosa

Universidade Estadual de Londrina

Prof.ª Dr.ª Andreia Antunes da Luz

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. Argemiro Midonês Bastos

Instituto Federal do Amapá

Prof.º Dr. Carlos López Noriega

Universidade São Judas Tadeu e Lab. Biomecatrônica - Poli - USP

Prof.º Dr. Clécio Danilo Dias da Silva

Centro Universitário FACEX

Prof.ª Dr.ª Daiane Maria de Genaro Chirolí

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Danyelle Andrade Mota

Universidade Federal de Sergipe

Prof.ª Dr.ª Déborah Aparecida Souza dos
Reis

Universidade do Estado de Minas Gerais

Prof.ª Ma. Denise Pereira

Faculdade Sudoeste – FASU

Prof.ª Dr.ª Eliana Leal Ferreira Hellvig

Universidade Federal do Paraná

Prof.º Dr. Emerson Monteiro dos Santos

Universidade Federal do Amapá

Prof.º Dr. Fabio José Antonio da Silva

Universidade Estadual de Londrina

Prof.º Dr. Gilberto Zammar

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Helenadja Santos Mota

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano, IF Baiano - Campus Valença

Prof.ª Dr.ª Heloísa Thaís Rodrigues de
Souza

Universidade Federal de Sergipe

Prof.ª Dr.ª Ingridi Vargas Bortolaso

Universidade de Santa Cruz do Sul

Prof.ª Ma. Jaqueline Fonseca Rodrigues

Faculdade Sagrada Família

Prof.ª Dr.ª Jéssyka Maria Nunes Galvão

Faculdade Santa Helena

Prof.º Dr. João Luiz Kovaleski

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.º Dr. João Paulo Roberti Junior

Universidade Federal de Roraima

Prof.º Me. Jorge Soistak

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. José Enildo Elias Bezerra

Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Ceará, Campus Ubajara

Prof.ª Dr.ª Karen Fernanda Bortoloti

Universidade Federal do Paraná

Prof.^a Dr.^a Leozenir Mendes Betim

Faculdade Sagrada Família e Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais

Prof.^a Ma. Lucimara Glap

Faculdade Santana

Prof.^o Dr. Luiz Flávio Arreguy Maia-Filho

Universidade Federal Rural de Pernambuco

Prof.^o Me. Luiz Henrique Domingues

Universidade Norte do Paraná

Prof.^o Dr. Milson dos Santos Barbosa

Instituto de Tecnologia e Pesquisa, ITP

Prof.^o Dr. Myller Augusto Santos Gomes

Universidade Estadual do Centro-Oeste

Prof.^a Dr.^a Pauline Balabuch

Faculdade Sagrada Família

Prof.^o Dr. Pedro Fauth Manhães Miranda

Universidade Estadual de Ponta Grossa

Prof.^o Dr. Rafael da Silva Fernandes

Universidade Federal Rural da Amazônia, Campus Parauapebas

Prof.^a Dr.^a Regina Negri Pagani

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.^o Dr. Ricardo dos Santos Pereira

Instituto Federal do Acre

Prof.^a Ma. Rosângela de França Bail

Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais

Prof.^o Dr. Rudy de Barros Ahrens

Faculdade Sagrada Família

Prof.^o Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares

Universidade Federal do Piauí

**Prof.^a Dr.^a Silvia Aparecida Medeiros
Rodrigues**

Faculdade Sagrada Família

Prof.^a Dr.^a Silvia Gaia

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

**Prof.^a Dr.^a Sueli de Fátima de Oliveira
Miranda Santos**

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.^a Dr.^a Thaisa Rodrigues

Instituto Federal de Santa Catarina

© 2024 - **AYA Editora** - O conteúdo deste Livro foi enviado pelos autores para publicação de acesso aberto, sob os termos e condições da Licença de Atribuição *Creative Commons* 4.0 Internacional (**CC BY 4.0**). Este livro, incluindo todas as ilustrações, informações e opiniões nele contidas, é resultado da criação intelectual exclusiva dos autores. Os autores detêm total responsabilidade pelo conteúdo apresentado, o qual reflete única e inteiramente a sua perspectiva e interpretação pessoal. É importante salientar que o conteúdo deste livro não representa, necessariamente, a visão ou opinião da editora. A função da editora foi estritamente técnica, limitando-se ao serviço de diagramação e registro da obra, sem qualquer influência sobre o conteúdo apresentado ou opiniões expressas. Portanto, quaisquer questionamentos, interpretações ou inferências decorrentes do conteúdo deste livro, devem ser direcionados exclusivamente aos autores.

I61177 Interdisciplinaridade em saúde [recurso eletrônico]. / Bárbara Mendes Paz Chao (organizadora)...[et al.] -- Ponta Grossa: Aya, 2024.
118 p.

Inclui biografia
Inclui índice
Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
ISBN: 978-65-5379-457-3
DOI: 10.47573/aya.5379.2.283

1. Cuidados primários de saúde. 2. Saúde coletiva. 3. Enfermeiros e pacientes. 4. Câncer – Pacientes. 5. Idosos - Cuidado e tratamento. 6. Gerontologia. 7. Cuidadores – Treinamento. 8. Exercícios físicos - Aspectos da saúde. 9. Sistema Único de Saúde (Brasil) I. Chao, Bárbara Mendes Paz. II. Tortorella, Catiuscie Cabreira da Silva. III. Bortolanza, Marciane Conti Zornita. IV. Cavazzotto, Timothy Gustavo. V. Schmitt, Vania. VI. Título

CDD: 616

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Bruna Cristina Bonini - CRB 9/1347

International Scientific Journals Publicações de Periódicos e Editora LTDA

AYA Editora©

CNPJ: 36.140.631/0001-53
Fone: +55 42 3086-3131
WhatsApp: +55 42 99906-0630
E-mail: contato@ayaeditora.com.br
Site: <https://ayaeditora.com.br>
Endereço: Rua João Rabello Coutinho, 557
Ponta Grossa - Paraná - Brasil
84.071-150

SUMÁRIO

Apresentação..... 9

01

**Atenção Primária à Saúde: evolução e abordagem
grupala** 11

Kariny Frari Cordeiro
Marina Pilaski da Silva
Catiuscie Cabreira da Silva Tortorella
Bárbara Mendes Paz Chao
Eduarda Ferreira da Silva
Vania Schmitt
Rodrigo Dorneles Tortorella

DOI: 10.47573/aya.5379.2.283.1

02

**Abordagem interdisciplinar no manejo do paciente
oncológico** 17

Isabela Cieslack
Isabella Sayuri
Bárbara Mendes Paz Chao
Catiuscie Cabreira da Silva Tortorella
Marciane Conti Zornita Bortolanza

DOI: 10.47573/aya.5379.2.283.2

03

**Hipertensão Arterial Sistêmica e alimentação
cardioprotetora** 22

Bárbara Reno Oliveira
Celine Aparecida Strujak
Catiuscie Cabreira da Silva Tortorella
Bárbara Mendes Paz Chao

Eduarda Ferreira da Silva
DOI: 10.47573/aya.5379.2.283.3

04

Cuidado de idosos: perfil e dificuldade dos cuidadores .
..... 29

Mariana Lobregati Barreto
Glauca Renee Hilgemberg
DOI: 10.47573/aya.5379.2.283.4

05

**Rastreamento do câncer de mama no Brasil: reflexões
entre o recomendado e o necessário..... 40**

Monica Regina Seguro
Maria Isabel Raimondo Madureira
Maria Lúcia Raimondo
Alexandra Bittencourt Ferraz
DOI: 10.47573/aya.5379.2.283.5

06

**Conhecimento de usuários com Diabetes Mellitus tipo
2 atendidos em uma estratégia de saúde da família,
antes e após a implementação de um grupo de
educação em saúde..... 50**

Maria Eduarda Holzer Duda
Vania Schmitt
Elisabeth Nascimento Lira
Luane Aparecida do Amaral
DOI: 10.47573/aya.5379.2.283.6

07

**Análise dos indicadores de desempenho do Programa
Previne Brasil na Unidade Básica de Saúde (UBS)
Xarquinho II no município de Guarapuava-PR 64**

Carolini Paulo do Nascimento
Giovana Frazon de Andrade Oliveira
Meiriélly Furmann
Fabiola Natel de Paula
Kawane de Souza Gonçalves
Elaine Maria Rodrigues

DOI: 10.47573/aya.5379.2.283.7

08

Determinantes motivacionais da prática de exercício físico em adultos e idosos usuários do SUS 79

Kawane de Souza Gonçalves
Timothy Gustavo Cavazzotto

DOI: 10.47573/aya.5379.2.283.8

09

Correlação entre indicadores de sarcopenia e equilíbrio de idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde do município de Guarapuava 90

Alex Mauro da Cruz
Timothy Gustavo Cavazzotto

DOI: 10.47573/aya.5379.2.283.9

Organizadores 103

Autores 105

Índice Remissivo 113

Apresentação

A saúde coletiva no Brasil é operacionalizada por meio do Sistema Único de Saúde. Ao longo dos anos a Atenção Primária à Saúde tem sido construída e reinventada no sentido de atender às demandas da população.

Com vistas à desconstrução do sistema fragmentado de saúde, a interdisciplinaridade é um convite para a realização de uma prática em saúde mais ampla, indo além da junção de diversas categorias profissionais. A interdisciplinaridade contempla uma abordagem multiprofissional unificada, com o intuito de fornecer atendimento integral e equitativo. No entanto, existe uma lacuna sobre o conhecimento e prática da interdisciplinaridade por parte dos profissionais de saúde. Demonstrando a necessidade de abordar a temática em diversas possibilidades no trabalho em saúde, a fim de atualizar os profissionais e auxiliar os estudantes da área da saúde na compreensão de como realizar um trabalho interdisciplinar.

O objetivo da organização deste livro é demonstrar a amplitude do trabalho em saúde e como a interdisciplinaridade pode ser abordada e executada de diversas formas pelos profissionais. Assim, o livro foi dividido em duas partes: Parte 1 - Interdisciplinaridade em saúde: da promoção ao cuidado do paciente e Parte 2 - Apresentação dos Trabalhos de Conclusão da Residência (TCR) Multiprofissional em Atenção Primária com Ênfase em Saúde da Família da Universidade Estadual do Oeste (UNICENTRO).

A primeira parte intitulada “Interdisciplinaridade em saúde: da promoção ao cuidado do paciente” é constituída por três capítulos: Capítulo 1 - Atenção Primária à Saúde: Evolução e Abordagem Grupal; Capítulo 2 - Abordagem Interdisciplinar no Manejo do Paciente Oncológico; Capítulo 3 - Hipertensão Arterial Sistêmica e Alimentação Cardioprotetora.

O capítulo 1 abrange a evolução da Atenção Primária à Saúde ao longo dos anos, bem como, aborda a criação da Estratégia Saúde da Família, sua forma de execução e a orientação de trabalhos em grupos, visando o atendimento ampliado à população e com vistas à promoção da saúde.

O capítulo 2 defende a prática do trabalho interdisciplinar em oncologia, demonstrando os benefícios de a equipe agir de forma integrada. Demonstra que o tratamento interdisciplinar se torna mais amplo e complexo quando realizado dessa forma, sendo mais eficiente na manutenção e/ou melhoria da qualidade de vida e de sobrevivência do paciente oncológico.

O capítulo 3 aborda orientações sobre como a alimentação pode ser crucial na prevenção da hipertensão arterial sistêmica, bem como na redução de danos de pacientes com problemas cardíacos. O capítulo é pautado nas recomendações do Ministério da Saúde para o manejo da alimentação saudável como fator de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos.

A segunda parte do livro consiste na apresentação dos TCR de residentes que

atuaram em Unidades Básicas de Saúde em Guarapuava, Paraná. Considerando o envelhecimento populacional decorrente de uma melhora da qualidade dos serviços de saúde ao longo dos anos, acesso a medicamentos e qualidade de vida, o capítulo 4 escrito pela residente de fisioterapia aborda sobre a saúde dos idosos, na qual avalia o perfil de cuidadores de idosos em um bairro de Guarapuava, Paraná.

O capítulo 5, escrito por enfermeira durante sua residência, traz um artigo de cunho reflexivo sobre a prevenção e rastreamento do câncer de mama feminino. A partir de publicações do Ministério da Saúde e de outros órgãos brasileiros decorre a temática.

O capítulo 6 versa sobre o Diabetes Mellitus que é uma doença crônica que se encontra entre os principais fatores de mortalidade no mundo. Esse capítulo escrito pela residente de nutrição descreve como foi realizado um grupo de educação em saúde com intervenção sobre o conhecimento de usuários com Diabetes Mellitus tipo 2, antes e após a implementação.

No capítulo 7, a residente de fisioterapia realizou uma análise dos indicadores de desempenho do Programa Previne Brasil na Unidade Básica de Saúde (UBS) Xarquinho II no município de Guarapuava-PR. O Programa Previne Brasil é um programa de incentivo financeiro conforme a efetividade e eficiência dos serviços de saúde, assim tem por intuito estimular a qualidade do serviço e maior induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas assistidas.

A inserção do profissional de educação física na atenção básica é essencial para o enfrentamento de inúmeras doenças considerando os benefícios gerados na saúde como um todo, seja cardiovascular e mental. Desta forma o capítulo 8, escrito pela residente profissional de educação objetivou levantar os principais fatores motivacionais para prática de atividade física em pessoas adultas e idosas participantes ativamente das atividades ministradas pelo profissional. Os fatores motivacionais da prática de exercícios sejam eles psicológicos, fisiológicos, estéticos ou de lazer foram avaliados em busca de possíveis associações entre qualidade de vida e motivação para a prática de exercício físico.

Por fim, o último capítulo, realizado também por profissional de educação física, avaliou os indicadores de sarcopenia e equilíbrio de idosos. Cabe destacar que a análise destes indicadores na atenção básica é de real importância visto que a sarcopenia e a falta de equilíbrio levam a quedas entre idosos e complicações de saúde oriundas deste evento, assim como no aumento de gastos dos serviços de saúde.

A primeira edição deste livro busca disseminar não somente as diferentes formas de atuação nos serviços da atenção primária, mas promover conhecimento entre as diferentes profissões, valorizando a atuação de cada área na busca do atendimento integral em saúde de cada indivíduo.

Boa leitura!

Prof.^a Dr.^a Catiuscie Cabreira da Silva Tortorella

Prof.^a Dr.^a Vania Schmitt

Atenção Primária à Saúde: evolução e abordagem grupal

Kariny Frari Cordeiro

Marina Pilaski da Silva

Catiuscie Cabreira da Silva Tortorella

Bárbara Mendes Paz Chao

Eduarda Ferreira da Silva

Vania Schmitt

Rodrigo Dorneles Tortorella

INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) é a porta de entrada para a saúde pública no Brasil (HARZHEIM *et al.*, 2022). É considerada a estratégia prioritária, seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada a estratégia prioritária, seguindo os princípios do SUS. É organizada por meio da atuação de equipe multiprofissional, a qual atua no contexto território-família-comunidade (CASTRO *et al.*, 2019; BARBOSA *et al.*, 2022). Seu intuito é proporcionar cuidado integral e longitudinal às pessoas e suas famílias. Para isso, as equipes de saúde desenvolvem suas ações em territórios previamente definidos. Assim, é garantido o vínculo com a população, em situações de ausência ou presença de doenças (SANTOS; MICHIMA; MERHY, 2018).

A história da APS brasileira passou por diversas mudanças e evoluções nas últimas décadas. As iniciativas de base para a APS datam da década de 80, a partir de iniciativas municipais que integravam universidades e serviços de saúde. A partir dessas experiências foi criada a estratégia de Ações Integradas de Saúde (AIS), um novo programa assistencial que tinha como objetivo integrar os serviços de assistência individual da Previdência Social com os serviços de saúde pública presentes nos estados e municípios. Essa estratégia serviu como base para as criações, na década de 90, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, posteriormente, do Programa de Saúde da Família (PSF). O PSF foi se tornando a principal estratégia de porta de entrada para o modelo assistencial, transformando-se posteriormente em Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF surgiu em 2006 como parte da reforma sanitária brasileira, que tinha como objetivo promover a globalização do acesso aos serviços de saúde e a reorientação do modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2000a; PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Antes da criação da ESF, o modelo de atenção à saúde no país era predominantemente centrado no atendimento hospitalar e especializado,



com pouca ênfase na prevenção e promoção da saúde. A ESF representou uma mudança significativa nesse sentido, pois propôs um modelo de atenção à saúde mais integral e voltada para a atenção primária. Desde então, tem sido uma importante estratégia na promoção da saúde e prevenção de doenças da população brasileira (CAVALCANTE *et al.*, 2016).

De acordo com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2023), a ESF:

É considerada uma estratégia primordial para a organização e o fortalecimento da atenção básica. A partir do acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, são desenvolvidas ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes.

A ESF é um programa criado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) que tem como objetivo principal garantir a atenção básica em saúde para a população brasileira. Esse modelo de atenção à saúde busca uma abordagem integral e multidisciplinar, levando em consideração as diversas necessidades e demandas dos indivíduos, das famílias e das comunidades (ROSA; LABATE, 2005).

A equipe de saúde da família é composta por profissionais de diferentes áreas, como médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos em enfermagem, agentes comunitários de saúde, entre outros. Esses profissionais trabalham em conjunto para oferecer cuidados preventivos, curativos e de promoção da saúde para a população atendida (PARANÁ, 2023).

A atuação da equipe de saúde da família é realizada de forma territorialidade, ou seja, cada equipe é responsável por atender uma determinada área geográfica e conhecer a realidade socioeconômica e cultural das pessoas que ali residem. Essa estratégia permite que os profissionais possam estabelecer uma relação mais próxima e de confiança com a população atendida, identificar suas necessidades e oferecer um atendimento mais humanizado e efetivo (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Entre as ações desenvolvidas pela equipe de saúde da família está a realização de consultas médicas, ações de prevenção e promoção da saúde, visitas domiciliares, atendimentos odontológicos, encaminhamentos para exames e tratamentos especializados, orientações sobre alimentação saudável, atividades físicas, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, entre outras (PAGNO, 2020).

Conforme o modelo proposto pela ESF, os desafios são constantes para os trabalhadores das equipes. Emergem situações complexas e significativas, as quais envolvem aspectos estruturais, organizacionais e relacionais entre os atores, sendo eles os profissionais, os gestores e os usuários do sistema (FERRAZ; BRITO, 2022). Considerando o exposto, para que a produção do cuidado ocorra os profissionais precisam ter compromisso com a atenção à saúde. Sendo uma das características primordiais a necessidade de escuta empática e qualificada, concentrada nas necessidades objetivas e subjetivas dos usuários, tendo em vista seu contexto social (SANTOS; MICHIMA; MERHY, 2018).

Mesmo em meio à pandemia da COVID-19, a ESF continuou sendo uma importante política pública de saúde no Brasil. Período em que mostrou-se essencial para o atendimento das necessidades básicas de saúde da população, principalmente em áreas mais vulneráveis e carentes. Os profissionais da saúde da família tiveram que se adaptar

às novas demandas decorrentes da pandemia, como a realização de atendimentos online, a intensificação das medidas preventivas e a ampliação da cobertura vacinal. As equipes também atuaram na identificação e monitoramento dos casos suspeitos e confirmados da COVID-19, contribuindo para o controle da disseminação da doença (BRASIL, 2021).

Além disso, a ESF tem buscado integrar ações de saúde mental em suas atividades, uma vez que a pandemia tem trazido consequências psicológicas significativas para a população em geral. A oferta de serviços de acolhimento e escuta ativa, orientações sobre estratégias de cuidado e promoção da saúde mental têm sido uma importante medida adotada pelas equipes de saúde da família (SOUZA *et al.*, 2012).

PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Como a saúde da família é composta por uma equipe multidisciplinar, dando enfoque ao nutricionista, seu trabalho é garantir uma abordagem integral e completa da saúde, considerando a importância da alimentação saudável na prevenção e tratamento de diversas doenças (GEUS *et al.*, 2011).

Os médicos que trabalham na saúde da família são conhecidos como médicos da família ou médicos de família e comunidade. Eles têm formação em medicina geral e também são treinados para trabalhar com enfoque na atenção primária à saúde (PAGNO, 2020).

O enfermeiro da saúde da família é um profissional que atua na atenção primária à saúde, sendo responsável por desenvolver ações e cuidados que promovam a saúde e previnam doenças. Sua atuação é voltada para o cuidado integral das pessoas, das famílias e da comunidade, trabalhando em equipe com outros profissionais de saúde (PARANÁ, 2023).

O dentista desenvolve ações que visam prevenir e tratar doenças bucais e promover a saúde bucal da população. Ele é responsável por orientar as pessoas e as famílias sobre a importância da higiene bucal e da prevenção de doenças bucais, além de identificar situações que possam representar risco à saúde bucal da população e atuar para evitá-las (PARANÁ, 2023).

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) desenvolve ações de prevenção e promoção da saúde na comunidade em que está inserido. O trabalho do ACS é desenvolvido em equipe, em parceria com outros profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, dentistas, entre outros. O ACS é um elo importante entre a comunidade e os serviços de saúde, sendo fundamental para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Ele é responsável por estabelecer um vínculo de confiança com a população, facilitando o acesso aos serviços de saúde e garantindo que as necessidades de saúde da comunidade sejam atendidas de forma adequada (BRASIL, 2000b).

NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Em 2008 foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo

de aumentar a resolutividade da ESF, por meio da ampliação do cuidado aos usuários. O NASF era composto por uma equipe multidisciplinar especializada, atuando junto às equipes básicas de saúde por meio do apoio matricial. Para garantir tal apoio, operava em duas dimensões, a técnico-pedagógica e a clínico-assistencial. As interações e intervenções das equipes NASF e as equipes apoiadas poderiam ocorrer de diversas formas, a depender da dinâmica elaborada em cada território e influenciando a produção do cuidado em saúde (MATTOS; GUTIÉRREZ E CAMPOS, 2022).

De acordo com Mattos, Gutiérrez e Campos (2022), o tempo de existência do NASF pode ser dividido em períodos. O período de 2008 a 2011 foi considerado de construção de diretrizes de apoio, em que foram implantadas as primeiras equipes e construídos materiais técnicos para auxiliar os profissionais. De 2012 a 2015, foi o período de universalização do NASF, quando ocorreu aumento do financiamento e a publicação de novas portarias regulatórias. De 2016 a 2018 houve a ampliação do apoio prestado pelas equipes NASF, incluindo o aumento da variedade de profissionais. A partir de 2019 teve início o desmonte do NASF, tendo como ponto alto a aprovação do Programa Previne Brasil (BRASIL, 2019), a qual entre outras mudanças, extinguiu o financiamento para implantação de novas equipes NASF, sendo que de 2019 a 2021, foram reduzidas 379 equipes, caracterizando um retrocesso em toda a AB.

Em maio de 2023 foi publicada a Portaria GM/MS nº 635 (BRASIL, 2023), a qual estabelece diretrizes quanto ao custeio e a implantação de equipes multiprofissionais. Essas equipes são denominadas eMulti e serão classificadas em 3 modalidades de acordo com a carga horária, vinculação e composição profissional. No entanto, como a publicação da portaria é recente, ainda não existem dados sobre a operacionalização e adesão.

ABORDAGEM GRUPAL

A abordagem grupal é uma estratégia importante na APS, especialmente na ESF. Através da abordagem grupal, a equipe da ESF pode promover ações de promoção, prevenção e tratamento de saúde com um número maior de usuários de forma eficiente. Pode ser realizada em diferentes formatos, tais como: reuniões de grupo, palestras, oficinas educativas, entre outros. Os grupos podem ser formados de acordo com as necessidades da comunidade que a ESF encontra-se e quais as demandas observadas. Esses podem incluir diversos assuntos como diabetes, hipertensão, obesidade e outras doenças crônicas, terapia comunitária, grupos operativos, entre outros. Os profissionais devem tomar muito cuidado para que esses grupos não pareçam como uma aula ou palestra é interessante que aconteçam dinâmicas de aquecimento ou integração, que os participantes sejam estimulados a questionarem ou a contribuírem. Esses grupos podem ser desenvolvidos por diversos profissionais que pertencem à unidade básica, inclusive em combinações, como por exemplo, o nutricionista com o farmacêutico para falar sobre a interação fármaco-nutriente, o educador físico com o fisioterapeuta para um grupo de exercícios físicos e alongamentos. O objetivo dessas ações é capacitar os participantes para que se tornem mais independentes e autônomos no cuidado com a sua saúde e a saúde de sua família (CAVALCANTE *et al.* 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, a ESF é uma das principais políticas públicas de saúde do país e tem contribuído para a melhoria dos indicadores de saúde da população brasileira. Dessa forma, conhecer sua evolução ao longo do tempo e aspectos de sua execução, como a abordagem em grupos é primordial.

A sua implementação é uma forma de garantir o acesso à saúde básica a todas as pessoas, independentemente de sua localização ou condição social. Portanto, a ESF segue sendo uma importante estratégia para a promoção da saúde e redução das desigualdades em saúde no Brasil. A ampliação e aprimoramento desse programa são fundamentais para garantir o acesso à saúde de qualidade para toda a população brasileira.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, A. S. *et al.* Interprofissionalidade, formação e trabalho colaborativo no contexto da saúde da família: pesquisa-ação. **Saúde em Debate**, v. 46, n. especial 5, p. 67-79, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica Programa Saúde da Família. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. 1º ed. Brasília: MS, SPPE, 2000a. 42 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_unidade_saude_familia_cab1.pdf. Acesso em: 20 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O papel da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da Covid-19**. Secretaria de atenção primária à saúde. Brasília: 2021. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/11016>. Acesso em: 20 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: 2000b. 40 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_05a.pdf. Acesso em: 21 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. **Diário Oficial da União**. 22 Mai 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil. **Diário Oficial da União**, 2019.

CASTRO, M. C. *et al.* Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **Lancet**, v. 394, n. 1, p.345-356, 2019.

CAVALCANTE, V. O. M. *et. al.* Abordagem Grupal na Estratégia Saúde da Família. **Revista Tendências da Enfermagem Profissional – ReTEP**, v. 8, n. 3, p.1974-1979, 2016.

FERRAZ, C. M. L. C.; BRITO, M. J. M. Elementos associados à deliberação moral na equipe de saúde da família: em busca da excelência da prática profissional. **Saúde e Sociedade**, v. 31, n. 3, e201051pt, 2022.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da família**. Pense Mais SUS. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/saude-da-familia>. Acesso em: 20 fev. 2023.

GEUS, L. M. M. *et al.* A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, Supl. 1, p. 797-804, 2011.

HARZHEIM, E. *et al.* Atenção primária à saúde para o século XXI: primeiros resultados do novo modelo de financiamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 609-617, 2022.

MATTOS, M. P.; GUTIÉRREZ, A. C.; CAMPOS, G. W. S. Construção do referencial histórico-normativo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 9, p. 3503-3516, 2022.

NISHIMURA, F. *et al.* Efeito do programa Melhor em Casa sobre os gastos hospitalares. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, n. 104, p.1-9, 2019.

PAGNO, M. Médico de Família e Comunidade: a importância do cuidado integral e eficiente. Ministério da Saúde. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2020/dezembro/medico-de-familia-e-comunidade-a-importancia-do-cuidado-integral-e-eficiente>. Acesso em: 21 fev. 2023.

PARANÁ. Governo do Estado do Paraná. **Equipe de Saúde da Família**. Secretaria da Saúde. Curitiba: Gov. PR. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Equipes-da-APS>. Acesso em: 20 fev. 2023.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, 2018.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde Da Família: A Construção De Um Novo Modelo De Assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 861-870, 2018.

SOUZA, L. G. S. *et al.* Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: revisão da literatura brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 4, p. 1022-1034, 2012.

Abordagem interdisciplinar no manejo do paciente oncológico

Isabela Cieslack

Isabella Sayuri

Bárbara Mendes Paz Chao

Catiuscie Cabreira da Silva Tortorella

Marciane Conti Zornita Bortolanza

INTRODUÇÃO

O câncer é reconhecido como uma questão de saúde pública, uma vez que afeta milhões de pessoas globalmente, destacando-se por sua elevada incidência e taxa de mortalidade. Lidar com o câncer, bem como suas medidas preventivas e de controle, representa um dos maiores desafios, dada a magnitude dos impactos causados por essa enfermidade (SIEGEL; MILLER; JEMAL, 2018, p.7). Nesse contexto, é fundamental que o paciente conte com uma equipe interdisciplinar capacitada, pronta para atendê-lo e fornecer o apoio necessário, considerando a complexidade do problema e os vários fatores envolvidos (LOPES-JÚNIOR; LIMA, 2019).

Portanto, os profissionais da área de saúde na oncologia atuam no diagnóstico, tratamento, controle, reabilitação e na prevenção do câncer, bem como no atendimento aos familiares, pautados na tríade profissional-família-paciente. Para um trabalho interdisciplinar, cada profissional do eixo multidisciplinar tem o seu dever dentro da equipe (DOS SANTOS-MOURA; CUALHETE; DE ALMEIDA FERNANDES, 2022, p.85).

Nesse sentido, a equipe interdisciplinar contribui para um tratamento ao paciente de forma holística, visualizando o indivíduo em sua totalidade e percebendo que os fatores psicológicos, sociais e espirituais aliados aos biológicos contribuem na evolução e melhora do tratamento e, a longo prazo, na qualidade de vida do paciente (PEDUZZI *et al.*, 2020). Assim, sob essa ótica, a equipe quebra o paradigma do modelo biomédico e biologicista, que por muitos profissionais ainda é utilizado, e reafirma que as concepções e práticas da equipe de saúde acerca desta doença é uma forma eficiente e eficaz do serviço prestado é crucial para proporcionar um cuidado humanizado. Dessa forma, tendo em vista que o câncer hoje é uma doença que afeta o paciente em diversas esferas, e que ainda é permeada de estigmas e preconceitos, tem-se a importância de abordar-se o tema sob a perspectiva da equipe interdisciplinar no cuidado e manejo do paciente oncológico. Além disso, analisar e destacar o papel de cada profissional dentro da equipe interdisciplinar no ambiente.



METODOLOGIA

Pesquisa de natureza qualitativa, na qual se caracteriza por visualizar o papel de cada profissional no manejo do paciente oncológica na literatura.

O conceito de saúde foi definido na Conferência de Saúde em 1986 e definiu as condições de vida as quais são baseadas na organização social. Desde então, o Sistema Único de Saúde (SUS) definiu leis com base nas definições de 1986, bem como a lei n. 8.080 de 1990 que prevê:

(...) As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS, obedecendo ainda os seguintes princípios: I- universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II- integralidade de assistência entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

Nesse sentido, entende-se que as práticas realizadas em qualquer esfera além de promover a universalidade devem abranger o conceito de integralidade. A interdisciplinaridade pressupõe que cada área exerça seu potencial, preservando a integridade e métodos de cada uma das profissões envolvidas, em um amplo aspecto de trocas e cooperação entre as áreas (SILVA; MENDES, 2013). Dessa forma, o diálogo entre profissionais promove o enriquecimento e contribui para a formação de técnicas de diagnóstico e terapêuticas ainda mais complexas e únicas, visto que ações interdisciplinares em saúde preveem a participação do usuário e família acerca do processo do tratamento.

A seguir, serão divididos essas profissões e respectivas atuações:

ENFERMAGEM

O profissional enfermeiro no processo do tratamento oncológico deve discutir o controle do tabagismo e detecção precoce do câncer, cuidados da enfermagem no tratamento e cuidados paliativos e praticar na parte ambulatorial a assistência do cateter, hemoterapia, quimioterapia, radioterapia e oncologia clínica.

FARMÁCIA

Manipular medicamentos utilizados na terapia anticâncer e soluções de suporte nutricional parenteral com técnica asséptica. Garantir o controle de qualidade dos equipamentos, calibrações, controle microbiológicos, documentação e registros. Conhecer e oferecer conhecimento farmacológico (indicação terapêutica, farmacodinâmica, farmacocinética, administração de medicamentos, reações adversas entre outras). Realizar estudos farmacoepidemiológicos, seguindo a farmacopéia.

Atuação na farmácia clínica e segurança do paciente, como interpretação de exames laboratoriais, interação medicamento- nutriente na nutrição enteral e parenteral. Campos da prática farmacotécnica hospitalar oncológica: quimioterapia antineoplásica de tumores ginecológicos, de mama e paliativo e manipulação de quarto terapêutico oral.

FISIOTERAPIA

O fisioterapeuta dentro da equipe multidisciplinar contribui para o conhecimento teórico dos profissionais, auxiliando na construção das estratégias de intervenção fisioterapêutica para pacientes em tratamento. Dessa forma, auxilia pacientes em recuperação de mobilidade, promove cuidados paliativos em internações hospitalares, ambulatoriais e na terapia intensiva realizando fisioterapia nas complicações do sistema respiratório, cabeça, pescoço, no sistema nervoso e músculoesquelético.

NUTRIÇÃO

O manejo do paciente oncológico abrange diversas áreas da saúde, principalmente a nutricional. Dessa forma, o nutricionista aborda questões da alimentação e da terapia nutricional no paciente oncológico de modo que, acompanhe a composição corporal, a força muscular e a funcionalidade dos membros do sujeito. Assim, a avaliação nutricional parte da realização de triagens, avaliações e o diagnóstico nutricional que observa os efeitos das terapias antineoplásicas sobre o paciente, a desnutrição causada pelo câncer, anemias carenciais entre outros marcadores da saúde nutricional. Logo, o profissional contribui para a equipe fornecendo as ferramentas necessárias para a assistência nutricional, contribuindo para o desenvolvimento de um tratamento mais amplo e complexo relacionado a seus demais colegas profissionais. A relação entre câncer e estado nutricional tem sido estudada desde a década de 1920, quando Warren (1932) propôs que a má nutrição era a principal causa de morte por câncer. Portanto, o nutricionista faz avaliações nutricionais e o planejamento nutricional, atendendo as necessidades nutricionais de cada paciente

PSICOLOGIA

Durante o tratamento oncológico, para muitos pacientes se faz necessário um acompanhamento psicológico visto a complexidade do processo saúde-doença. Nesse sentido, o profissional atua de modo interdisciplinar sobre os efeitos da doença no tratamento e pós-tratamento (controle), trabalhando junto ao paciente os impactos subjetivos ao tratamento de quimioterapia, cirurgias e transplante, por exemplo. Dessa forma, o psicólogo avalia as condições psicológicas do paciente e muitas vezes da família deste. O enfrentamento da doença interfere na experiência individual e social, por isso, o acompanhamento dos familiares próximos ao paciente é importante para promover a qualidade de vida, principalmente em função do luto e da palição em pacientes oncológicos potencialmente terminais.

SERVIÇO SOCIAL

O assistente social atua no tratamento do paciente oncológico acompanhando as necessidades socioeconômicas do paciente em caso de vulnerabilidade, ou ainda promovendo ações que tragam melhor qualidade de vida ao paciente durante e após seu tratamento. Dessa forma, seu papel na equipe multidisciplinar tem como objetivo promover

a partir de determinantes socioculturais a atenção ao paciente oncológico por meio de atividades em grupo como: grupos de prevenção ao câncer, grupos de acolhimento numa perspectiva interdisciplinar estabelecendo cuidados paliativos. Além disso, pode agir por meio de campanhas informativas junto à comunidade, a fim de promover a saúde e a cidadania.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa forma, entende-se que a abordagem interdisciplinar no manejo do paciente oncológico depende de uma equipe coesa e extremamente dedicada às suas atividades e colaborativa aos demais colegas para agir de maneira benéfica ao paciente. Portanto, quanto melhor a liderança da gerência hospitalar melhores são os efeitos diretos na análise de processo/informação e na qualidade de serviços de saúde, pois os hospitais necessitam de liderança de elevada qualidade em todos os níveis da organização (ALBUQUERQUE; COSTA; SALAZAR, 2012).

A equipe interdisciplinar contribui para a formação de um tratamento mais amplo e complexo, abordando todas as esferas do paciente, identificando além de estratégias mais eficientes oportunidades para elaboração de ações conjuntas e perspicazes a qualidade e sobrevida do paciente oncológico.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Juraci Dias; COSTA, Maria Bernadete de Sousa; SALAZAR, Pedro Eugenio López. Avaliação da Qualidade do Gerenciamento Hospitalar na Percepção dos Profissionais. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 2, p. 205-212, 2012.

Brasil. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set., 1990a.

DOS SANTOS-MOURA, Greice Herédia; CUALHETE, Deborah Nimitzovitch; DE ALMEIDA FERNANDES, Maria Teresa. Percepção dos cuidados da equipe multiprofissional na assistência ao paciente oncológico em Cuidados Paliativos. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 25, n. 2, p. 83-95, 2022.

LOPES-JÚNIOR, Luis Carlos; LIMA, Regina Aparecida Garcia de. **Cuidado ao câncer e a prática interdisciplinar. 2019.**

PEDUZZI, Marina *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, p. e0024678, 2020.

RODRIGUES, Andrea Bezerra; MARTIN, Lelia Gonçalves Rocha; MORAES, Marcia Wanderley de. **Oncologia multiprofissional: Bases para assistência.** 2016. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520447086/>. Acesso em: 02 mar. 2023.

SIEGEL, Rebecca L.; MILLER, Kimberly D.; JEMAL, Ahmedin. **Cancer statistics, 2018.** CA: a cancer journal for clinicians, v. 68, n. 1, p. 7-30, 2018.

SILVA, Letícia Batista; MENDES, Alessandra Gomes. **Serviço Social, Saúde e a Interdisciplinaridade**: algumas questões para o debate. SILVA, Letícia Batista; RAMOS, Adriana. Serviço Social, Saúde e Questões Contemporâneas. Campinas, SP: Papel Social, p. 49-64, 2013.

Hipertensão Arterial Sistêmica e alimentação cardioprotetora

Bárbara Reno Oliveira

Celine Aparecida Strujak

Catiuscie Cabreira da Silva Tortorella

Bárbara Mendes Paz Chao

Eduarda Ferreira da Silva

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) sendo desencadeada por inúmeros fatores como ambientais, sociais, genéticos e comportamentais. É reconhecida a partir de um aumento frequente e persistente dos níveis de Pressão Arterial (PA), podendo atingir até 140 mmHg ou mais na Pressão Arterial Sistólica (PAS) ou 90 mmHg ou mais na Pressão Arterial Diastólica (PAD). Para o diagnóstico correto, as medidas devem ser realizadas em momentos distintos, em que o paciente não esteja fazendo uso de medicamentos anti-hipertensivos.

A Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 mostra que, no Brasil, 21,4% dos adultos relataram possuir a doença, porém em análise do uso de medicamentos anti-hipertensivos e de medidas excessivas de PA, o número chega a 32,3% dos brasileiros. Aproximadamente 71,7% dos idosos acima de 70 anos possuíam HA.

O Sistema Único de Saúde (SUS) também sofre consequências da alta prevalência dessa doença. Os custos com a HA são maiores do que os custos com Diabetes *Mellitus* (DM) e obesidade, estimando-se US\$ 523,7 milhões em 2018, incluindo medicamentos, procedimentos ambulatoriais e hospitalizações.

Essa condição impacta no funcionamento e na estrutura de outros órgãos, como cérebro, rins, vasos sanguíneos e coração. Também possui associação como fator de risco modificável para o Desenvolvimento de Doenças Cardiovasculares (DCV), morte prematura e Doença Renal Crônica (DRC), além de ser um fator de risco metabólico para doenças como DM, dislipidemia, intolerância à glicose e obesidade.

Os avanços das doenças nesses órgãos podem causar Doença Arterial Coronária (DAC), Insuficiência Cardíaca (IC), Fibrilação Atrial (FA), morte súbita, Acidente Vascular Encefálico (AVE), Acidente Vascular Isquêmico (AVEI) ou Acidente Vascular Hemorrágico (AVEH), demência,



DRC e Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP).

Existem diversos fatores que podem representar risco para o desenvolvimento dessa condição, os quais merecem atenção intensificada. Os genes podem ter influência de 30 a 50% nos níveis de PA. Além disso, a idade avançada causa a perda da capacidade de distensão das artérias, o que leva ao enrijecimento progressivo e resulta em uma maior prevalência da HAS em idosos. Em relação a idade, a elevação pressórica é mais alta em homens jovens, porém se torna elevada em mulheres mais velhas.

O excesso de peso também configura um aspecto relevante no contexto da HA, tornando essenciais as medidas de Circunferência da Cintura (CC) e o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) a partir das medidas de peso e altura na prática clínica cotidiana, pela ligação direta entre a doença e sobrepeso/obesidade, incluindo também a falta ou insuficiência de atividade física.

No âmbito alimentar, a ingestão de alimentos ricos em sódio contribui fortemente para a elevação da PA, podendo ter a PAS aumentada de 4,5 a 6 mmHg e a PAD de 2,3 a 2,5 mmHg, segundo estudos. A ingestão de álcool e tabagismo também contribuem para esses efeitos sistêmicos. Socialmente, pouca ou nenhuma escolaridade, baixa renda familiar e condições de moradia inadequadas são fatores de risco significativos no desenvolvimento da HAS.

O tratamento dessa doença ocorre através de mudanças no estilo de vida e/ou uso de medicamentos adequados. Na alimentação é imprescindível o consumo regular e diário de frutas, hortaliças, laticínios com baixo teor de gordura, cereais integrais, em conjunto com a diminuição no consumo de gorduras, doces, bebidas açucaradas e carnes vermelhas. Além disso, não é recomendado o consumo de sal de adição em mais de 2g por dia, de alimentos ricos em sódio, como ultraprocessados, de álcool e cafeína em excesso. Também há recomendações de perda de peso e do tecido adiposo corporal, porém os casos devem ser analisados individualmente através da anamnese, exame físico, exames laboratoriais e história clínica. A atividade física acompanhada de profissionais habilitados também é muito importante no tratamento da HAS. Práticas como respiração lenta, controle do estresse e espiritualidade também podem ser benéficas nesse processo.

O tratamento medicamentoso tem como objetivo diminuir os níveis de PA, buscando a redução de agravos e avanços na doença. As principais classes de fármacos envolvidas são os Diuréticos (DIU), Bloqueadores dos Canais de Cálcio (BCC), Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA), Bloqueadores dos Receptores da Angiotensina II (BRA) e Betabloqueadores (BB). É recomendável que o medicamento seja administrado em dose única por dia, podendo ou não ser utilizado em associação com outros fármacos, e que haja a orientação eficaz ao paciente ou cuidador sobre a importância do uso, efeitos adversos e ingestão correta.

Devido a etiologia multifatorial pautada em fatores ambientais, genéticos e sociais, a prevenção da HAS ocorre a partir do controle de peso, alimentação adequada e saudável, baixo consumo de sódio, álcool e derivados do tabaco, prática de atividade física e controle do estresse emocional. Uma equipe multiprofissional é formada a partir de ações conjuntas entre todos os membros, que desenvolvem condutas conjuntas, em que cada profissional

atua como ator independente em ações específicas da sua profissão, porém associando-se aos demais membros da equipe. Este método tem sido utilizado com sucesso em serviços de atenção primária, secundária e terciária à saúde. A implementação desta abordagem multidisciplinar pode necessitar de mudanças na organização dos níveis de atenção do sistema de saúde, porém, a assistência à saúde tem a característica central de um trabalho complexo e coletivo, e a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade são necessárias.

A equipe multiprofissional pode ser composta por enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, nutricionista, psicólogo, assistente social, profissional de educação física, fisioterapeuta, farmacêutico, musicoterapeuta, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017, Artigo 2º), a atenção básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária”

Essas ações terapêuticas e educativas podem ser desenvolvidas com grupos de pacientes, com seus familiares e com a comunidade em si, respeitando sempre as particularidades culturais, sociais, locais e regionais. Pode-se usar técnicas e estratégias mais modernas que envolvam mídias sociais e educação à distância.

Algumas estratégias de atuação para a equipe multidisciplinar estão descritas no Quadro 7.1.

Quadro 7.1 – Estratégias de atuação da equipe multiprofissional centradas no paciente

Estratégias	Descrição	Exemplos	Membro da Equipe
Educação do paciente	Abordagem didática ou interativa para informar e educar os pacientes	Sessões educativas presenciais ²⁶⁵ Materiais impressos presenciais ^{266, 267} Materiais impressos via correio ²⁶⁸ Meios audiovisuais e Educação a distância ²⁶⁹	MED, ENF, FARM, NUT, PSI, ACS
Apoio social	Envolvimento de familiares, amigos ou outros indivíduos para ajudar os pacientes a utilizarem os fármacos, conforme prescrito	Reuniões de grupos de apoio ^{247, 269} Educação familiar ²⁶⁸	FAM, AM, CD, ACS, ASS
Letramento e motivação do paciente	Motivar os pacientes a tomar a medicação, conforme prescrito, e remover obstáculos que prejudiquem sua motivação	Intervenções motivacionais ^{266, 269} Implantar ações de letramento em saúde ^{262, 263, 265}	MED, ENF, NUT, PSI EF, FIS, AM, CD, FAM
Automonitoramento da PA e uso de tecnologias	Envolver os pacientes a monitorar a PA e a adesão ao tratamento	Automedidas da PA ²⁶¹ Monitorização residencial da PA ^{264, 265} Telemonitoramento da PA ^{11, 265, 266, 267}	MED, ENF, PAC, FAM, CD, ACS
Comunicação ou interação com os prestadores de serviços e entre membros da equipe	Melhorar a comunicação entre os pacientes e a equipe multiprofissional e outros prestadores e entre membros da equipe	Treinamento de habilidades de comunicação entre pacientes e a equipe multiprofissional e entre membros da equipe ²⁶⁵ Intervenções digitais interativas ^{262, 263, 265, 266}	MED, ENF, NUT, EF, FIS, PSI, ASS, ACS
Facilitar o acesso aos serviços de saúde	Facilitar o agendamento de consultas em horários compatíveis com as necessidades dos pacientes	Pacientes de outros municípios Idosos dependentes de acompanhamento de terceiros ^{14, 269}	ACS, ASS

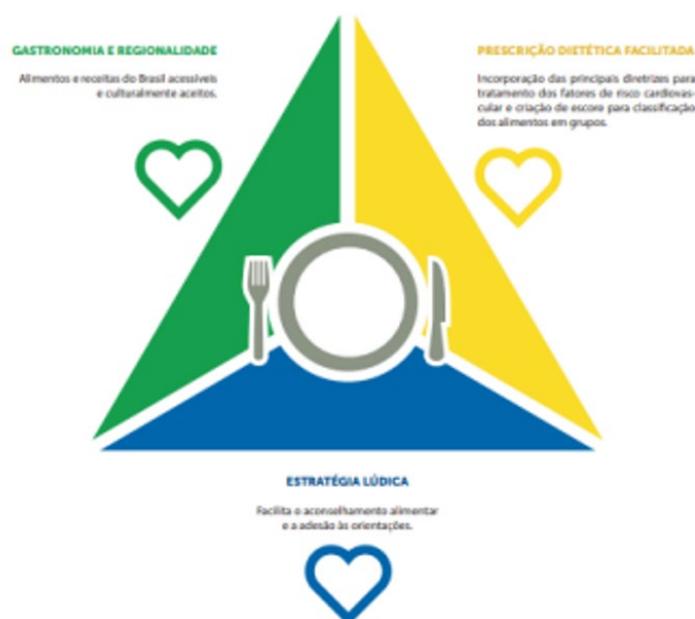
Fonte: Barroso et al., 2020.

ALIMENTAÇÃO CARDIOPROTETORA

O Manual da Alimentação Cardioprotetora (Brasil, 2018) é um documento elaborado pelo Ministério da Saúde (MS) em conjunto com o Hospital do Coração a partir de recomendações nutricionais encontradas nas diretrizes brasileiras que são direcionadas ao tratamento, prevenção e controle das DCV e seus fatores de risco, com a finalidade de promover uma alimentação saudável e adequada e prevenir agravos que estão associados ao desenvolvimento de doenças crônicas.

Diante dos desafios da assistência no âmbito do SUS, este documento foi elaborado para que possa contribuir para a promoção, prevenção e tratamento de indivíduos portadores de DCV e/ou fatores de risco associados.

A orientação da Alimentação Cardioprotetora Brasileira, também conhecida como DICA Br (Dieta Cardioprotetora Brasileira), é estruturada em três eixos:



Fonte: adaptado de Weber *et al.*, 2016.

Grupo verde

O grupo verde é composto de alimentos que contêm substâncias cardioprotetoras, que contêm vitaminas, minerais, fibras e antioxidantes, e não contêm nutrientes que podem prejudicar a saúde do coração (gordura saturada, colesterol e sódio). Neste grupo estão incluídos os alimentos *in natura* e minimamente processados, de acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira. Portanto, o grupo verde é composto basicamente de verduras como alface, repolho, couve, brócolis, espinafre e agrião, frutas como a banana, laranja, maçã, mamão, uva, limão e abacaxi. Também podemos citar legumes como a cenoura, tomate, beterraba, abobrinha, chuchu, e leguminosas, como feijão, soja, ervilha e lentilha, além do leite desnatado e iogurte natural desnatado.



Grupo amarelo

Esse grupo é composto por alimentos que devem ser consumidos moderadamente, pois podem resultar em ganho de peso e agravo das doenças crônicas (aumento da glicemia e dos triglicérides). Alimentos *in natura*, minimamente processados e ingredientes culinários fazem parte desta classificação: pães como francês, caseiro, de cará, integral, cereais como arroz branco, integral, aveia, granola, linhaça, macarrão, tubérculos cozidos como batata, mandioca, cará, inhame, mandioquinha, farinhas de mandioca, tapioca, milho e de rosca. Não é interessante consumir baixas quantidades, considerando que são alimentos que oferecem energia para as atividades cotidianas, além de alguns serem considerados cardioprotetores, como castanhas e azeite.



Grupo azul

O grupo azul é composto por alimentos *in natura*, minimamente processados e processados, os quais devem ser consumidos em pequenas quantidades por serem alimentos que contêm maior quantidade de sal, colesterol e gordura saturada que podem trazer prejuízos para o coração.

Fazem parte do grupo azul, carnes como bovina, suína, frango, peixes, queijos,

creme de leite, leite condensado, ovos, manteiga e doces caseiros, como pudim, bolo, torta, quindim etc.



Grupo vermelho

Este grupo é composto pelos alimentos ultraprocessados, caracterizados por possuir como principais características a baixa qualidade nutricional, a alta densidade energética (energia oriunda de carboidratos refinados, gordura trans e gorduras saturadas) e elevada quantidade de sal. Também são feitos com poucas quantidades de alimentos *in natura* e minimamente processados, além de possuir muitos aditivos químicos, que possuem efeitos desconhecidos para a saúde (conservantes, estabilizantes, edulcorantes, corantes e aromatizantes) e excesso de açúcar, sódio e gordura vegetal hidrogenada.

Uma boa forma de identificar um alimento ultraprocessado é observar a lista de ingredientes na embalagem do produto. Em geral, se são descritos CINCO ingredientes ou mais, o alimento é classificado como ultraprocessado, especialmente quando os ingredientes são basicamente formulações industriais ou com nomes desconhecidos.

Exemplos de alimentos do grupo vermelho

Alimentos prontos congelados	Lasanha; pizza; macarrões; pratos prontos; hambúrguer; nuggets.
Alimentos prontos desidratados	Sopa e macarrão instantâneos.
Alimentos em pó	Sucos; temperos; achocolatado; cappuccino.
Embutidos	Salame; mortadela; presunto; apresuntado; salsicha; linguiça.
Doces industrializados	Preparo para bolo; bolo industrializado; flan em pó; sorvete em creme ou picolé; chocolate ao leite ou recheado; bolachas recheadas; cremes prontos; balas.
Biscoitos, salgadinhos de pacote	Bolachas Maria; cream cracker; bolachas doces, salgadas e recheadas.
Refrigerante	Bebidas gaseificadas e sucos em caixa tipo néctar com açúcar ou diet.

O MS disponibiliza o material Alimentação Cardioprotetora de forma gratuita, servindo como apoio a profissionais da saúde acerca da nutrição, como guia alimentar enfatizando uma alimentação saudável composta por alimentos essencialmente naturais.

REFERÊNCIAS

BARROSO, Weimar Kunz Sebba *et al.* **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020**. Arq Bras Cardiol. n. 116, v. 3, p. 516-658, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. Brasília: MS, 2014. Disponível em:

BRASIL. Ministério da Saúde, Hospital do Coração. **Alimentação Cardioprotetora**: manual de orientações para os profissionais de saúde da Atenção Básica. Brasília: MS, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_cardioprotetora.pdf

Cuidado de idosos: perfil e dificuldade dos cuidadores

Mariana Lobregati Barreto
Glauca Renee Hilgemberg

INTRODUÇÃO

Devido ao aumento do envelhecimento da população, a tendência é que as pessoas vivam mais e conseqüentemente aumente o número de indivíduos com doenças crônicas. Estas doenças estão diretamente relacionadas com os elevados índices de idosos portadores de incapacidades (SCALCO *et al.*, 2013). Com o avanço da idade há um declínio das reservas funcionais e fisiológicas o que pode gerar um acúmulo de sintomas que prejudica as habilidades funcionais normais do indivíduo para desempenhar suas atividades de vida diária (AVD'S). Neste âmbito da dependência o idoso necessita, então, de um cuidador que possa auxiliá-lo em suas tarefas ou até mesmo realizá-las por eles, bem como auxiliar nos demais aspectos funcionais, sociais, e cognitivos (SANTOS, 2011).

É importante que as complicações das doenças para essa população sejam evitadas, cabe ao sistema de saúde dar assistência ao idoso e aos seus cuidadores familiares, sendo essa uma ação inovadora (ARAUJO *et al.*, 2013). A modalidade de cuidado domiciliar reduz os custos para o Estado, diminui os riscos de infecções e é uma forma de perceber melhor as necessidades do indivíduo e assim proporcionar uma ação mais humanizada, tirando o foco da assistência mecânica (NIETSCHE *et al.*, 2013)

O cuidado promove uma grande reflexão sobre sua definição, apesar de estar inserido na humanidade há muito tempo. Prestar cuidados, é uma atitude de total responsabilização e dedicação que visa o bem estar do indivíduo assistido. Essa ação geralmente é realizada por um cuidador domiciliar, tendo o apoio dos profissionais que integram a equipe de saúde (CEZANA *et al.*, 2011). Logo, o cuidador é a pessoa responsável pelas principais tarefas de assistência ao indivíduo enfermo ou incapacitado no domicílio, podendo ou não ser da família e ser remunerado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O cuidador informal de idosos são escolhidos de acordo com alguns critérios do tipo, grau de parentesco, gênero, pessoa com quem mais convive e melhor se relaciona. Esse na maioria das vezes, fica unicamente responsável pelo familiar doente, sendo sobrecarregado com as tarefas de cuidador principal, por ter maior disponibilidade, instinto familiar, e interesse, mas que quase sempre sem orientações básicas que



facilitem a sua rotina (BOAVENTURA, BORGES, OZAKI, 2016).

A equipe de saúde da família tem papel fundamental no ambiente domiciliar, pois, apesar de ser um ambiente de preferência dos cuidados, são muitas as dificuldades vivenciadas. A família com o novo papel de ser cuidador encontra-se fragilizada com a circunstância da doença, e desempenha suas novas atividades de forma intuitiva, muitas vezes erradas por consequência da falta de instruções. Além disso, o acompanhamento da equipe possibilita criar vínculo e confiança com o paciente e seus familiares (MENEGUIN, RIBEIRO, 2016; FERNANDES, ANGELO, 2016) Através dessa vivência frequente uma aliança é formada entre familiares, usuário e a equipe de saúde. O cuidador precisa do suporte da equipe de saúde, ser ouvido, e ser auxiliado a planejar o processo do cuidado. É função dos profissionais promover ações para informações serem compartilhadas tais como suas angústias, anseios e dúvidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Como a assistência ao idoso é uma tarefa que necessita de dedicação na maioria das vezes integral, exigem exclusividade e quase sempre levam a mudança no estilo de vida do cuidador, que deixa de realizar as suas necessidades para atender às do ser assistido (ARAÚJO *et al.*, 2012). Com isso, é essencial conhecer o perfil dos cuidadores de idosos, bem como suas dificuldades para que as ações dos serviços de saúde sejam relevantes e direcionadas, a fim de fornecer uma intervenção de qualidade. Isso possibilita que o cuidado seja qualificado e o prestador seja contemplado com a preservação de sua saúde física e emocional (ORLANDI *et al.*, 2017).

A maior parte da população atendida no domicílio pela equipe de residência multiprofissional da unidade de saúde, incluindo os atendimentos de fisioterapia, são pessoas idosas. O objetivo do estudo foi de conhecer o perfil das pessoas que cuidam desses idosos, bem como suas principais dificuldades vivenciadas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal exploratório do tipo quanti qualitativo, realizado na Unidade de Saúde do bairro Residencial 2000 de Guarapuava/PR, onde atuou a equipe de Residência Multiprofissional em Atenção Primária com ênfase em Saúde da Família da Unicentro –PR em sua primeira oferta, anos de 2015/2017.

Para a seleção amostral do estudo foi feito um levantamento da quantidade de idosos cadastrados na ESF. Desses idosos, para a pesquisa, apenas idosos que tinham um cuidador, os quais foram identificados através das visitas que já são realizadas pela equipe multiprofissional e pelos relatos de Agentes Comunitários de Saúde que tem o conhecimento de toda a população cadastrada.

Foram incluídos na pesquisa cuidadores informais de idosos dependentes cadastrados na ESF atendidos pela equipe da Residência Multiprofissional, sendo estes do território do bairro residencial 2000 do município de Guarapuava com cobertura dos agentes comunitários. Foram cuidadores de ambos os sexos, maiores de dezoito anos, tendo um tempo de cuidados prestados por pelo menos um mês, e que estavam presente no domicílio no dia da entrevista. Para participar todos tiveram q aceitar e assinar as

condições do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COMEP) da UNICENTRO nº 2.124.553/2017.

Vale ressaltar as pessoas consideradas cuidadores informais aquele que possui algum tipo de vínculo com o idoso e que voluntariamente prestam os serviços de cuidado.

Os excluídos do estudo estavam a menos de 30 dias na função, cuidadores que eram remunerados, e que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Através dos relatos dos Agentes Comunitários de saúde e da prática da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, os participantes foram selecionados e convidados a participar da pesquisa. Após aceito o convite, para a coleta de dados, os participantes foram entrevistados através de perguntas semi estruturadas afim de descrever o perfil e as dificuldades vivenciadas por eles, foi feita uma entrevista com algumas questões baseadas na “*The ZaritBurden Interview*”, uma escala já validada que tem como seu objetivo avaliar a sobrecarga do cuidador. As perguntas feitas eram sociodemográficas e outras voltadas para a rotina dos cuidadores, dando possibilidade para exporem suas maiores dificuldades, medos, e conflitos (ANEXO 1).

Usar o método de entrevistas partiu da ideia de que descrever pensamentos pode ser mais apropriado do que demonstrar práticas, sendo assim o pensamento de uma comunidade é melhor representado pelo conjunto de discursos sobre um dado cenário de representação social (LEFÉVRE, 2017).

Para análise dos dados das entrevistas, foi utilizada a ferramenta metodológica do Discurso do sujeito coletivo (DESC) que visa organizar o conteúdo verbal e auxiliar na tabulação dos depoimentos. Primeiramente foram apontadas as expressões chaves (ECH), que são trechos principais dos depoimentos, e as idéias centrais (IC), que revelam os sentidos semelhantes das (ECHs) (DUARTE, 2004). A partir disso foram organizados os discursos dos três temas que surgiram das questões norteadoras e por fim construídos os DSCs para formar um todo discursivo.

RESULTADOS

A tabela 1 descreve o perfil dos cuidadores, incluindo sexo, média de idade, escolaridade, grau de parentesco com idoso, e o tempo de cuidados. A renda mensal de 56% é igual ou maior que dois salários mínimos, isso pode ser explicado pois a maior parte dos idosos em assistência recebiam benefício.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos cuidadores de idosos, Guarapuava/PR.

Idade	
Média	51 anos (DP=13,94)
Sexo	
Feminino	81,20%
Masculino	18,8 %
Escolaridade	
Fundamental completo	25%
Fundamental incompleto	44%

Ensino Médio	12,50%
Superior Completo	6,25%
Superior Incompleto	6,25%
Sem estudo	6,25%
<hr/>	
Renda mensal	
Menos que um salário mínimo	6%
Um salário mínimo	38%
Dois ou mais salários mínimos	56%
<hr/>	
Benefício	
Aposentadoria	81,25%
Auxílio doença	18,25%
<hr/>	
Pessoas no domicílio	
Duas	31, 25%
Três	31,25%
Quatro	25%
5 ou mais pessoas	12,50%
<hr/>	
Grau de parentesco	
Filho (a)	56,25%
Esposo (a)	25%
Nora	12,50
Sobrinha	6,25%
<hr/>	
Tempo de cuidador	
Mais de 30 dias	25%
Acima de 1 ano	75%

Com base na transcrição das entrevistas a partir de várias leituras do material registrado os discursos foram organizados a partir de três temas que emergiram das questões norteadoras, sendo eles: 1- Sentimento do cuidador em relação a assistência ao idoso, 2- Saúde do cuidador, 3- Principais dificuldades elencadas por eles com relação a assistência.

Das reflexões em torno do primeiro tema 1- Sentimento do cuidador em relação a assistência ao idoso nota-se que a grande maioria demonstrou sobrecarga física e emocional em seus discursos: "Hoje sim, hoje me sinto muito cansada e até mesmo desanimada, mas acho que é até mesmo pelo fato dela não estar bem. Por eu não estar bem". (A.,48)

"Pois olha tem dias que eu me revolto bastante...bastante, bastante porque ele é muito bravo, ele é bastante brabo, nervoso sabe". (G., 68)

"A é cansativo, é cansativo porque ela é uma pessoa assim...que ela tem o gênio muito difícil a minha mãe, ela é bem orgulhosa, ela é brava, ela é muito manhosa então assim não é fácil cuidar dela não, é complicado". (N., 31)

"Estressada bastante cansada, as vezes nervosa mas não tem como não da pra passar nervosismo para os outros também, a gente as vezes não consegue assim falar com as pessoas sobre o nervoso a gente...eu fico muito com dor de cabeça". (B.,29)

Por outro lado alguns dos entrevistados demonstraram sentir-se no dever de cuidar pelo fato de ser um familiar e como forma de retribuir o cuidado que lhe foi prestado no

passado: “Eu me sinto bem, pois tem que fazer igual “né” é obrigação minha tem que fazer igual, o que eu vou fazer?”. (H., 67)

“A eu me sinto...me sinto...privilegiada de cuidar dele. Feliz...muito feliz porque é meu companheiro né?” (J., 64)

“Eu me sinto assim feliz, por causa que eu acho que é meu dever “né” de cuidar da minha mãe porque quando eu era pequena ela me cuidou, então eu vou cuidar dela” (M., 58)

“ Ela é minha mãe a gente sempre tem que retribuir o que ela já fez um dia pra mim, e as vezes deixar na mão dos outros não da muito certo, não dão os remédios certos, melhor aqui que eu sei que ela está bem”. (P., 31)

O nível de estresse elevado identificado durante as entrevistas entre os participantes pode ser um fator negativo que dificulta a assistência ao idoso: “As vezes sim, quando a gente não dorme de noite, a gente se sente bem estressada” (F., 46)

“ A gente fica estressada quando a gente precisa sair e não vem ninguém ficar com ele aí gente se estressa. Perde a paciência tem horas”. (L.,39)

“Ah eu ando bastante, bastante isso é verdade, tenho dores nas pernas já fui consultar daí se eu ficar nervosa...misericórdia... não sai nada”. (G.,68)

Outra categoria encontrada dentro do primeiro tema foi o despreparo para o luto, onde a maioria dos entrevistados relataram o medo da perda como mostra os discursos abaixo: “Tenho medo que um dia ela não esteja mais aqui, e uma hora vai acontecer” (A., 48)

“Sim, porque eu me assusto toda hora que da esses ataques nela. Ah eu tenho medo de ver..de ver ela morta e eu sei que eu vou ver”. (B., 29)

“Tenho, eu tenho medo que deus me livre se ela ficar tipo em uma cadeira de rodas ou, eu tenho medo dela tipo se internar e morrer, tenho medo da morte tenho muito medo dela morrer, esse eu tenho muito medo” (D., 36)

“Com certeza, uma coisa que eu tenho muito medo é que ele chegue falecer em casa nas minhas mãos”. (L., 39) Entretanto alguns dos entrevistados relataram não sentir nenhum tipo de medo relacionado ao cuidado: “Medo? Eu não, eu não nada, eu sei que o dia que chegar a hora dela morrer ela vai morrer e pronto, eu vou aceitar se a natureza nossa é essa”.(M., 58)

Com relação ao segundo tema, saúde do cuidador, percebe-se nas entrevistas que é um aspecto deixado de lado sendo que a prioridade é o ser assistido, estando relacionado com a falta de tempo para si mesmo: “A prioridade primeiro ela, então a hora que aparece alguém pra ficar com ela daí eu vou. Até minhas consultas sabe eu tenho que esperar agendar um horário que dê certo porque primeiro ela.” (A., 48)

“Mas tem dias que não tenho, eu tenho que esperar o filho chegar pra dar banho nele daí eu tomar banho porque eu não tenho tempo nem de tomar banho, deixei de fazer o meu exercício lá com vocês “né”, deixei de ir na igreja” (J.,64)

“Eu abri mão de tudo de tudo tudo tudo”. (C., 60) Nesse sentido referente a saúde os participantes ficaram divididos sendo que uma parte deles relatou não haver relação entre a saúde e o cuidado: Não “né”, não porque isso aí já é do tempo quando eu era nova “né”. Faz tempo que eu cuido da mãe”. (K., 59)

“Não. Estou bem, eu nunca fui em médico”. (I., 67) Quando questionados sobre estar ou não sobrecarregados com as tarefas diárias que um ser em assistência necessita, maior parte da população entrevistada negou, conforme os relatos seguintes: “Não, pra mim não é uma sobrecarga”. (D., 36)

“Não, não isso não, sossegado”. (M.,58)

Sobre o terceiro tema, principais dificuldades elencadas pelos cuidadores, a primeira categoria englobava quais atividades eram realizadas no dia a dia. Dentre várias citadas, as principais eram a higiene pessoal, a alimentação e medicamentos: “Ajudar a ir no banheiro, ajudar a vestir, dar banho, ajudar ela a tomar banho, tudo isso”. (E., 58)

“Banho, trocar roupa, trocar fralda, comida, remédio, isso que mais a gente cuida”. (F., 46)

“Dou os “remedinhos” certo, alimentação...o resto, como diz as outras coisas tem meio que tem que fazer tudo , e limpeza essas coisas . Tem que ser o cabeça de tudo na casa” . (H., 67)

“Dar banho “né” trocar, dar de comer, dou remédio certo na hora certa pra ela, é tudo isso que eu tenho que fazer. Se ela quer levantar sair pra fora eu tenho que pegar e tirar ela pra fora”. (K., 59)

“Mas agora ela está melhor, ela se troca sozinha, pois até lavar a louça pra mim agora que ela ta mais..os remédio daí eu que dou, e comida”. (O., 55)

Ainda foi citada a questão da locomoção: “Só que o principal agora é questão de locomoção mesmo, por exemplo: ela não anda dentro de casa sem estar se segurando e se ela sai ela sempre tem que estar apoiando a gente e ela não consegue sair sem carro”. (N.,31) Dentro desse contexto os discursos demonstraram que grande parte deles não recebiam auxílio de outros familiares para realizar as tarefas da assistência ou não havia opções para que houvesse rotatividade entre os cuidadores sendo que as funções eram destinadas a uma só pessoa: “Só eu pra tudo, tudo e mais um pouco”.(B.,29)

“Não é...quando eu preciso sair no banco é..na...a pro centro fazer alguma compra daí que minha irmã fica, mas no mais eu que faço tudo. Sempre tem que estar ali junto . (C., 60)

“Aqui não, o único mesmo que eu digo é as enfermeiras do posto quando elas vem aqui “né” pra ver como é que a mãe está”. (K.,59)

”É só eu que cuido, é uma guerra dos filhos pra poder posar com ele”. (L., 39)

Algumas dificuldades mencionadas na rotina diária do cuidador foram encontradas durante as entrevistas, sendo elas: “Hoje é a coluna, com dor e com muita dificuldade”. (A., 48)

“O peso da vó “né”, pra gente por fralda, por na cama”. (F., 46)

“A eu sinto muita dor nas costas, bastante dor nas costas, ele é muito pesado, “aham”eu sinto dor nas costas, “daí “ eu me sinto bastante cansada também, porque velha já também”. (J., 64)

“Só se for preciso levar ela em algum lugar se for de a pé já não dá, tem que ser de carro” (D., 36)

“Única dificuldade é a hora de levar ele no banheiro, só peço a Deus que ele não caia de cama e precise colocar fralda, esse aí vai ser complicado”. (L., 39)

“A dificuldade é sair com a mãe, levar a mãe no médico, ela treme muito e ela fica dura pra caminhar, pra levar ela nos lugares, pra levar ela pro centro é complicado”.(P., 60)

A falta de cooperação por parte dos idosos é um fator que foi mencionado como uma dificuldade:“Ah, é meio geral “né” porque às vezes ela não quer, teimosa demais, sabe... uma teimosia assim de tudo,geral sabe”. (B., 29)

“A questão do gênio dela, ela tem um gênio difícil”. (N., 31)

Além disso, a dúvidas que surgem no momento de administrar os medicamentos é também um fator relevante nessa categoria de dificuldades: “Sim, muitas vezes dos remédio as coisa, o que eu tenho que fazer”. (B., 29)

“Ah muitas vezes “né” se não fosse a ajuda de vocês do posto a gente estaria perdido... questão de alimentação...é.. antes eu cozinhava tudo errado, dos remédios também da pressão, pressão, diabete essas coisas vocês que vêem, porque eu mesmo não sei a gente não entende dessas coisas”. (H., 67)

“As vezes dos remédios, porque se alguém chegar assim conversar comigo eu tiver arrumando o remédio eu tenho que parar pensar qual que eu peguei que eu pus no copinho antes de dar pra ele”. (L., 39)) Apesar disso outros participantes negaram existir alguma dificuldade: “Não, não tem dificuldade nenhuma. A gente já está acostumado”. (I., 67)

DISCUSSÃO

O papel do profissional da ESF deve compreender a dinâmica familiar e as mudanças que ocorrem quando há a existência de um dependente. Uma vez escolhido um cuidador domiciliar é necessário a assistência profissional que visa planejar e organizar o cuidado, observando as dificuldades familiares para o devido suporte. O conhecimento do território e as características da ESF facilita esse processo que precisa ser planejado pela equipe. (QUEIROZ *et al.*, 2013)

Os resultados desse estudo mostram que, no território da ESF em questão, o sexo feminino predominou entre os cuidadores de idosos dependentes (81,20%). Essa predominância vem de encontro com estudos nacionais e internacionais que mencionam o fato do papel sociocultural da mulher, sendo esse determinado no contexto ocidental onde naturalmente a dedicação aos papéis de cuidado e proteção são atribuídos à figura feminina (TOMOMITSU, PERRACINI, NERI, 2014).

A idade avançada entre os cuidadores (média de 51 anos) pode estar relacionada com o fato de que a maioria deles é um cônjuge ou até mesmo um filho (a). Este é um aspecto que pode aumentar os riscos de sobrecarga (ANJOS, BOERY e PEREIRA, 2014). As pessoas com idade elevada estão mais sujeitas a reagir negativamente ao cuidado e o impacto causado é maior por serem mais vulneráveis ao adoecimento decorrente do processo de senescência (LOUREIRO *et al.*, 2013).

Os filhos assumem o papel de cuidado como condição de cultura familiar, e como uma questão moral, os pais que sempre cuidaram dos filhos devem receber o cuidado dos filhos quando necessitarem. Muitas vezes o sentimento de obrigação de cuidar é confundido com a retribuição de cuidado e afeto. (SOUZA *et al.*, 2015)

Com relação ao baixo nível de escolaridade apresentado pelos cuidadores, estudos mostram que aqueles que possuem maior grau de informação são mais adequados em suas condutas em relação aos manejos de sintomas, bom senso no momento da assistência, e maior responsabilidade (LOPES, MASSELI, 2013).

Um estudo realizado com 343 cuidadores de idosos mostrou que 21,3% dos cuidadores viviam em locais de alta vulnerabilidade social e esses apresentaram níveis de educação baixo, maior declínio cognitivo, demonstrando fragilidade de saúde, recebiam menos apoio emocional e material, são pouco satisfeitos com a vida, e menos esperançosos quando comparados com cuidadores moradores em áreas urbanas e rurais. (PAVARINI *et al.*, 2017). Esse estudo corrobora com a pesquisa atual, já que os cuidadores de idosos que participaram vivem em áreas de alta vulnerabilidade social e possuem nível de escolaridade baixo.

A situação de dependência exige uma reorganização da família e essa é uma dificuldade recorrente encontrada nas narrativas deste estudo: a falta de disponibilidade de outros membros da família pra dividir as funções, ou o não interesse dos mesmos. Em um estudo com entrevistas realizadas com oito cuidadores, sete deles relataram receber apoio momentâneo da família, quando há situações de emergências, mas não havendo uma distribuição das atividades de prestação de cuidados. Sendo assim o cuidador assume o seu papel principal e passa a exercer inúmeras tarefas, o que gera sobrecarga física e emocional. (PEDREIRA, OLIVEIRA, 2012)

Os resultados apresentados referentes à saúde do cuidador, estão relacionados com o nível de estresse emocional elevado que foi mencionado nas entrevistas. A pesquisa de Souza *et al.*, 2015, realizada com 33 cuidadores de 3 ESFs do município de Criciúma- SC que avaliou a sobrecarga, a qualidade de vida e a presença de estresse, contribui com esse achado que diz que 81,8% deles apresentaram estresse e sobrecarga elevada. Quem está mais sujeito a apresentar estresse são aquelas pessoas que são encarregadas com tarefas diárias de cuidar sem um tempo definido de duração, existe uma relação entre cuidador e paciente que causa sentimentos desde ansiedade, tristeza, até decepção, sentimento de insuficiência e impotência, o que trás resultados negativos sendo caracterizado como dificuldade do cuidar. (BLÁZQUEZ *et al.*, 2014) (NARDI, SAWADA, SANTOS, 2013)

Alguns cuidadores não associaram o seu estado de saúde com os trabalhos de cuidado conforme as entrevistas, mesmo assim, além da sobrecarga emocional, outros

aspectos foram citados como as dores físicas, e o cansaço. Porém, em controvérsia a isso um estudo feito com 2557 cuidadores de pessoas com incapacidades físicas de 19 locais de Bogotá comprovou que 77% deles associa seus problemas de saúde com suas tarefas, sendo eles condições estressantes, dores de cabeça, dor lombar, e dificuldade para dormir, quadros de depressão, dificuldade de concentração, tensão e irritabilidade. Tudo isso relacionado ao papel atribuído (GALINDO, FELIZZOLA, ESQUIVEL, 2016). A redução da capacidade física e emocional do cuidador é caracterizada como uma barreira para o bom desempenho das ações de assistência, pois necessita estar em boas condições de saúde ao manejar um ser dependente. Isso pode prejudicar o processo de reabilitação do paciente por não receber um cuidado adequado (COSTA *et al.*, 2015).

Outro fator que pode prejudicar o processo de cuidado são os conflitos existentes no cotidiano entre cuidador e idoso, fatores como gênero, idade, personalidade e histórico de relacionamento é também uma dificuldade que pode interferir no bom relacionamento. As pesquisas feitas sobre os atritos interpessoais entre cuidador-idoso abrem caminhos e soluções para que posturas mais adequadas possam ser aderidas para incentivar um convívio mais harmonioso entre cuidadores e idosos. Para Carneiro e França (2011) idosos sem companheiros apresentam mais conflitos com seus cuidadores, além disso o criticismo com o cuidador é o mais apresentado entre eles.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados dessa pesquisa mostram que as dificuldades reveladas pelos cuidadores refletem o despreparo para tal função. Além disso, nota-se uma relação precária e descontinuada entre familiares e equipe de saúde que compõem a ESF.

Neste contexto vale ressaltar é de extrema importância a capacitação das equipes atuantes para o processo de trabalho diante do âmbito de cuidado, o suporte domiciliar requer disponibilidade dos profissionais e continuidade das ações, assim como necessita de e um olhar humanizado que possibilita criação de vínculo com a família.

A falta de ações por parte da equipe de saúde da família voltadas para a saúde do cuidador, acaba tornando necessária uma visão mais ampla para essa população que, na maioria das vezes, precisa de auxílio. Entretanto, para que os profissionais possam implementar políticas e programas públicos e de suporte aos cuidadores, é necessário que se conheça o perfil da população em questão, bem como as suas principais dificuldades.

Espera-se que esse estudo possa contribuir para reorganização das ações da equipe de saúde para essa população, a fim de que sejam implementadas formas de contribuir com as necessidades aqui desveladas pelos cuidadores para que haja suporte adequado reduzindo assim, as dificuldades enfrentadas por eles.

REFERÊNCIAS

- ANJOS KF, BOERY RNSO, PEREIRA R. Qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2014; Jul-Set; 23(3): 600-8.
- ARAÚJO JS, SILVA SED, SANTANA ME, VASCONCELO EV, CONCEIÇÃO, VM. A obrigação de (des) cuidar: representações sociais sobre o cuidado à sequelados de acidente vascular cerebral por seus cuidadores. **REME – Rev Min Enferm** 2012;16(1):98-105.
- ARAÚJO JF, VIDAL GM, BRITO FN, GOLÇALVES DCA, LEITE DKM, DUTRA CDT, PIRES CAA. Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, 2013; 16(1):149-158.
- BRASIL. **Caderno de Atenção Domiciliar**. 1ª edição, Departamento de Atenção Básica, Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2012.
- BOAVENTURA LC, BORGES HC, OZAKI AH. Avaliação da sobrecarga do cuidador de pacientes neurológicos cadeirantes adultos. **Ciência & Saúde Coletiva** 2016; 21 (10).
- CARNEIRO VL, FRANÇA LHFP. Conflito no relacionamento entre cuidadores e idosos: o olhar do cuidador. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio De Janeiro, 2011; 14(4):647-662.
- CEZANAAR, BOONE MBF, OLYMPIO PCAP, AMORIM MHC OLIVEIRA MJM. Perfil dos cuidadores familiares de pacientes acamados assistidos por um serviço de assistência domiciliar. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**. Vitória (ES), 2011; 13(2): 43-48.
- COSTA TF, COSTA KNFM, FERNANDES MGM, MARTINS KP, BRITO SS. Qualidade de vida de cuidadores de indivíduos com acidente vascular encefálico: associação com características e sobrecarga. **Rev Esc Enferm USP** · 2015; 49(2):245-252.
- DUARTE R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar, Editora UFPR**, Curitiba, n. 24, p. 213-225, 2004.
- FERNANDES CS, ANGELO MA. CUIDADORES FAMILIARES: O QUE ELES NECESSITAM? UMA REVISÃO INTEGRATIVA. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2016;50(4):675-682.
- GALINDO AMG; FELIZZOLA OLP, ESQUIVEL EIP. Caracterización Y Condiciones De Los Cuidadores De Personas Con Discapacidad Severa En Bogotá. **Rev. salud pública**, 2016; 18 (3): 367-378.
- LEFÉVRE, F.; LEFÉVRE, A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo passo a passo**. Disponível em <<http://www.fsp.usp.br/~flefevre>. Acesso em: 24/08/2017.
- LOUREIRO LS, FERNANDES MGM, MARQUES S, NÓBREGA MML, RODRIGUES RP. Burden in family caregivers of the elderly: prevalence and association with characteristics of the elderly and the caregivers. **Revista Escola de Enfermagem USP**, 2013; 47(5):1133-40.
- MENEGUIN S, RIBEIRO R. Dificuldades de cuidadores de pacientes em cuidados Paliativos na estratégia da saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, 2016; 25(1):e3360014.

NIETSCHÉ EA, VEDOIN SC, BERTOLINO KCO, LIMA MGR, TERRA LG, BORTOLUZZI CRL. Equipe de saúde e familiares cuidadores: atenção ao doente terminal no domicílio. **Revista de Enfermagem Referência**, 2013; III Série - n.º 10 - Jul.

ORLANDI AA, BRITO TRP, OTTAVIANI AC, ROSSETTI ES, ZAZZETTA MS, GRATÃO, A.C.M *et al.* Perfil de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social. **Esc Anna Nery**, 2017;21(1):e20170013.

QUEIROZ AHAB, PONTES RJS, SOUZA AMA, RODRIGUES TB. Percepção de Familiares e Profissionais de Saúde Sobre os Cuidados no Final da Vida no Âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2013; 18(9):2615-2623.

TOMOMITSU MRS, PERRACINI MR, NERI AL. **Fatores Associados à Satisfação com a Vida em Idosos Cuidadores e Não-Cuidadores** **Ciência & Saúde Coletiva**, 2014;19(8):3429-3440.

SOUZA, L.R.; HANUS, J.S.; LIBERA, L.B.; SILVA, V.M.; MANGILLI, E.M.; SIMOËS, P.W.; CERETTA, L.B.; TUON, L. Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. **Cad. Saúde Colet**, 2015; Rio de Janeiro, 23 (2): 140-14.

LOPES SRA, MASSINELLI CJ. **Perfil e nível de resiliência dos cuidadores informais de idosos com Alzheimer**. *Aletheia*, 2013; 40, p.134-145, jan./abr.

PAVARINI SCI, NERI AL, BRIGOLA AG, OTTAVIANI AC, SOUZA EN, ROSSETTI ES *et al.* Elderly caregivers living in urban, rural and high social vulnerability contexts. **Rev Esc Enferm USP** · 2017;51:e03254.

PEDREIRA LC, OLIVEIRA AM. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. **Rev Bras Enferm, Brasília 2012**; set-out; 65(5): 730-6.

RICO-BLÁZQUEZ M, ESCORTELL-MAYOR E, DEL-CURA-GONZÁLEZ I, SANZ-CUESTA T, GALLEGU-BERCIANO P, CASAS-CÁMARA G, ET AL. CuidaCare: effectiveness of a nursing intervention on the quality of life's caregiver: cluster-randomized clinical trial. *BMC Nurs*. 2014; 13(1):2.

SANTOS FS. **Cuidados Paliativos em Geriatria**. E Cuidados Paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas. São Paulo (SP): Atheneu, 2011.

SCALCO JC, TAVARES KO, VIEIRA L, SILVA JRDA, BASTOS CCCB. O dia a dia de cuidadores familiares de idosos dependentes. **Revista Kairós Gerontologia**, 2013; 16(2), pp.191-208. 1516-2567.

Rastreamento do câncer de mama no Brasil: reflexões entre o recomendado e o necessário

Monica Regina Seguro

Maria Isabel Raimondo Madureira

Maria Lúcia Raimondo

Alexandra Bittencourt Ferraz

INTRODUÇÃO

O câncer de mama, segundo o INCA (instituto nacional do câncer), é uma patologia causada pela multiplicação desregulada de células da mama. Deste processo, se originam células irregulares que se multiplicam, as quais formam um tumor, em que seu desenvolvimento pode ser rápido ou lento. O câncer surge de uma modificação no DNA da célula, e passa a receber informações erradas para suas atividades. O câncer de mama acomete mulheres e homens, porém, este último apresenta apenas 1% do total de casos da doença (BRASIL, 2020).

Na fase de promoção da doença, esta célula iniciada é transformada em célula maligna, de maneira lenta e gradual. Para que ocorra esta modificação, necessita de um contato contínuo com o agente cancerígeno promotor. Quando ocorre a interrupção desse contato com agentes promotores, na maioria das vezes, rompe com o processo nesse estágio (BRASIL, 2020).

A incidência, prevalência e mortalidade são parâmetros de controle para a vigilância epidemiológica, os quais possibilitam análise da ocorrência, distribuição e evolução destas doenças. Caracterizar o perfil dos tipos de câncer e de possíveis variações no cenário ao longo dos anos, são elementos que norteiam as ações de Vigilância do Câncer, sendo este, um componente estratégico para planejar as ações de prevenção e controle de câncer no Brasil (BRASIL, 2020).

“Para o Brasil, a estimativa para cada ano do triênio 2020-2022 aponta que ocorrerão 625 mil casos novos de câncer (450 mil, excluindo os casos de câncer de pele não melanoma)”, sendo estimado 66.280 novos casos de câncer de mama feminino para 2020. Entretanto, em 2018 foi a última atualização de dados, onde o número de mortes por câncer de mama foi de 17.763, destes, sendo 17.572 mulheres e 189 homens (BRASIL, 2019).

O câncer de mama é o mais incidente no sexo feminino em todo o mundo, independente da condição socioeconômica do país,



correspondendo a 24,2% do total de casos no ano de 2018, com aproximadamente 2,1 milhão de novos casos. Esta se configura a quinta causa de morte por câncer de modo geral, totalizando 626.679 óbitos, sendo a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres (BRASIL, 2019).

A neoplasia da mama é a mais frequente em todas as regiões brasileiras, apresentando risco estimado de 81,06 casos por 100 mil habitantes na Região Sudeste; com 71,16 ocorrências por 100 mil municípios na Região Sul; de 45,24 eventos em cada 100 mil pessoas na Região Centro-Oeste; de 44,29 por 100 mil residentes da Região Nordeste; e de 21,34 por 100 mil habitantes na Região Norte (BRASIL, 2020).

O diagnóstico tardio do câncer de mama faz com que as estatísticas tenham altos números, por ser decorrente de alguns fatores, entre eles, a falta de informação sobre o assunto por parte das pacientes; a capacitação insuficiente de profissionais de saúde referente aos protocolos assistenciais e a falta de escuta ativa durante a consulta; a lentidão nas filas de espera para realização de exames de imagem, pelo sistema único de saúde no rastreamento do câncer; a demora na procura por assistência na unidade básica de saúde pelas mulheres quando notam alguma modificação na mama (OSHIRO *et al.*, 2014).

Na área oncológica, realizar o diagnóstico precoce se configura em uma estratégia que favorece terapias mais simples e efetivas, contribuindo para a redução do estágio de apresentação da doença. O diagnóstico precoce ocorre no menor estágio do desenvolvimento da doença, porém, neste caso, o indivíduo já apresenta sinais clínicos. Já o rastreamento, é realizado em populações assintomáticas, entretanto, ambos contribuem para que seja iniciado o tratamento em tempo hábil, prevenindo assim, a evolução do estadiamento da doença, aumentando as chances de sobrevivência, sendo chamada de prevenção secundária (BRASIL, 2010).

A detecção precoce ocorre quando a patologia é identificada na fase em que as lesões possuem diâmetro inferior a dois centímetros, podendo o indivíduo apresentar sintomas ou não. Esta ação poderá ser feita com a identificação de sinais verificados durante o exame físico e confirmados com a realização de exames de imagem, em que é selecionada a população que possui maior probabilidade de conter a doença (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013).

O rastreamento feito com o exame de mamografia, é um método que tem sido empregado em cenários onde as taxas de incidência e a mortalidade referente ao câncer de mama são elevadas. Essa estratégia visa rastrear precocemente a fase inicial da doença, para que o tratamento tenha maiores chances de resolução (BRASIL, 2013).

As recomendações para o rastreamento foram distribuídas em quatro categorias, em consenso entre as entidades que compõem a comissão nacional de mamografia, sendo: a categoria A – com recomendação baseada em fortes evidências científicas, em que as ações são apoiadas vigorosamente; categoria B – a qual possui recomendação baseada em razoáveis evidências científicas e também é amparada; categoria C – em que a recomendação é baseada em poucas evidências científicas, mas dispõem de recomendação expressiva; categoria D – onde a recomendação é baseada em consenso entre os especialistas para que esta recomendação seja estimulada (URBAN *et al.*, 2017).

O rastreamento de câncer de mama, possui o grau de recomendação B – “em que existe moderada certeza de que os benefícios variam de substanciais a moderados”. O grau de recomendação configura um parâmetro, baseado em evidências científicas, o qual é definido por uma instituição ou sociedade. Este avalia critérios como viabilidade da aplicação, custeio, questões políticas e perfil da população (BRASIL, 2010).

Considerando o exposto, este estudo se justifica pela relevância da temática, visto que os índices de incidência e prevalência do câncer de mama são elevados no Brasil. Assim, percebe-se a importância de refletir sobre os critérios recomendados pelo Ministério da Saúde e pelo Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia para o rastreamento do câncer de mama.

Refletir e debater os critérios contidos nas recomendações do rastreamento do câncer de mama no Brasil por diferentes órgãos e entidades de classe é fundamental a fim de que se possa subsidiar a produção científica. Os resultados poderão auxiliar os gestores de saúde na implementação de programas organizados de rastreamento mais efetivos que possibilitem o acesso de diferentes faixas etárias da população feminina às ações de prevenção do câncer e seu diagnóstico precoce.

OBJETIVO

Refletir sobre o rastreamento do câncer de mama no Brasil.

MÉTODO

Trata-se de artigo de cunho reflexivo, sendo que a base para as reflexões ocorreu a partir de publicações do Ministério da Saúde e de outros órgãos brasileiros envolvidos com a prevenção e rastreamento do câncer de mama feminino.

Além das fontes anteriormente citadas, também foram incluídas pesquisas na área da enfermagem que possibilitaram o aprofundamento das reflexões sobre o rastreamento do câncer de mama no Brasil.

Para o desenvolvimento deste artigo, por tratar-se de reflexão, excluiu-se a necessidade de parecer de comitê de ética em pesquisa com seres humanos.

Este estudo faz parte de um dos componentes para a conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária com Ênfase em Saúde da Família da, na categoria de Enfermeiro, referente ao período de março de 2019 a fevereiro de 2021.

RASTREAMENTO DAS MULHERES COM RISCO HABITUAL PARA O CÂNCER DE MAMA POR FAIXA ETÁRIA

A Linha de Cuidado do Câncer de Mama, possui a finalidade de certificar o acesso aos serviços de saúde, em todos os níveis de atenção pelo sistema único de saúde,

correspondentes ao rastreamento e tratamento desta enfermidade, tanto para mulheres que são rastreadas precocemente, quanto àquelas diagnosticadas tardiamente. Ela é organizada com as diretrizes de prevenção dos fatores de risco modificáveis, com ênfase no controle do peso e consumo de álcool, além de estimular a amamentação e a prática de atividades físicas; a detecção precoce da doença; a garantia da qualidade das imagens radiográficas e com doses mínimas de radiação, e que possuam confiabilidade para o diagnóstico, evitando resultados falsos-negativos; tratamento adequado em tempo oportuno (BRASIL, 2013).

O rastreamento viabiliza identificar sujeitos que têm a doença, porém, estão assintomáticos, podendo ser realizado através do rastreamento programado, com agendamento de consulta para a população alvo – o qual possui maior efetividade, sendo este, um direito assegurado aos usuários do sistema de saúde ao acesso à estes serviços -, ou por meio do rastreamento oportunístico, em que se beneficia de cada oportunidade que se tem de atender a mulher, para rastrear o câncer de mama (BRASIL, 2010).

O gerenciamento dos programas organizados de rastreamento deve garantir que cada intervenção seja implantada e implementada com nível suficiente de qualidade, com capacitação dos profissionais de saúde que executam estas práticas. Para tanto, devem ser obedecidos critérios como: o rastreamento de mulheres assintomáticas, dentro da faixa etária preconizada; o benefício do diagnóstico e do tratamento precoce a partir do rastreamento, deverá ser maior do que se a condição recebesse a terapia no momento habitual de investigação, quando há sintomas pré-existentes. Os exames diagnósticos devem ser aceitáveis e confiáveis; O custo-benefício do rastreamento e das terapias deverão ser compatíveis com orçamento atribuído para estes serviços (BRASIL, 2013).

Em pesquisa realizada por MORAES *et al.* (2016) foram entrevistados enfermeiros que desempenham o rastreamento oportunístico para o câncer de mama. Os resultados revelaram aspectos positivos e negativos referente às condutas de rastreamento desenvolvidas pelos enfermeiros que atuam na atenção básica. Os dados mostram que 71,7% investigam os fatores de risco, porém, desconhecem que o seguimento para as mulheres classificadas com alto risco deve ser realizado anualmente; 100% dos entrevistados orientam sobre a realização do exame clínico das mamas (ECM), entretanto, 75% fazem esta orientação de maneira inadequada em relação a periodicidade e faixa etária; 65% fazem busca ativa de pacientes com resultado de mamografia alterado; 70% orientam as usuárias dos serviços a fazer a autopalpação das mamas, porém, 21,4% destes relatam desconhecer o período correto. Para produzir um melhor resultado no rastreamento, os gestores devem investir na educação continuada destes profissionais, bem como avaliação contínua do resultado de suas ações.

Em outro estudo desenvolvido por MELO *et al.* (2017) verificou-se que a maioria dos enfermeiros entrevistados possuía especialidade relacionada à atenção primária à saúde. Também foi constatado que a educação continuada é preditora na qualidade do cuidado, pois os enfermeiros que tiveram capacitações referentes à saúde da mulher, tiveram condutas adequadas e produziram assistência de maneira mais ampliada.

O profissional de saúde tem a responsabilidade ética de esclarecer para as mulheres quais são as condutas mais adequadas e recomendadas para sua faixa etária, bem como

para sua classificação de risco referente às ações de rastreamento do câncer de mama, às quais devem ser consentidas pela paciente (BRASIL, 2010).

A Política Nacional de Atenção Básica propõe a organização dos serviços como Rede de Atenção à Saúde de maneira que promova a integração entre a atenção básica com outros níveis de atenção, a fim de prover uma assistência de qualidade, de cunho integral, proporcionando cuidado mais humanizado e efetivo (BRASIL, 2013).

A mulher deve ser acolhida em ambiente reservado, respeitando sua privacidade, sendo-lhe prestada uma assistência humanizada com escuta ativa, atentando para suas queixas e direcionando à atenção para suas necessidades de saúde, considerando a singularidade da sua história de vida. (BRASIL, 2013). Todos esses fatores favorecem a realização de uma avaliação qualificada e também com a adesão ao programa de rastreamento.

Durante a consulta deve ser realizado o ECM obedecendo as etapas: de inspeção estática, onde se verifica se há presença de alterações visíveis no aspecto da pele ou formato das mamas (assimetria, abaulamentos, retração do mamilo e alterações eczematosas na aréola); inspeção dinâmica, observando se há retração da pele da mama ao movimento dos membros superiores); palpação com as polpas digitais com uma das mãos, na procura de nódulos na região mamária e axilar; expressão mamilar, onde deverá ser investigada a descarga papilar sanguinolenta (BRASIL, 2010).

As atribuições do enfermeiro que atua na atenção primária à saúde, no que se refere ao rastreamento do câncer de mama, compreende prestar assistência de maneira integral durante a consulta de enfermagem, a qual deve compor anamnese sobre a história pregressa e familiar da mulher, exame clínico das mamas e encaminhamento para os serviços de referência para dar seguimento às intervenções, à partir da alteração encontrada no exame físico ou no resultado da mamografia (BRASIL, 2013).

No quadro a seguir, será descrito a periodicidade da execução do exame clínico das mamas, bem como da realização da mamografia, segundo a faixa etária:

Quadro 2 - População-alvo e periodicidade dos exames no rastreamento de câncer de mama.

População-alvo	Periodicidade dos exames de rastreamento
Mulheres de 40 a 49 anos	ECM anual e, se alterado: mamografia
Mulheres de 50 a 69 anos	ECM anual e mamografia a cada dois anos
Mulheres de 35 anos ou mais com risco elevado	ECM e mamografia anual

Fonte: (BRASIL, 2013).

A realização do exame de imagem feito em mulheres assintomáticas apresenta chance de 30% maior de sobrevivida comparado com exames realizados em mulheres sintomáticas (URBAN *et al.*, 2017). Desta forma, é mister refletir que implementar um programa organizado de rastreamento que inclua mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos é fundamental para que esta população tenha o acesso ao diagnóstico precoce do câncer de mama.

Vale destacar que antes dos 40 anos de idade, em mulheres de risco habitual e

com ECM sem alterações não há vantagens em fazer mamografia, da mesma forma que o rastreamento mamográfico após os 75 anos de idade (URBAN *et al.*, 2017). Um fator relevante para reflexão é o fato de que a aplicação do rastreamento em mulheres acima de 75 anos de idade também precisa considerar o aumento da expectativa de vida da população. Desta forma deve ser objeto importante de análise pelos gestores de saúde no momento da elaboração e implementação de um programa de rastreamento.

No que se refere a quantidade de radiação em que a mulher é exposta ao fazer a mamografia, é extremamente baixa e segura. Não há comprovação de que a prática de realizar mamografia de rotina, aumente a taxa de câncer de mama ou em outros órgãos. A ultrassonografia e a ressonância magnética são exames complementares ao diagnóstico, porém, não substituem a realização da mamografia (URBAN *et al.*, 2017).

Para o rastreamento do câncer de mama no Brasil, referente a população de risco habitual por faixa etária, o Ministério da Saúde recomenda que: mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos, é recomendada a realização do Exame Clínico das Mamas (ECM) por um profissional de saúde habilitado (médico ou enfermeiro), e se encontrado alguma alteração, será encaminhada para proceder com a mamografia. Em mulheres com idade entre 50 a 69 anos, é indicada a execução do ECM e mamografia bianual, após a realização do exame por dois anos consecutivos com resultado sem alterações (BRASIL, 2010).

De acordo com as recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, as quais compõem a Comissão Nacional de Mamografia (CNM) para o rastreamento por imagem do câncer de mama no Brasil, segundo a CNM, o rastreamento para o câncer de mama deve ser realizado através da mamografia a partir dos 40 anos, anualmente. Isso é importante visto que uma característica do câncer de mama no Brasil, bem como de outros países em desenvolvimento, é que sua incidência em mulheres na faixa etária de 40 a 50 anos é proporcionalmente maior que em países desenvolvidos (URBAN *et al.*, 2017).

Referente a mamografia, recomenda-se o rastreamento periódico, uma vez ao ano para as mulheres entre 40 e 74 anos. Após os 75 anos de idade, este diagnóstico precoce é para as mulheres que tenham expectativa de vida maior que 7 anos, fundamentado nas comorbidades (URBAN *et al.*, 2017).

A ocorrência do câncer de mama aumenta com o avançar da idade, daí a importância do rastreamento para esse grupo de risco. As lesões menores que 2 cm de diâmetro, podem não ser detectadas à palpação, por isto, faz-se necessário realizar exames de imagem, pois nesta fase o prognóstico é mais favorável e a cura pode chegar a 100%. (BRASIL, 2020).

É importante ressaltar que a prática da autopalpação das mamas não reduz a mortalidade pelo câncer de mama, entretanto, é necessário que a mulher conheça seu corpo, para que, verificando qualquer alteração, procure imediatamente pelo serviço de saúde para realização de exames para investigação diagnóstica. Porém, quando a mulher apresenta sintomas referente a mama, já não se configura em rastreamento, e sim, em diagnóstico precoce (BRASIL, 2010).

No tocante à ultrassonografia, não existem dados que deem suporte para a

realização do rastreamento para todas as mulheres de risco populacional usual. Portanto, ela deve ser considerada como exame adicional à mamografia nas mulheres com mamas densas, tratando-se da categoria B. A ressonância magnética não é recomendada para esta população. Já a tomossíntese, pode ser realizada, quando disponível, e associada à mamografia (URBAN *et al.*, 2017).

RASTREAMENTO DAS MULHERES DE ALTO RISCO PARA CÂNCER DE MAMA

A classificação de alto risco para o desenvolvimento do câncer de mama, segundo o ministério da saúde, se configura com:

“Mulheres portadoras da mutação nos genes BRCA 1 ou BRCA 2; mulheres com história de câncer de mama; mulheres com história familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau na pré-menopausa; mulheres com história de neoplasia lobular in situ, hiperplasia ductal atípica e mulheres que fizeram radioterapia torácica antes de 30 anos” (BRASIL, 2013 p.).

Alguns fatores de risco aumentam a pré-disposição ao desenvolvimento do câncer de mama, tais como: idade entre 50 a 69 anos, a menarca precoce, a nuliparidade, a primeira gestação após os 30 anos, menopausa tardia, exposição à radiação, o sedentarismo e a realização de terapia de reposição hormonal (BRASIL, 2013).

Para mulheres com 35 anos ou mais, que possuem fatores de risco, como história pregressa ou histórico familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau, ou histórico de câncer de mama masculino na família, o Ministério da Saúde recomenda que seja realizado exame clínico das mamas e mamografia anualmente (BRASIL, 2010).

Relacionado a mamografia, mulheres que apresentam mutação dos genes BRCA1 ou BRCA2, ou possuem parentes de 1º grau com mutação comprovada, necessitam realizar o rastreamento anual realização da mamografia com início após os 30 anos de idade - categoria B. Em mulheres com risco $\geq 20\%$ ao longo da vida - o qual é calculado por um método baseado no histórico familiar - deverão realizar o rastreamento anual com a mamografia, a contar em 10 anos antes da idade do diagnóstico do familiar mais jovem o qual teve diagnóstico de câncer de mama (não sendo anterior a 30 anos de idade), também considerado categoria B (URBAN *et al.*, 2017).

Em mulheres com histórico de submissão à radiação no tórax entre os 10 e 30 anos de idade, necessitam proceder com o rastreamento anual com a mamografia, a partir do 8º ano após o tratamento radioterápico (não sendo realizado antes dos 30 anos) - categoria C. Já em mulheres com história pregressa de hiperplasia lobular atípica, carcinoma lobular in situ, hiperplasia ductal atípica, carcinoma ductal in situ e carcinoma invasor de mama, deverão fazer a mamografia anualmente, a partir do diagnóstico - categoria C (URBAN *et al.*, 2017).

A ressonância magnética é recomendada para mulheres com mutação dos genes BRCA1 ou BRCA2, ou com familiares de 1º grau com mutação comprovada, deverão realizar rastreamento anual a partir dos 25 anos de idade - categoria A. Em mulheres com risco $\geq 20\%$ ao longo de sua vida, devem realizar rastreamento anual, sendo iniciado 10

anos antes da idade do diagnóstico do familiar com menor idade o qual teve o diagnóstico (não antes dos 25 anos) categoria A (URBAN *et al.*, 2017).

A respeito de mulheres com histórico de irradiação no tórax entre os 10 e 30 anos de idade, requerem rastreamento anual com ressonância magnética a partir do 8º ano após o término do tratamento com radioterápico (não sendo dos 25 anos) - categoria C (URBAN *et al.*, 2017).

Relativo a mulheres com histórica pregressa de hiperplasia lobular atípica, carcinoma lobular in situ, hiperplasia ductal atípica, carcinoma ductal in situ e carcinoma invasor de mama, demandam de rastreamento anual com ressonância magnética a datar do diagnóstico - categoria C (URBAN *et al.*, 2017).

A ultrassonografia será utilizada como substituição da ressonância magnética em mulheres que não possam realizá-la por qualquer motivo - categoria B. Já a tomossíntese, é recomenda-se em associação à mamografia, quando disponível - categoria B (URBAN *et al.*, 2017).

A justificativa para essas recomendações, é a redução na mortalidade ocasionado pelo câncer de mama em mulheres com idade superior a 40 anos. Para avaliar o efeito do rastreamento mamográfico na redução da mortalidade, foram realizados 11 estudos prospectivos, controlados e randomizados. Como resultado, foi observado a redução no risco de morrer pelo câncer de mama em mulheres que fizeram o rastreamento mamográfico, comparado com àquelas que não realizaram (FEIG, 2014; MYERS, 2015).

O estudo que verificou a maior redução na mortalidade por câncer de mama associado ao rastreamento mamográfico, obteve diminuição de 31% (TABÁR, 2011). Outro estudo realizado pelo Reino Unido (2012), observou a redução na mortalidade pelo câncer de mama estimada em 25% no risco de morte nos primeiros 10 anos de rastreamento na faixa etária de 39 a 49 anos, já na pesquisa conduzida por GOTZSCHE (2013), averiguou-se redução em 19% na mortalidade.

De acordo com o resultado da mamografia, haverá uma conduta correspondente ao rastreamento de câncer de mama na atenção básica, conforme descrito no quando abaixo:

Quadro 3 - Resultados da mamografia e condutas da atenção básica no rastreamento de câncer de mama.

Resultado da mamografia	Conduta para a atenção primária à saúde
0 – Inconclusivo	Avaliação adicional
1 – Sem achados	Rotina de rastreamento
2 – Achado Benigno	Rotina de rastreamento
3 – Achado provavelmente benigno	Controle radiológico em seis meses (eventualmente biópsia)
4 – Achado suspeito	Encaminhamento para seguimento em unidade de referência
5 – Achado Altamente suspeito	Encaminhamento para seguimento em unidade de referência
6 – Achado com diagnóstico de câncer, mas não tratado	Encaminhamento para seguimento em unidade de referência de alta complexidade

Fonte: Brasil, 2010.

O estudo de LOURENÇO *et al.* (2013) retrata que o rastreamento mamográfico está cada vez mais presente nas ações da enfermagem no contexto referente a saúde da

mulher, e que apesar das barreiras que podem limitar estas práticas, foi constatado que a enfermagem demonstra efetividade no manejo destas mulheres.

No estudo realizado por VALADÃO *et al.* (2019), retrata as falas de profissionais da saúde que expõem a dificuldade em desempenhar o que é preconizado, em relação à assistência integral aos usuários do sistema de saúde da atenção básica. O foco do atendimento ainda é voltado ao modelo biomédico, em que predomina a demanda espontânea, onde o paciente procura pela unidade de saúde quando possui algum problema de saúde já instalado, o que diverge da proposta da Estratégia Saúde da Família, que prioriza ações de promoção da saúde e prevenção de agravos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O rastreamento, a detecção e o diagnóstico precoce, possibilita identificar pessoas com risco de desenvolver a enfermidade, sendo detectada em sua fase inicial, tendo sinais e sintomas pré-existentes ou sendo assintomático. Estas ações baseiam-se na premissa de as doenças que possuem maiores chances de cura quando rastreadas e diagnosticadas precocemente.

Gestores e profissionais de saúde necessitam elaborar e implementar programas organizados de rastreamento para o câncer de mama que possibilitem às mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos de idade o acesso aos exames de imagem favorecendo o diagnóstico precoce, não limitando-se apenas ao exame clínico das mamas e à condição de achados alterados para condicionar sua realização.

As reflexões nos possibilitam considerar alterações no formato do modelo de atendimento na saúde, destacando-se a enfermagem, estimulando a educação continuada para a capacitação destes profissionais, reavaliando os programas de rastreamento de acordo com evidências científicas que apontam que essas mudanças, favorecem na melhora da qualidade da assistência, garantindo o direito às mulheres ao cuidado integral.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro – SP. 120 p. INCA, 2019.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Tipos de Câncer: Câncer de mama**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>
Acesso em 15/12/2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Cadernos de Atenção Primária, n. 29**. 95 p. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Editora do Ministério da Saúde. 2ª Edição. Brasília – DF, 2013.

FEIG SA. **Screening mammography benefit controversies**: sorting the evidence. *Radiol Clin North Am.* 2014;52:455–80.

GOTZSCHE PC, JORGENSEN KJ. **Screening for breast cancer with mammography**. Cochrane Database Syst Rev. 2013;4:1–59.

INDEPENDENT UK PANEL ON BREAST CANCER SCREENING. **The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review**. Lancet. 2012;380:1778–86.

LOURENÇO T.S. MAUAD E.C. VIEIRA R.A.C. **Barreiras no rastreamento do câncer de mama e o papel da enfermagem: revisão integrativa**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília - DF, 2013.

MELO F.B.B. MARQUES C.A.V. SILVA V.R. GUTIÉRREZ M.G.R. **Ações do enfermeiro na detecção precoce do câncer mamário**. Revista enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, 2017.

MORAES D.C. ALMEIDA A.M. FIGUEIREDO E.M. LOYOLA E.A.C. **Rastreamento oportunístico do câncer de mama desenvolvido por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde**. Revista Escola de Enfermagem USP. São Paulo - SP, 2016.

MYERS ER, MOORMAN P, GIERISCH JM, *et al.* **Benefits and harms of breast cancer screening: a systematic review**. JAMA. 2015;314: 1615–34.

OSHIRO M.L. BERGMANN A. Rubiana SILVA G. COSTA K.C. TRAVAIM I.E.B. SILVA G.B. THULER L.C.S. **Câncer de mama avançado como evento sentinela para avaliação do programa de detecção precoce do câncer de mama no centro-oeste do Brasil**. Revista Brasileira de Cancerologia. 60p 15-23. 2014.

TABÁR L, VITAK B, CHEN TH, *et al.* **Swedish two-county trial: impact of mammographic screening on breast cancer mortality during 3 decades**. Radiology. 2011;260:658–63. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2017-0069> Acessado em: 21/12/2020.

URBAN LABD, CHALA LF, BAUAB SP, SCHAEFER MB, SANTOS RP, MARANHÃO NMA, KEFALAS AL, KALAF JM, FERREIRA CAP, CANELLA EO, PEIXOTO JE, AMORIM HLE, CAMARGO JUNIOR HSA. **Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia para o rastreamento do câncer de mama**. Revista Radiologia Brasileira, 2017.

VALADÃO P.A.S. LINS L. CARVALHO F.M. **Melhor no passado: a verdadeira saúde da família**. Saúde e Sociedade. v.28, n.1. São Paulo - SP, 2019.

Conhecimento de usuários com Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos em uma estratégia de saúde da família, antes e após a implementação de um grupo de educação em saúde

Maria Eduarda Holzer Duda

Vania Schmitt

Elisabeth Nascimento Lira

Luane Aparecida do Amaral

INTRODUÇÃO

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) o Diabetes Mellitus (DM) classifica-se em dois tipos mais comuns, sendo Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) e o tipo 2 (DM2) (BRASIL, 2021). O último citado, representa cerca de 90 a 95% dos casos de indivíduos com a doença (COSTA *et al.*, 2017), sendo considerado um fator de risco significativo para doenças cardiovasculares (DCV), responsável pela redução da expectativa e qualidade de vida (SBD, 2019).

No Brasil, a última Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2019, mostrou que em 2013, a prevalência da doença estava em 6,2% da população. Em 2019, esse percentual aumentou 1,5%, em menos de uma década. (BRASIL, 2019). O país, está entre os dez países com maior número de pessoas com DM, ocupando a quarta posição mundial (ISER, 2015).

Dado que a DM2 é considerada um problema de saúde pública, as Estratégias de Saúde da Família (ESF) se destacam como o acesso primário para a maioria da população, uma vez que é designada como a principal porta de entrada para a prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 1990). Neste contexto, assumem um papel de vital importância no gerenciamento de condições crônicas.

As ações e estratégias executadas nesse âmbito, implicam a execução de ações direcionadas ao autocuidado desses pacientes para melhoria da qualidade de vida e bem-estar (BRASIL, 2013). O diagnóstico dessa condição interfere em todas as dimensões da vida da pessoa com DM2 e isso, requer capacidade de entendimento sobre o motivo de realizar essas mudanças junto ao compromisso de seguir o tratamento adequado.



A mudança nos hábitos de vida, especialmente em relação à rotina alimentar e adesão à prática de atividade física dependem do entendimento e conhecimento acerca da doença para que assim, os ajustes necessários para a qualidade de vida não sejam difíceis de se incluir no cotidiano (RIBEIRO *et al.*, 2020).

A educação em saúde com foco no autoconhecimento acerca do DM2 é um fator determinante para o manejo da doença e, uma vez que existem ações de saúde que informem as pessoas sobre como conviver com as mudanças, estas podem proporcionar subsídios para a prevenção da saúde e melhora da qualidade de vida. Assim, essa pesquisa teve por objetivo avaliar o conhecimento de pacientes diagnosticados com DM2, antes e após a intervenção em um grupo de educação em saúde, no âmbito da ESF.

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma intervenção, com caráter descritivo e quantitativo, realizado com usuários de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Guarapuava, Paraná, Brasil.

A população de estudo foi composta por usuários adultos e idosos com faixa etária igual ou superior a 18 anos, todos com diagnóstico de DM2. A coleta de dados ocorreu no período compreendido de junho a julho de 2023. A amostra foi selecionada por meio dos encaminhamentos médicos da própria ESF para atendimento nutricional, que tinham o CID E-10 (Diabetes mellitus não-insulino-dependente). O acesso aos usuários foi obtido com o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por meio da busca ativa desses pacientes, convidando-os a comparecerem na ESF para uma conversa inicial na qual foram explicados os objetivos e metodologia da pesquisa.

Foi realizado um grupo de educação em saúde, intitulado: “Diabetes em foco: a caminho da saúde”, que utilizou como metodologia oficinas. As quais foram conduzidas seguindo uma abordagem participativa que se apoiou em técnicas lúdicas, experiências práticas e dinâmicas de grupo. Utilizou-se como referência o material teórico metodológico de ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica (BRASIL, 2016). Foram realizados 6 encontros semanais, com duração de 45 minutos cada. No primeiro e último encontro foram aplicadas as ferramentas de avaliação da pesquisa. À medida que as oficinas iam acontecendo, foram sendo abordados questões sobre a DM2, da seguinte forma:

Estação 1: “Traçando a rota e conhecendo os passageiros”. No primeiro encontro, foi afixado na parede da sala de reuniões a ilustração de um trem, contendo cinco vagões vazios. A cada estação, esses vagões foram preenchidos com as informações discutidas no encontro subsequente. Dessa forma, organizou-se uma dinâmica de apresentação destinada a fomentar a interação entre o grupo. Maletas de viagem feitas de papel colorido com os nomes dos participantes foram confeccionadas, e cada um escolheu seu assento e fixou sua mala no primeiro vagão do trem.

Estação 2: “Conhecendo a condição crônica: fisiologia da DM2”. Nessa estação, foram trabalhadas questões a respeito da fisiopatologia do DM2 e como ele acontece no organismo. Como recurso didático, foi realizado uma analogia comparando à porta de uma

célula que está travada. Foi solicitado aos pacientes que imaginassem que a célula é uma casa e a glicose (açúcar no sangue) é o convidado que deseja entrar. Normalmente, a insulina age como uma chave que abre a porta da célula para permitir a entrada da glicose. No entanto, no DM2, ocorre uma resistência à insulina, o que significa que a chave (insulina) não funciona tão bem como deveria. Assim, mesmo que haja insulina no organismo, a célula não responde adequadamente a ela, tornando difícil para a glicose entrar na célula. Isso resulta em níveis elevados de glicose no sangue, o que é semelhante a ter muita gente do lado de fora da casa (sangue), mas ninguém consegue entrar porque a chave (insulina) não está funcionando corretamente. Com o tempo, o corpo pode tentar compensar produzindo mais insulina, mas isso pode sobrecarregar as células produtoras de insulina no pâncreas, levando eventualmente ao esgotamento e à necessidade de tratamento adicional.

Estação 3: “Saiba por onde começar: 10 passos para uma alimentação saudável”: Nessa estação, os pacientes foram divididos em 3 grupos de 4 participantes. Foi realizado a dinâmica intitulada como jogo das etiquetas. Dessa forma, foi fornecido a cada grupo uma categoria de alimentos de acordo com a nova classificação, trazida pelo Guia Alimentar para a população brasileira (BRASIL, 2019). Foi estimulado o pensamento crítico e exposição de opiniões sobre o assunto, onde deveriam criar uma lista dos alimentos pertencentes à sua categoria e explicar porque esses alimentos são importantes para uma alimentação saudável. Em seguida, as respostas foram compartilhadas com todo o grupo.

Estação 4: “Como eu sei o quanto comer? Tamanho de medidas e porções”: Após adquiridos os conhecimentos em relação aos alimentos saudáveis, a estação 3 buscou informatizar a quantidade de cada alimento na rotina diária. Dessa forma, foram distribuídas imagens de um prato vazio. Com caneta colorida, os pacientes desenharam o prato ideal, em sua concepção. Além disso, foram utilizados recursos didáticos de medidas caseiras, explicando a diferença de cada utensílio (colher de chá, colher de servir, xícara de café, copo americano, etc). Os participantes foram então, convidados a elaborar o seu próprio cardápio diário usando esses elementos. Essa abordagem reforçou o princípio da autonomia, destacando a liberdade de escolha dos participantes na criação de um cardápio que incluísse refeições fracionadas com alimentos apropriados. No final, foram abordadas considerações importantes sobre erros e acertos, entregando para cada participante o modelo de “prato saudável”. Essa abordagem divide um prato em diferentes seções, cada uma representando grupos alimentares diferentes, sendo 50% de hortaliças e vegetais, 25% leguminosas, 25% carboidratos complexos e proteínas magras.

Estação 5: “Vamos trocar de lugar? Lista de equivalentes dos grupos alimentares”: Nessa estação, a dinâmica teve início com um convite aos pacientes para trocarem de lugar com outro participante, com o objetivo de ilustrar o conceito de “substituição”. Foi enfatizado que, ao mudar de lugar, cada pessoa passaria a representar uma individualidade única, com características distintas das anteriores. Essa analogia foi então utilizada para explicar que os alimentos podem ser substituídos em uma dieta desde que pertençam a grupos com características nutricionais semelhantes e sejam medidos em porções, para realizarem substituições seguras. Durante a estação, foram exibidas imagens de alimentos juntamente com suas alternativas equivalentes, exemplificando as possibilidades de substituição.

Estação 6: “Chegamos ao destino: e agora, para onde vou?”: Na última estação,

os aspectos psicoemocionais foram abordados com uma dinâmica em roda de conversa. Dessa forma, para a última estação usou-se a analogia de registros. Os participantes foram convidados a resgatarem na memória todas as estações por qual o trem passou. Foram distribuídas as malas do primeiro vagão e, em cada uma havia palavras escritas em papéis coloridos, tais como: confiança, felicidade, persistência, responsabilidade, desânimo, cansaço, luta, determinação, conquista, perseverança, entre outras. Foi solicitado que cada participante buscasse uma palavra que definisse o sentimento em relação ao momento vivido, gerando uma reflexão sobre os desafios, compromissos e conquistas do usuário ao aderir à prática do autocuidado.

A coleta das informações foi realizada utilizando dois questionários. O primeiro questionário consistiu em variáveis sociodemográficas (nome, idade, sexo, estado civil, grau de alfabetização, renda familiar, número de moradores no domicílio), clínicas (comorbidades: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), dislipidemias; tempo da doença; fatores de risco: tabagismo, sedentarismo e antecedentes familiares cardiovascular) e antropométricas (peso, altura, Índice de Massa Corpórea (IMC) e circunferência da cintura (CC). Para a classificação do IMC foram utilizadas as referências literárias para adultos (OMS, 1995 e 1997) e idosos (OPAS, 2002 e 2003). Para a CC foram utilizados parâmetros de risco elevado para desenvolvimento de doenças metabólicas/cardiovasculares com CC ≥ 94 cm para homens e ≥ 80 cm para mulheres. Para parâmetros de risco muito elevado foi considerado CC ≥ 102 cm para homens e ≥ 94 cm para mulheres (OMS, 1998).

O segundo questionário foi aplicado para avaliar o conhecimento dos usuários acerca do DM. O *Diabetes Knowledge Questionnaire* (DKN-A) foi validado e traduzido para a versão brasileira (TORRES *et al.*, 2005). Contém 15 perguntas de múltipla escolha sobre assuntos relacionados à condição. Apresenta cinco categorias de respostas, sendo: fisiologia da patologia, hipoglicemia, questões alimentares e de nutrição (grupo de alimentos e substituições), gerenciamento do diabetes na intercorrência de alguma outra doença e princípios gerais dos cuidados da doença. A escala de medida é de 0-15 pontos e cada item é avaliado com escore “um” para resposta correta e “zero” para incorreta. Os itens de um a 12 requerem uma única resposta correta. Para os itens de 13 a 15 algumas respostas são corretas e todas devem ser conferidas para obter o escore um. Um escore maior que 8 indica maior conhecimento sobre DM.

Posteriormente à realização do último encontro, os participantes responderam novamente o DKN-A e foram submetidos a uma nova avaliação antropométrica, para constatar se houve ou não mudanças após a implementação do programa de educação.

Os dados foram analisados e organizados na forma de planilhas, com o auxílio dos Softwares *Excel*® e *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 20.0 para Windows. As variáveis foram descritas por meio de frequências, médias e desvio padrão. Para análise estatística de associação de variáveis foi utilizado o Teste Exato de Fisher. Para comparação de médias foi usado o Teste T pareado. Para comparação de médias entre a escolaridade e o conhecimento acerca da doença foi realizado o Teste T de amostras independentes. Foi avaliada a presença de correlação entre variáveis quantitativas por meio do coeficiente de correlação de Spearman, adotando os pontos de referência para indicar quando houver uma correlação, onde 0.9 para mais ou para menos indica uma

correlação muito forte; 0.7 a 0.9 positivo ou negativo indica uma correlação forte; 0.5 a 0.7 positivo ou negativo indica uma correlação moderada; 0.3 a 0.5 positivo ou negativo indica uma correlação fraca e 0 a 0.3 positivo ou negativo indica uma correlação desprezível (MUKAKA, 2012).

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Centro Oeste (UNICENTRO), sob o parecer de número 6.077.590.

RESULTADOS

Dentre os 30 pacientes encaminhados para atendimento nutricional que foram convidados a participar do programa de educação, 18 foram excluídos pois não tiveram frequência de 100% nos encontros. Com isso, a amostra final foi composta por 12 pacientes.

Na caracterização da amostra, encontrou-se predomínio de idosos (58,4%) com idade média de $61,4 \pm 8,80$ anos, do sexo feminino (91,7%). No que se refere ao estado civil e à ocupação dos pacientes diabéticos, a maioria era casado (58,3%) e não trabalhava (58,3%). Ao investigar a escolaridade, constatou-se que a maior parte deles (75,0%) não chegaram a concluir o ensino fundamental. Em relação às características clínicas, a presença de dislipidemias, HAS e sedentarismo foi relatada, respectivamente, por 50,0%, 83,3% e 83,3% dos pacientes. Observou-se que o estado nutricional, antes e após a intervenção, não apresentou diferença estatística significativa, sendo que 41,6% dos pacientes apresentavam obesidade grau I antes e após a intervenção (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica de usuários com DM2 participantes de um grupo de educação em saúde, na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Guarapuava, Paraná, Brasil.

	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Idade		
Adultos	5	41,6
Idosos	7	58,4
Gênero		
Feminino	11	91,7
Masculino	1	8,3
Estado civil		
Casado	7	58,3
Solteiro	3	25,0
Divorciado	1	8,3
Viúvo	1	8,3
Alfabetização		
Fundamental incompleto	9	75,0
Fundamental completo	0	0,0
Médio incompleto	0	0,0
Médio completo	3	25,0
Ocupação		
Trabalha	2	16,7
Não trabalha	7	58,3
Aposentado	3	25,0

Dislipidemia			
	Sim	6	50
	Não	6	50
Hipertensão arterial sistêmica			
	Sim	10	83,3
	Não	2	16,7
Tabagismo			
	Sim	2	16,7
	Não	10	83,3
Sedentarismo			
	Sim	10	83,3
	Não	2	16,7
Antecedentes familiares			
	Sim	9	75,0
	Não	3	25,0
Circunferência da Cintura			
	Sem risco	2	16,6
	Risco elevado	4	33,3
	Risco muito elevado	6	50,0
Classificação do IMC – Pré intervenção			
	Baixo Peso	1	08,3
	Eutrofia	3	25,0
	Sobrepeso	1	08,3
	Obesidade grau I	5	41,6
	Obesidade grau II	0	0,00
	Obesidade grau III	2	16,7
Classificação do IMC – Pós intervenção			
	Baixo Peso	1	08,3
	Eutrofia	3	25,0
	Sobrepeso	0	0,00
	Obesidade grau I	6	50,0
	Obesidade grau II	0	0,00
	Obesidade grau III	2	16,7

Legenda: IMC = Índice de Massa Corporal.

A renda familiar mencionada variou entre um e dois salários-mínimos (58,3% e 41,6%, respectivamente) e quanto ao número de pessoas no domicílio, a maioria mencionou que residia com duas ou mais pessoas em casa (58,3%).

No que diz respeito ao tempo do diagnóstico de DM2, 1 paciente (15,5%) referiu ter recebido o diagnóstico no período entre um a onze meses, 7 (53,8%) de um a cinco anos, e 4 (30,7%) havia recebido o diagnóstico há mais de dez anos.

Em relação ao conhecimento dos usuários sobre o diabetes avaliado pelo DKN-A,

constatou-se que antes da intervenção, 9 usuários (75,0%) obtiveram pontuação menor que oito, o que representa um conhecimento insuficiente dos usuários em relação ao DM 2. Após a intervenção, a pontuação de conhecimento aumentou 2 vezes mais, ou seja, foi de 5,08 para 10,75, mas sem diferença significativa ($p=0,121$) (Tabela 2).

Tabela 2 – Comparação de médias de pré e pós-intervenção de acordo com peso, Índice de Massa Corporal (IMC), circunferência da cintura e conhecimento acerca da doença.

	Pré-intervenção Média±DP	Pós-intervenção Média±DP	p*
Peso	82,03±16,98	81,70±16,98	0,994
IMC	32,90±7,38	32,76±7,36	0,995
Circunferência da cintura	97,92±13,20	97,29±11,83	0,926
DKNA	5,08±3,87	10,75±12,18	0,121

Legenda: DP= Desvio Padrão. p= valor de p. Teste T pareado.

Foi realizada a comparação de médias de conhecimento sobre o DM de acordo com a escolaridade. No período pré intervenção as pessoas com maior escolaridade tinham maior conhecimento que os demais ($p=0,019$). No período pós-intervenção não houve diferença do conhecimento de acordo com a escolaridade ($p=0,154$).

Quando realizada a associação entre o IMC e o DKN-A no pré e pós-intervenção, foi observado que o estado nutricional não se associou na amostra com o DKN-A ($p>0,05$) em nenhum dos momentos (Tabela 3).

Tabela 3 – Associação entre o Índice de Massa Corporal (IMC) e o conhecimento dos indivíduos com diabetes sobre a doença.

Pré-intervenção		IMC		P*
		Adequado n (%)	Inadequado n (%)	
DKNA	Conhecimento insuficiente	0 (0,0)	3 (100,0)	0,509
	Conhecimento suficiente	3 (33,3)	6 (66,7)	

Legenda: p= valor de p. DKNA= Diabetes Knowledge Questionnaire. IMC = Índice de Massa Corporal.

Adicionalmente, foi conduzida uma análise de correlações entre as variáveis da amostra. No período pré-intervenção, observou-se uma correlação positiva e moderada entre a CC e a renda familiar ($p=0,035$), conforme ilustra a Tabela 4. Entretanto, no período pós-intervenção, não foram identificadas correlações significativas entre o DKNA e as variáveis avaliadas ($p>0,05$) (Tabela 5).

Tabela 4 - Correlação entre parâmetros no período pré-intervenção.

	Idade	Renda	Tempo da doença
	-0,287 ($p=0,366$)	0,484 ($p=0,111$)	0,101 ($p=0,755$)
IMC	-0,253 ($p=0,427$)	0,476 ($p=0,118$)	-0,042 ($p=0,896$)
Circunferência da cintura	-0,165 ($p=0,608$)	0,611 ($p=0,035$)*	0,088 ($p=0,785$)
DKNA	-0,152 ($p=0,638$)	0,260 ($p=0,414$)	-0,364 ($p=0,244$)

Legenda: r= correlação; p= valor de p. *Correlação significativa ao nível de $p<0,05$. IMC = Índice de Massa Corporal. DKN-A = Diabetes Knowledge Questionnaire.

Tabela 5 - Correlação entre parâmetros no período pós-intervenção.

	Idade	Renda	Tempo da doença
Peso	-0,351 (p=0,263)	0,436 (p=0,157)	0,042 (p=0,896)
IMC	-0,278 (p=0,382)	0,436 (p=0,157)	0,000 (p=1,000)
Circunferência da cintura	-0,049 (p=0,879)	0,357 (p=0,254)	0,280 (p=0,379)
DKNA	-0,075 (p=0,816)	0,381 (p=0,221)	-0,498 (p=0,099)

Legenda: r= correlação; p= valor de p. *Correlação significativa ao nível de p<0,05. IMC = Índice de Massa Corporal. DKN-A = Diabetes Knowledge Questionnaire.

DISCUSSÃO

O DM2 é uma condição de alcance global (VIEIRA *et al.*, 2020), e no contexto da população brasileira, ao longo do tempo, observa-se uma tendência de aumento dos indicadores de saúde relacionados a essa condição (BRASIL, 2013; 2019). Com isso, destaca-se a importância dos serviços de saúde na missão de educar a população sobre o conhecimento e manejo da doença, possibilitando, assim, uma resposta eficaz diante do desafio representado pela carga de doenças relacionadas ao DM2.

A caracterização dos participantes do presente estudo demonstra uma amostra constituída principalmente de mulheres idosas. A prevalência do diagnóstico de DM2 é maior em mulheres (SBD 2020). De acordo com os dados de base populacional brasileira, os casos de DM2 tendem a aumentar com o passar da idade da população, acometendo em maior percentual as pessoas de 65 a 74 anos de idade ou mais (BRASIL, 2019). A capacidade de aquisição do conhecimento e enfrentamento da mudança de hábitos de vida nessa faixa etária são menos eficientes (FEINKOHL *et al.*, 2014), porque as mudanças que acompanham o processo fisiológico natural do envelhecimento resultam na perda da capacidade de autocuidado, tornando-os mais propensos a desenvolver doenças, especialmente as crônicas (DOS SANTOS *et al.*, 2020). De fato, comumente o DM2 aparece associado a outras condições crônicas (FLOR *et al.*, 2017). Um estudo de base populacional realizado no Sul do Brasil com uma amostra de mulheres diabéticas, mostrou a prevalência de HAS e dislipidemias (DIAS-DA-COSTA *et al.*, 2020). No presente estudo, o percentual autorreferido foi maior para HAS.

Ainda sobre a análise clínica, além dessas condições, outras pesquisas vêm demonstrando associação entre DM e a obesidade (DIAS-DA-COSTA *et al.*, 2020; FRANCISCO *et al.*, 2022). O estado nutricional inadequado, aliado a hábitos de vida desfavoráveis em pessoas obesas, elevam o risco de desenvolver DM2 e outras doenças associadas como as cardiovasculares. Uma das hipóteses que têm sido determinantes para esse fato, se refere a produção aumentada de insulina ou a redução desse hormônio pelo pâncreas, devido à resistência insulínica e hiperglicemia, respectivamente (FRANCISCO *et al.*, 2022; SAMUEL, SHULMAN, 2016). Os valores de IMC obtidos pelo presente estudo demonstram que a maioria dos pacientes analisados se encontra na classificação de obesidade grau I. Tais associações são preocupantes, pois aumentam consideravelmente o risco de complicações cardiovasculares (DOS SANTOS *et al.*, 2020).

Comumente, pacientes obesos apresentam concentração excessiva de gordura na região abdominal e, um dos parâmetros utilizados para avaliar risco de desenvolvimento de doenças crônicas e indicar obesidade central é a circunferência da cintura (CONTEÇOTTO *et al.*, 2023). A partir da análise do perfil nutricional dos participantes deste estudo, os parâmetros antropométricos podem indicar um risco elevado para complicações metabólicas, independentemente do sexo. Um estudo realizado por Mendes *et al.*, 2019 que incluiu uma amostra de idosos, encontrou um risco metabólico elevado em relação a CC em 100% dos indivíduos do sexo feminino e em 83% no sexo masculino. A média do valor de CC foi de $95,6 \pm 11,8$ e $72,8 \pm 41,3$, nos respectivos sexos. Em contrapartida, há quem diga que o risco metabólico está mais elevado nos homens, do que nas mulheres (ROSA *et al.*, 2016).

Sabe-se que o processo saúde-doença apresenta simultaneamente caráter social e biológico. No entanto, no contexto das condições crônicas, é de extrema importância considerar os demais fatores de risco que desencadeiam essas condições que envolvem grupos diferenciáveis por classe social, gênero, etnia, educação, ocupação e renda (MUNIZ *et al.*, 2022). No presente estudo, percebe-se que mais da metade dos participantes recebiam um salário mínimo ou menos. O perfil de renda de usuários do Programa Hiperdia da mesma cidade do presente estudo varia de 1 a 4 salários-mínimos (AMARAL *et al.*, 2017). Assim, percebe-se disparidade da distribuição de renda da população no mesmo município, refletindo também com a realidade do Brasil (MUNIZ *et al.*, 2022). Discute-se que os países de baixa e média renda apresentam uma população mais vulnerável ao desenvolvimento de doenças devido a uma maior exposição a produtos ultra processados e de baixa qualidade nutricional (CUNHA *et al.*, 2022), mas o consumo de alimentos de baixa qualidade nutricional, tende a aumentar na mesma proporção que a renda (LOUZADA *et al.*, 2022). Nota-se no presente estudo, uma correlação moderada entre renda familiar e circunferência da cintura. Esse resultado pode sugerir que as pessoas com maior poder aquisitivo têm acesso a uma maior diversidade de opções alimentares, mas isso não necessariamente se traduz em escolhas mais saudáveis em termos nutricionais.

Os resultados de associação pré e pós-intervenção não mostraram significância estatística, contrariando outros estudos realizados com a mesma metodologia, em que mostraram aumento do conhecimento com valores significativos, mostrando eficácia das ações em grupo (BORBA *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2019; IMAZU *et al.*, 2015; FIGUEIRA *et al.*, 2017). Quanto ao conhecimento dos participantes de acordo com o DKN-A, os resultados indicaram que inicialmente, a maioria dos participantes demonstrou uma compreensão limitada dos aspectos que levam as práticas de autocuidado. Após a implementação da intervenção, observou-se um aumento numérico nos escores de conhecimento dos participantes, mostrando que a intervenção realizada foi capaz de colaborar positivamente para o aumento do conhecimento, porém sem diferença estatística, mas que alcançou valores superiores a 8, o que indicam maior conhecimento acerca da doença. Entretanto, outros estudos com métodos semelhantes mostraram que intervalos de intervenção mais longos produziram resultados mais expressivos ($p < 0,005$), como no estudo de Foppa *et al.*, 2023, em que uma intervenção em grupo ao longo de três meses elevou a pontuação de conhecimento no período pré e pós-intervenção, respectivamente. Resultados semelhantes foram obtidos na pesquisa de Shah *et al.*, 2023, onde uma intervenção de dois meses também resultou em um aumento na pontuação média total de conhecimento. Acredita-se então que o período relativamente curto da intervenção limitou a exploração dos resultados.

Conforme evidenciado, um dos fatores de proteção para o conhecimento insuficiente da doença envolvem além da idade avançada, a baixa escolaridade e renda familiar menor que um salário mínimo (BEZERRA *et al.*, 2021; DE LIMA *et al.*, 2016). No contexto do SUS, os usuários atendidos em diferentes níveis de atenção à saúde, apresentam disparidades em relação ao conhecimento sobre suas doenças. Por um lado, 70,8% dos diabéticos da atenção terciária apresentam bom conhecimento sobre a doença (FOPPA *et al.*, 2023) enquanto, do outro lado, na atenção primária, apenas 34,0% dos pacientes apresentam conhecimento suficiente (DE LIMA *et al.*, 2016). Essa descoberta está em consonância com os resultados apresentados no estudo de Borba *et al.*, 2016, destacando que idosos diabéticos com baixo nível educacional têm quase oito vezes mais probabilidade de possuir um conhecimento insuficiente sobre o DM2 em comparação com aqueles que possuem maior nível de instrução. Dessa forma, percebe-se que essa população precisa de uma atenção maior ao serem educados sobre saúde e enfatiza a importância de encontrar maneiras de envolver o público na conscientização sobre a importância dos cuidados com a saúde.

Um resultado interessante dessa pesquisa, foi que a intervenção educativa realizada conseguiu nivelar o conhecimento sobre o DM2 entre indivíduos com diferentes graus de escolaridade. Esse fato, alinha-se com um dos princípios fundamentais do SUS que é a busca pela equidade (BRASIL, 1988). Corroborando com o significado de assegurar que todas as pessoas, independentemente da faixa etária, de suas circunstâncias socioeconômicas, educacionais ou de saúde, tenham acesso a oportunidades e cuidados de saúde de maneira justa e igualitária. Concomitante a isso, percebe-se que as equipes atuantes na ESF precisam incorporar habilidades educativas de fácil entendimento no seu processo de trabalho, realçando a necessidade da qualidade e clareza das orientações repassadas aos usuários (ALMEIDA, MOUTINHO, LEITE, 2014), bem como orientando os pacientes de acordo com a sua realidade local. Neste estudo, durante as sessões educativas, infere-se que a forma empregada para passar informações aos participantes, se fundamentou em analogias de situações cotidianas simples, com o intuito de tornar mais acessível a compreensão da complexidade subjacente à fisiopatologia do DM2. Abordagens educativas como essas, apresentam relação positiva, uma vez que a não participação em grupos coletivos foi identificada como um dos fatores que contribuem para o aumento do risco de conhecimento insuficiente em relação ao DM2 (AMARAL *et al.*, 2021). Entretanto, quando as práticas educativas são conduzidas em atendimentos individuais, elas tendem a ser mais aceitas pela população (ODGERS-JEWELL *et al.*, 2023). Isso ocorre devido à persistência do modelo biomédico e curativo na mentalidade da sociedade, o que resulta na subestimação da eficácia das abordagens coletivas (ALMEIDA *et al.*, 2022). Neste estudo, foi possível notar que em relação a aderência de participação nos encontros, o número amostral total da pesquisa diminuiu em 2,5 vezes, ou seja, 60% dos pacientes que foram encaminhados para orientação/atendimento nutricional não compareceram a todos os encontros, o que implicou em uma das dificuldades de encontrar resultados mais expressivos.

Por fim, reforça-se que o estudo enfrentou limitações, as quais envolvem o curto período de intervenção, associado a baixa adesão dos participantes no grupo de educação em saúde. Tais limitações estão diretamente ligadas ao fato das análises estatísticas não terem

apresentado significância estatística. Dessa forma, sugere-se considerar a implementação de intervenções de educação em saúde ao longo de um período mais extenso, a fim de permitir a detecção de diferenças mais substanciais em indivíduos com o DM2.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No período pré-intervenção, os participantes tinham um baixo nível de conhecimento sobre a DM2, enquanto no pós-intervenção, os participantes apresentaram maior conhecimento acerca da doença. Não foram encontrados resultados com diferença estatística, porém, observa-se numericamente um aumento do conhecimento pré e pós-intervenção com o grupo educativo. Essa mudança pode refletir a eficácia de intervenções educacionais ou campanhas de conscientização sobre a DM2 entre os participantes, mas evidencia a necessidade de um período maior de intervenção para se obter resultados significativos. O mesmo ocorre em relação as alterações significativas no estado nutricional. Dessa forma, nota-se a importância de continuar a promover a educação sobre diabetes para garantir que os pacientes estejam bem-informados sobre sua condição e possam melhorar sua qualidade de vida a longo prazo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA ER, MOUTINHO CB, LEITE STS. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. **Revista Saúde Debate**. Rio de Janeiro: v.38, n. 101, p. 328-337, 2014.

ALMEIDA PJR, CALDEIRA FID, GOMES C. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: a formação de profissionais da saúde no Brasil. **REBESDE** –v.3,n.2, e-01, 2022.

AMARAL FA, DALL'AGNOL SM, MAGANINHI CB, DE-FREITAS NAR, KICH C. Qualidade de vida dos usuários do Programa Hiperdia de uma Unidade Básica de Saúde do município de Guarapuava/PR. **Rev Saude Pública do Paraná**. Londrina, JULHO. V18. N1. P64-71, 2017.

AMARAL VRS, RIBEIRO IJS, ROCHA RM. Factors associated with knowledge of the disease in people with type 2 diabetes mellitus. **Invest Educ Enferm**, 39(1):e02. Fevereiro, 2021.

BEZERRA KMG, BORBA AKO, MARQUES APO, *et al*. Conhecimento e auto eficácia em Indivíduos com Diabetes Mellitus tipo 2 Conocimiento y Autoeficacia en Personas con Diabetes Mellitus tipo 2. **Enfermaria Global**. n73. 2023

BORBA AKOT, ARRUDA IKG, MARQUES APO *et al*. Knowledge and attitude about diabetes self-care of older adults in primary health care. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. 24(1):125-136, Março, 2019.

BORBA AKOT, DE ARRUDA IKG, MARQUES APO, *et al*. Problematization educational intervention to promote healthy habits in elderly people with diabetes: randomized clinical trial. **Rev Bras Enferm**. 2020;73, 3:1, Março, 2020.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <disponível em: <https://goo.gl/twYSz> >. Acesso em: outubro 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a População Brasileira. **Ministério da Saúde**. Brasília, 2ed, 1-158, 2014.

AMARAL, VRS, RIBEIRO, IJS ROCHA RM. Factors associated with knowledge of the disease in people with type 2 diabetes mellitus. **Investigacion y educacion em enfermaria**. Colombia, Vol. 39 No.1, abril, 2021.

BRASIL. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões/IBGE, **Coordenação de Trabalho e Rendimento**. Rio de Janeiro: IBGE, 113p, 2020.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*: 84(I), 2005.

CONTEÇOTTO ACT, DA-FONSECA SRAV, SAQUETI B, SANTOS PS, LINI RS. Analysis of nutritional status and metabolic risk in institutionalized elderly. **Revista Obs de la economia latino-americana**. Curitiba, v.21, n.9, p. 13156-13170. 2023.

COSTAAF, FLOR SL, CAMPOS MR, COSTA MFS, DA SILVA RS, LOBATO, LCP, SCHRAMM JM. Carga do diabetes mellitus tipo 2 no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. v. 33, n. 2, p. 1- 14, maio, 2017.

CUNHA CML, CANUTO R, ROSA PBZ, LONGARAI LS, SCHUCH I. Association between dietary patterns and socioeconomic factors and food environment in a city in the South of Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 27(2):687-700, 2022

DE LIMA, AP, BENEDETTI TRB, RECH CR, *et al.* Knowledge and attitude towards type 2 diabetes among older adults: a population-based study. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. 25(2):729-740, 2020.

DIAS-DA-COSTA JS, SILOCCHI C, SCHWENDLER SC, MARIMOTO T, MOTTIN VHM, PANIZ VMV, BAIROS FS, OLINTO MTA. Prevalence of self-reported diabetes mellitus in women and associated factors: a populationbased study in São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brazil, 2015. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 29(2):e2019407, 2020.

DOS SANTOS WP, DE FREITAS FBD, SOARES RM, *et al.* Complications of diabetes mellitus in the elderly population. **Brazilian Journal of Development**. Curitiba, v. 6, n.6, p.33283-33292jun.2020

FEINKOHL I, AUNG PP, KEELLER M, *et al.* Severe Hypoglycemia and Cognitive Decline in Older People With Type 2 Diabetes: The Edingurgh Type 2 Diabetes Study. **Diabetes Care**. 37(2):507-515, 2014.

FIGUEIRA ALG, BOAS LCGV, COELHO ACM *et al.* Intervenções educativas para o conhecimento da doença, adesão ao tratamento e controle do diabetes mellitus. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 25:e2863, 2017.

FLOR LS, CAMPOS MR. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. **Rev Bras Epidemiol** JAN-MAR; 20(1): 16-29. Rio de Janeiro, 2017.

FOPPA L, NEMETZ B, DE MATOS R, *et al.* Knowledge about diabetes and its association with adherence to self-care and glycemic control in patients with type 1 diabetes in Southern Brazil. **Arch Endocrinol Metab**, v.67(6), 1-8, Maio, 2023.

FRANCISCO PMSB, ASSUMPÇÃO D, BACUARU AGM, DA SILVA DS, YASSUDA MS, BORIM FSA. Diabetes mellitus em idosos, prevalência e incidência: resultados do Estudo Fibra. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** 25(5):e210203, 2022.

IMAZU MFM, FARIA BN, ARRUDA GO, *et al.* Efetividade das intervenções individual e em grupo junto a pessoas com diabetes tipo 2. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** Mar: 23(2):200-7, 2015.

ISER, BPM, STOPA SR, CHUERI PS, SZWARCOWALD CL, MALTA DC, MONTEIRO HOC, *et al.* Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, 305 Brasília, 24(2): 305-314, abr-jun 2015

LOUZADA MLC, COSTA CS, SOUZA TN, *et al.* Impact of the consumption of ultra-processed foods on children, adolescents and adults' health: scope review. **Cadernos de Saúde Pública: reports in public health.** Rio de Janeiro. Vol 37, 12p, Maio, 2020.

MENDES PLF, ROCHA, LM. Estado nutricional e sinais de sarcopenia em idosos institucionalizados. **Rev de ciências aplicadas da FAIT.** Itapeva/PR. N2. Novembro, 2019.

MUNIZ GCMS, ARCANJO FPN, DA-SILVA MAM, MELO ES, SOUSA AJC, MUNIZ CFF, MENDES IL, ARAUJO AB. Hipertensão e diabetes na estratégia saúde da família: uma reflexão sobre a ótica dos determinantes sociais da saúde. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.8, n.5, p.34172-34184, may., 2022.

Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde [online]**. Vol. 24, no. 2, pp. 305-314, março, 2015.

ODGERS-JEWELL K, BOLA LE, KELLY JT, INSERING EA, REIDLINGER DP, TOMÁS R..K. Effectiveness of group-based self-management education for individuals with Type 2 diabetes: a systematic review with meta-analyses and meta-regression. **Journal of Health Informatics and Statistics**, 48.1.36, 48, 1, (36-50), jun, 2023.

RIBEIRO LMA, RIBEIRO TMA, GOMES ICP. Qualidade de vida em pacientes diabéticos: revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde.** São Paulo. n. 60, p. e4098-e4098, 2020.

ROSA CB, AGOSTINI JA, BIANCHI PD, GARCES SBB, HANSEN D, MOREIRA PM, SCHWANKE CHA. Síndrome metabólica e estado nutricional de idosos cadastrados no HiperDia. **Sci Med.** 26(3):ID23100. 2016.

SAMUEL VT, SHULMAN GI. The pathogenesis of insulin resistance: integrating signaling pathways and substrate flux. **J Clin Invest.** Jan 4; 126(1): 12–22. 2016.

SHAH SQ, MAHESHWARI BK, LANJWANI AH, *et al.* Diabetes Mellitus: Assessment of Knowledge about Disease Before and after Implementing an Education Program. Pakistan **Journal of public health.** Vol. 13 No. 1, Junho, 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes:** 2019-2020. **Clannad**, São Paulo. 491p, 2021.

TORRES HC, HORTALE VA, SCHALL VT. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) de Diabetes Mellitus. **Revista Saúde Pública**. São Paulo. v.39, n.6, p. 906-911, 2005.

VIEIRA JT, MOTA FGA, MOTA JVF, *et al.* Caracterização clínica e epidemiológica dos usuários com diabetes mellitus: revisão integrativa. **Conjecturas**, Vol. 22, Nº 18. Rio de Janeiro, 2020.

Análise dos indicadores de desempenho do Programa Previne Brasil na Unidade Básica de Saúde (UBS) Xarquinho II no município de Guarapuava-PR

Carolini Paulo do Nascimento
Giovana Frazon de Andrade Oliveira
Meiriélly Furmann
Fabiola Natel de Paula
Kawane de Souza Gonçalves
Elaine Maria Rodrigues

INTRODUÇÃO

O programa Previne Brasil (PB) é um novo modelo de financiamento e custeio da Atenção Primária à Saúde (APS), instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Este novo modelo altera algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passam a ser distribuídas com base em três critérios: captação ponderada, incentivo para ações estratégicas e pagamento por desempenho (BRASIL, 2019, art.9). Cada um dos três componentes foi pensado para ampliar o acesso das pessoas aos serviços da APS e promover o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas assistidas (BRASIL, 2022b).

O PB se destaca ao priorizar a oferta de atenção de alta qualidade com equidade, ao mesmo tempo em que valoriza a eficiência e efetividade. Para tanto, apresenta como componentes a capitação ponderada, o pagamento por desempenho, e incentivos para ações estratégicas à populações vulneráveis (HARZHEIM, 2020).

A capitação ponderada é uma forma de repasse financeiro da APS às prefeituras e ao Distrito Federal, cujo modelo de remuneração é calculado com base no número de pessoas cadastradas, considerando fatores de ajuste como a vulnerabilidade socioeconômica, o perfil de idade e a classificação rural-urbana do município, de acordo com o IBGE (BRASIL, 2021).

Os incentivos para ações estratégicas abrangem características específicas de acordo com a necessidade de cada município ou território, contemplando a implementação de programas, estratégias e ações que refletem na melhoria do cuidado na APS e na Rede de Atenção à Saúde,



como ampliação do horário de atendimento (Programa Saúde na Hora), informatização (Infomatiza-APS) e formação de especialistas em APS por meio de residência médica e multiprofissional (BRASIL, 2022b).

O componente de pagamento por desempenho é um dos elementos integrantes da transferência mensal destinada aos municípios. A definição dos indicadores para o componente Pagamento por Desempenho considera a relevância clínica e epidemiológica das condições de saúde ainda prevalentes no Brasil. Os indicadores são monitorados individualmente a cada quadrimestre, sendo que o valor a ser transferido mensalmente é determinado com base nos resultados obtidos no quadrimestre anterior (BRASIL, 2021).

A Portaria Nº 102, datada de 20 de janeiro de 2022, estabelece os sete indicadores referente ao pagamento por desempenho para o ano de 2022. São eles:

1. Proporção de gestantes que realizaram no mínimo 6 (seis) consultas pré-natal, sendo a primeira até a 12^a semana de gestação;
2. Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.
3. Proporção de gestantes com atendimento odontológico.
4. Proporção de mulheres submetidas à coleta de citopatológico na APS.
5. Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por *Haemophilus influenzae* tipo B e Poliomielite inativada.
6. Proporção de pessoas com hipertensão, submetidas à consulta e aferição da pressão arterial no semestre.
7. Proporção de pessoas com diabetes, submetidas à consulta e solicitação de hemoglobina glicada no semestre (BRASIL, 2022a).

O PB se caracteriza como um modelo de financiamento misto, que busca equilibrar valores financeiros per capita referentes à população efetivamente cadastrada nas equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária, com o grau de desempenho assistencial dessas equipes somado a incentivos para ações estratégicas.

Monitorar e avaliar o desempenho das ações realizadas na APS é uma das atribuições relevantes na gestão da saúde. Nesse sentido, analisar os resultados dos indicadores de pagamento por desempenho do PB contribui para a avaliação do processo de trabalho da APS, nos permite identificar fatores determinantes, pontuar onde estão as positivities e lacunas que precisam ser trabalhadas, bem como sugerir medidas que auxiliem na melhora desses dados, tanto na unidade como no município, visando um impacto positivo destes fatores na melhoria da saúde pública.

Assim sendo, o objetivo do presente estudo foi analisar os indicadores de desempenho do PB na Unidade Básica de Saúde (UBS) Xarquinho II, no município de Guarapuava-PR, bem como fazer uma análise temporal dos dados dos indicadores nos quadrimestres de janeiro de 2022 a abril de 2023 e comparar os dados entre os quadrimestres. Além disso, compreender o desempenho da unidade em relação ao município em que está inserida e quais estratégias foram e estão sendo desenvolvidas para alcançar as metas propostas.

METODOLOGIA

Delineamento da pesquisa

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, descritivo, comparativo e de análise temporal realizado com dados secundários do sistema de saúde de Guarapuava-PR.

Local de estudo e população

O município de Guarapuava-PR está localizado na região Centro-Sul do Estado do Paraná e possui uma população estimada de 182.093 habitantes, de acordo com dados preliminares do IBGE (IBGE, 2023). A unidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Xarquinho II está situada no bairro Industrial, ao norte da cidade, e tem como limites a PR 466 e a BR 277. Esta unidade abrange duas áreas distintas: Pinheiros e Dourados, e atualmente conta com um total de 7.438 usuários cadastrados, divididos em dez microáreas, sendo seis da ESF Dourados e quatro da ESF Pinheiros.

A equipe de saúde da ESF Dourados possui 3.737 usuários cadastrados, distribuídos equitativamente entre os gêneros, com 1.848 do sexo masculino e 1.888 do sexo feminino. O total de domicílios contabilizados é de 1.116, com 58 pessoas em situação de rua. A equipe de saúde da ESF Pinheiros abriga uma população um pouco menor que a unidade de Dourados, com um total de 2.888 usuários cadastrados. Destes, 1.495 são do sexo feminino e 1.393 do sexo masculino. O contingente populacional está distribuído em 885 famílias, e destaca-se a ausência de registros relativos a pessoas em situação de rua.

Indicadores de Desempenho

Os indicadores definidos para o incentivo de pagamento por desempenho para 2022/2023 atendem às seguintes Ações Estratégicas: Pré-Natal, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Condições Crônicas. As metas definidas representam valores de referência e são consideradas como ponto de partida para a mensuração da qualidade da APS no contexto do incentivo de pagamento por desempenho. O peso é o fator de multiplicação de cada indicador que pode variar entre 1 e 2, cuja soma total do peso dos sete indicadores é igual a 10. A atribuição de pesos diferentes considera a relevância clínica e epidemiológica das condições de saúde relacionadas, bem como o nível de limitação no alcance das metas.

Quadro 1 - Indicadores de pagamento por desempenho com peso, meta e classificação

Ações estratégicas	Indicador	Meta	Classificação	Peso
Pré-Natal	1 Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação	45%	< 18% Baixa performance ≥18% e <31% Média performance ≥31% e <45% Alta performance ≥45% Acima da performance	1
	2 Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	60%	< 24% Baixa performance ≥ 24% e <42 % Média performance ≥42% e <60% Alta performance ≥60% Acima da performance	1
	3 Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	60%	<24% Baixa performance ≥ 24% e <42% Média performance ≥ 42% e <60% Alta performance ≥ 60% Acima da performance	2
Saúde da mulher	4 Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS	40%	<16% Baixa performance ≥ 16% e <28% Média performance ≥ 28% e <40% Alta performance ≥ 40% Acima da performance	1
Saúde da criança	5 Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilusinfluenzae tipo b e Poliomielite inativada	95%	<38% Baixa performance ≥ 38% e < 67% Média performance ≥ 67% e <95% Alta performance ≥ 95% Acima da performance	2
Condições Crônicas	6 Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre	50%	<20% Baixa performance ≥ 20% e <35% Média performance ≥ 35% e <50% Alta performance ≥ 50% Acima da performance	2
	7 Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre	50%	<20% Baixa performance ≥ 20% e <35% Média performance ≥ 35% e <50% Alta performance ≥ 50% Acima da performance	1

A avaliação do desempenho das equipes Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Primária (eAP) no conjunto dos indicadores é consolidada em um Indicador Sintético Final (ISF), que determina o valor do incentivo financeiro a ser transferido ao município. O ISF corresponde ao cálculo do desempenho do conjunto dos sete indicadores selecionados. Esse indicador é analisado a cada 04 (quatro) meses com repercussão financeira para os 04 meses subsequentes (BRASIL, 2020a).

Coleta de Dados

Os dados foram coletados na Plataforma E-gestor e no Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), sendo a coleta realizada na unidade de saúde na presença do gestor no mês de setembro de 2023. Os dados coletados foram referentes aos resultados dos sete indicadores de desempenho do PB da UBS Xarquinho II e indicadores gerais do município de Guarapuava no período de janeiro de 2022 a abril de 2023.

Análise de Dados

As informações coletadas foram inseridas em um banco de dados utilizando o programa Microsoft Office Excel® 2010. Para a análise descritiva das variáveis, utilizou-se

a distribuição de frequências absolutas e relativas. Os resultados foram apresentados e discutidos com base nas áreas de ação estratégica do Programa Previne Brasil. Os gráficos foram criados utilizando o programa Excel.

Aspectos Éticos

Todos os procedimentos deste estudo obtiveram aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, da Universidade Estadual do Centro Oeste – Unicentro/ Campus Cedeteg, conforme a Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério do Brasil, sendo autorizado em 25 de agosto de 2023, pelo CAAE nº 73167523.9.0000.0106.

RESULTADOS

Foram avaliados sete indicadores de desempenho do PB. A tabela 1 descreve o resultado dos sete indicadores na UBS Xarquinho II, nos quatro quadrimestres analisados.

Tabela 1 - Análise dos indicadores do Programa Previne Brasil UBS Xarquinho II, Guarapuava, Paraná, 2023.

QUADRIMESTRE		INDICADORES						
		1	2	3	4	5	6	7
Q1 2022	Total (n)	26	26	26	1387	28	279	413
	Atingidos (n)	21	5	13	342	26	63	105
	%	81	19	50	25	93	23	25
Q2 2022	Total (n)	42	42	42	1398	23	1025	419
	Atingidos (n)	27	11	18	347	21	351	73
	%	64	26	43	25	91	34	17
Q3 2022	Total (n)	27	27	27	1381	21	1033	418
	Atingidos (n)	21	12	7	324	19	350	41
	%	78	44	26	23	90	34	10
Q4 2023	Total (n)	26	26	26	1323	27	1023	423
	Atingidos (n)	15	13	8	362	27	539	100
	%	58	50	31	27	100	53	24

1. Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação. 2. Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV. 3. Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado. 4. Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS. 5. Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenzae tipo b e Poliomielite inativada. 6. Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre. 7. Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre. Q1 2022: quadrimestre 1 de 2022 (janeiro a abril de 2022). Q2 2022: quadrimestre 2 de 2022 (maio a agosto de 2022). Q3 2022: quadrimestre 3 de 2022 (setembro a dezembro de 2022). Q4 2023: quarto quadrimestre analisado, corresponde ao quadrimestre 1 de 2023 (janeiro a abril de 2023). ● Baixa performance; ● Média performance; ● Alta performance; ● Acima da performance.

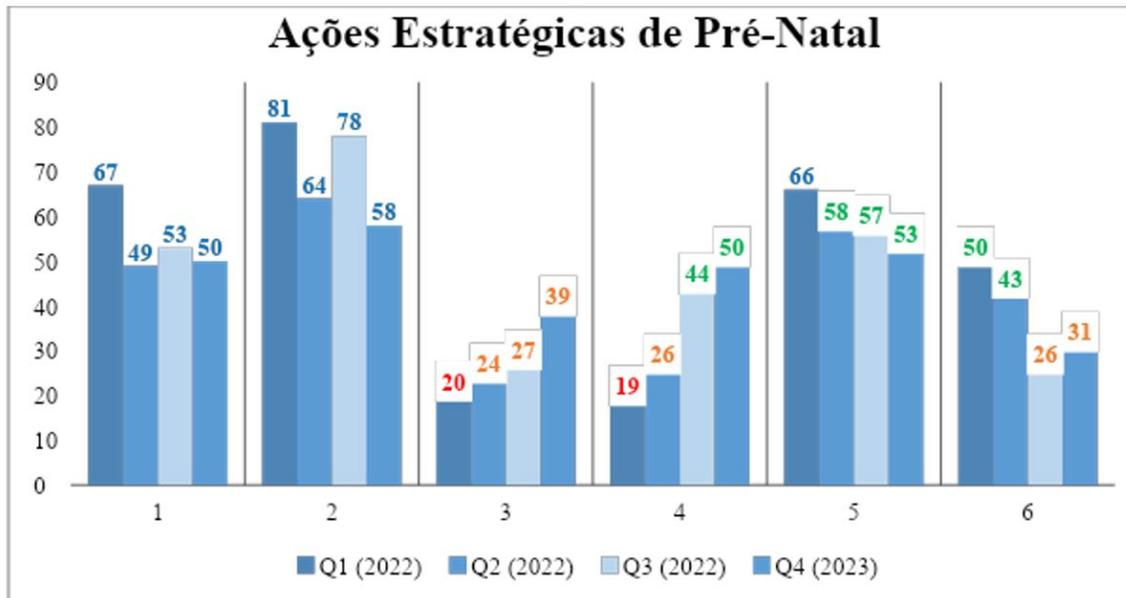
Os gráficos a seguir mostram a comparação dos índices alcançados pela UBS e pelo município nos quatro quadrimestres analisados.

Ações estratégicas de pré-natal

As ações de Pré-Natal no Programa Previne Brasil são representadas pelos

indicadores 1, 2 e 3.

Gráfico 1 - Prevalência dos indicadores 1, 2 e 3 do Previne Brasil referentes a ações de Pré-Natal, no município de Guarapuava e na ESF Xarquinho II, Guarapuava, Paraná, 2023.



Q1 2022: quadrimestre 1 de 2022 (janeiro a abril de 2022). **Q2 2022:** quadrimestre 2 de 2022 (maio a agosto de 2022). **Q3 2022:** quadrimestre 3 de 2022 (setembro a dezembro de 2022). **Q4 2023:** quarto quadrimestre analisado, corresponde ao quadrimestre 1 de 2023 (janeiro a abril de 2023). • Baixa performance; • Média performance; • Alta performance; • Acima da performance.

No gráfico 1 pode-se perceber uma evolução positiva nos indicadores 1 e 2, mantendo-os acima da média municipal. Entretanto, o indicador 3 demonstrou uma tendência negativa ao longo dos quadrimestres, permanecendo abaixo da média alcançada pelo município.

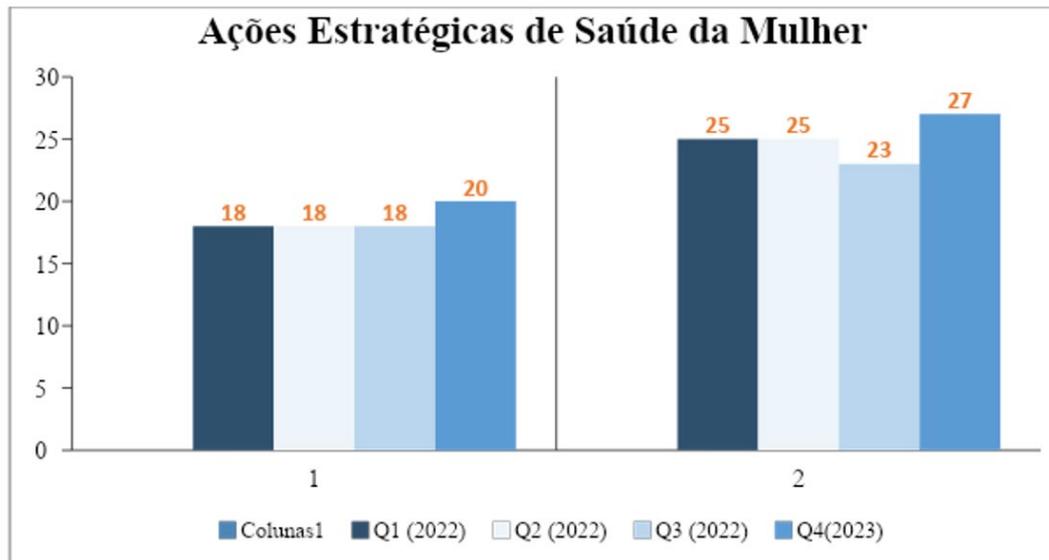
O indicador 1 foi o único a alcançar a meta estabelecida pelo programa em todos os quadrimestres.

Com relação ao indicador 2, nota-se um aumento progressivo nos índices, saindo da classificação de baixa performance em Q1 pra alta em Q4, o qual se destacou, alcançando o maior percentual de gestantes atingidas (50%), embora ainda sem alcançar a meta estabelecida de 60%. É importante ressaltar que os valores obtidos superam os registros do município.

Em relação ao indicador 3, observou-se uma queda progressiva em Q1, Q2 e Q3 com uma leve recuperação em Q4. Partindo de um desempenho inicial alto e acima da performance (nível UBS e município respectivamente) para um nível considerado médio e alto. É importante notar que este foi o único indicador que ficou abaixo dos níveis atingidos pelo município.

Ações estratégicas de saúde da mulher

Gráfico 2- Prevalência do indicador 4 do Previne Brasil referente a estratégias de saúde da mulher, no município de Guarapuava e na ESF Xarquinho II, Guarapuava, Paraná, 2023.

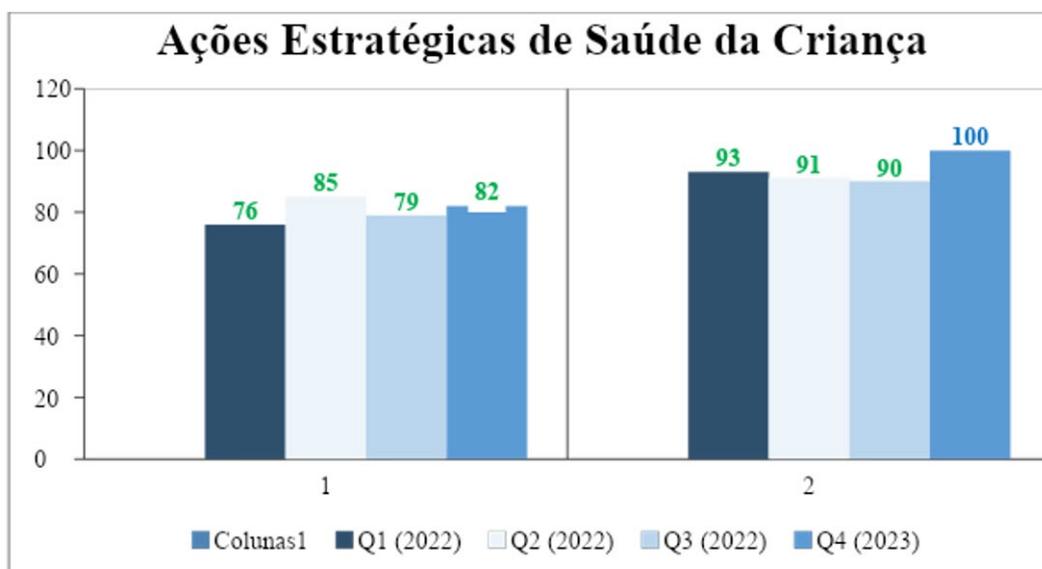


Q1 2022: quadrimestre 1 de 2022 (janeiro a abril de 2022). **Q2 2022:** quadrimestre 2 de 2022 (maio a agosto de 2022). **Q3 2022:** quadrimestre 3 de 2022 (setembro a dezembro de 2022). **Q4 2023:** quarto quadrimestre analisado, corresponde ao quadrimestre 1 de 2023 (janeiro a abril de 2023). • Baixa performance; • Média performance; • Alta performance; • Acima da performance.

No que se refere ao indicador 4, nota-se uma estabilidade nos quadrimestres 1 e 2, seguida por uma pequena queda no Q3 e um aumento em Q4, permanecendo como média performance em todos os quadrimestres, sem atingir a meta, tanto a nível municipal quanto na UBS. Destaca-se que a UBS apresenta uma leve vantagem em relação aos dados do município.

Ações de saúde da criança

Gráfico 3 - Prevalência do indicador 5 do Previne Brasil referente a estratégias de saúde da criança no município de Guarapuava e na ESF Xarquinho II, Guarapuava, Paraná, 2023.

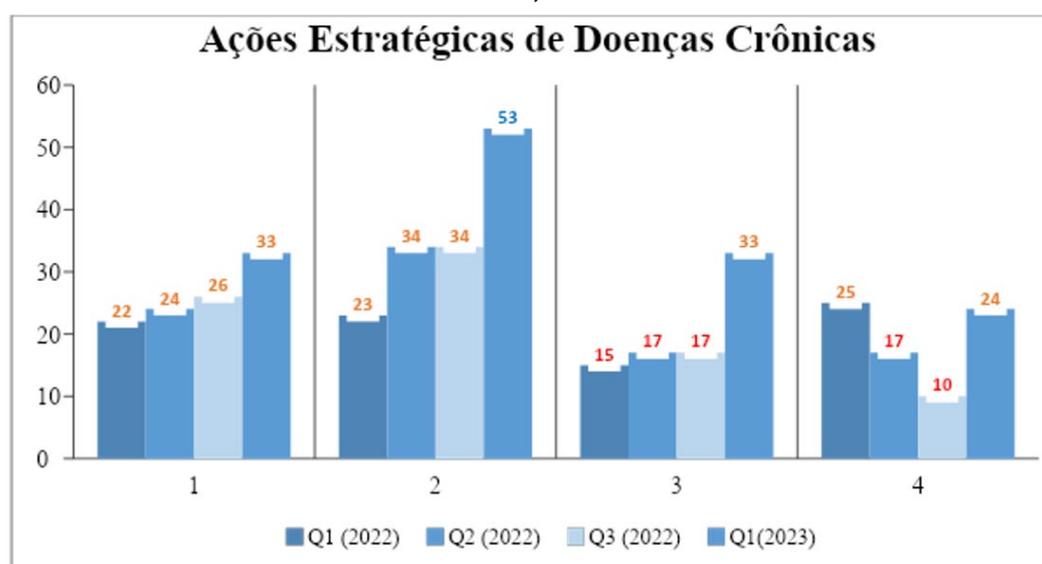


Q1 2022: quadrimestre 1 de 2022 (janeiro a abril de 2022). **Q2 2022:** quadrimestre 2 de 2022 (maio a agosto de 2022). **Q3 2022:** quadrimestre 3 de 2022 (setembro a dezembro de 2022). **Q4 2023:** quarto quadrimestre analisado, corresponde ao quadrimestre 1 de 2023 (janeiro a abril de 2023). • Baixa performance; • Média performance; • Alta performance; • Acima da performance.

Com relação ao indicador 5, notamos, na esfera da UBS, uma ligeira diminuição nos quadrimestres 2 e 3, seguida de um incremento substancial no quadrimestre 4, atingindo a notória marca de 100% das crianças vacinadas. Este indicador manteve em todos os quadrimestres uma classificação de alta performance, superando as metas estabelecidas e alcançando um desempenho acima do município em todos os quadrimestres.

Ações voltadas a doenças crônicas

Gráfico 4 - Prevalência dos indicadores 6 e 7 do Previne Brasil, referentes as estratégias de doenças crônicas no município de Guarapuava e na ESF Xarquinho II, Guarapuava, Paraná, 2023.



Q1 2022: quadrimestre 1 de 2022 (janeiro a abril de 2022). **Q2 2022:** quadrimestre 2 de 2022 (maio a agosto de 2022). **Q3 2022:** quadrimestre 3 de 2022 (setembro a dezembro de 2022). **Q4 2023:** quarto quadrimestre analisado, corresponde ao quadrimestre 1 de 2023 (janeiro a abril de 2023). • Baixa performance; • Média performance; • Alta performance; • Acima da performance.

Em relação ao indicador 6 observa-se uma performance abaixo da meta, classificando-se como média performance em Q1, Q2 e Q3, no último quadrimestre, no entanto, ocorreu uma notável melhora, classificando-se como acima da performance e significativamente superior ao desempenho médio do município.

No indicador 7, referente aos diabéticos, os resultados permaneceram abaixo da meta, sendo classificados como baixo desempenho na maior parte do tempo. No entanto, à semelhança dos hipertensos, houve uma melhoria expressiva no último quadrimestre, elevando a classificação de baixa para média performance, porém com índices menores que do município.

DISCUSSÃO

Segundo o Manual do Financiamento da APS, o pagamento por desempenho, tem o desafio de tornar a APS cada vez mais efetiva em relação aos principais problemas de saúde da população brasileira, configurando como um incentivo potente na instituição de mecanismos mais efetivos de monitoramento e avaliação das ações e serviços da APS, por meio da vinculação de transferências financeiras aos resultados alcançados dos indicadores

de saúde (BRASIL, 2021).

Em vista disso, serão discutidos a seguir os resultados alcançados nos indicadores de desempenho divididos por áreas de ações estratégicas.

Das ações estratégicas de pré-natal

Os resultados encontrados demonstram que o indicador 1 foi o único que se manteve acima da meta (45%) em todos os quadrimestres analisados. Segundo as recomendações do Ministério da Saúde, o pré-natal deve começar assim que a mulher descobre que está grávida e partir deste momento, recomenda-se que sejam realizadas, no mínimo, seis consultas, sendo ideal que a primeira consulta aconteça no primeiro trimestre (BRASIL, 2022c).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o ponto de atenção estratégico para acompanhamento longitudinal e continuado durante a gravidez (BRASIL, 2013) e a realização do pré-natal representa papel fundamental na prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante, pois permite avaliar o quanto antes problemas ligados a gestação, parto e puerpério passíveis de controle ou de cura, visando apoiar a diminuição da mortalidade materna e neonatal causando grande impacto para a morbimortalidade materna no país (BRASIL, 2022c). Em vista disso destaca-se a importância das ações voltadas ao Pré-Natal, que são compostas pelos 3 primeiros indicadores.

Quanto ao indicador 1 de proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, destaca-se que foi o único em que a meta de 45% foi alcançada em todos os quadrimestres, sendo considerado um desempenho acima da performance, tanto a nível da UBS quanto do Município. Em oposição aos dados encontrados em um estudo semelhante com a população do Distrito Federal (DF), entre 2019 a 2021, onde a meta referente a esse indicador não foi atingida em nenhum dos quadrimestres avaliados (PIRES, 2021).

Ao longo dos quatro quadrimestres analisados, os indicadores da unidade se mantiveram consistentemente superiores aos indicadores gerais do município. Contudo, nota-se uma tendência de queda. O primeiro quadrimestre de 2022 registrou o maior número de gestantes atingidas, enquanto o último quadrimestre apresentou o menor índice. É relevante destacar que no primeiro quadrimestre, houve um notável recorde de 81% de gestantes atingidas, o qual apresentou uma redução no segundo quadrimestre, uma melhora no terceiro e uma queda expressiva no primeiro quadrimestre de 2023.

Quanto ao Indicador 2 - Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV, nota-se um aumento progressivo nos índices referentes à realização dos exames de sífilis e HIV, partindo da classificação de baixa performance no primeiro quadrimestre de 2022, para alta, no primeiro quadrimestre de 2023, quando atingiu a proporção de 50%. Esses resultados corroboram com o estudo de Pires (2021) onde os valores do indicador 2 se mantiveram entre 40% e 55%, se aproximando, mas sem atingir a meta estabelecida de 60%.

Todavia ressalta-se que na unidade todas as gestantes são submetidas ao teste

rápido de sífilis e HIV já na primeira consulta de pré-natal, o que deveria resultar em uma taxa de 100%. Essa inconsistência pode ser atribuída, em grande parte, a falhas de registro no sistema. Pequenos equívocos no preenchimento ou a omissão de informações que acabam por anular a realização do teste, levando à perda dos dados referentes à esta coleta.

O próprio manual instrutivo do Previne Brasil recomenda a implementação de ações de monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados fornecidos pelas equipes, assim como a atualização periódica das informações relativas ao cadastro de gestantes e ao início do pré-natal (BRASIL, 2021). Isso se deve ao fato de que, se os dados forem inseridos em locais incorretos no sistema ou se houver cadastros desatualizados de gestantes, a precisão e integridade dos dados podem ser comprometidas.

Em relação ao indicador 3 - Proporção de gestantes com atendimento odontológico, observa-se uma queda progressiva, classificado atualmente como média performance. Sendo o único indicador que ficou abaixo dos níveis atingidos pelo município, este resultado está acima do observado por Larêdo *et al.* (2022), que observaram um alcance de 3-5% das gestantes com consulta odontológica realizada. Pires *et al.* (2021) comparou as proporções alcançadas no Distrito Federal (DF) e no Rio Grande do Sul (RS) e ambos obtiveram baixos níveis para esse indicador, sendo que o DF se manteve abaixo de 20% e o RS abaixo de 10% entre 2019 a 2021.

Para atender a esse indicador, em conformidade com o manual instrutivo do Previne Brasil, a unidade realiza, além da busca ativa das gestantes, já na primeira consulta de pré-natal, o encaminhamento para a consulta odontológica, realizada no mesmo dia. Da abertura do Pré-Natal pela enfermeira a carteirinha da gestante é encaminhada diretamente ao dentista, fazendo com que essa gestante não possa ir embora sem primeiro passar por consulta odontológica. Quando isso não é possível, realiza-se então o agendamento da consulta odontológica para o mesmo dia da próxima consulta médica de Pré Natal.

Avaliar este indicador é primordial visto que as mudanças fisiológicas durante a gestação têm impactos significativos na saúde bucal das gestantes. Destaca-se o aumento dos níveis de inflamação periodontal que ocorre devido aos níveis hormonais elevados, doença essa que pode aumentar a chance de prematuridade/nascimento de baixo peso, em virtude da disseminação bacteriana ou de citocinas dos processos inflamatórios intraorais à barreira transplacentária (MANRIQUE-CORREDOR, 2019).

Para aprimorar os indicadores relacionados ao Pré-Natal, o manual instrutivo do Programa Previne Brasil sugere estratégias para facilitar o acesso, estratégias essas já desenvolvidas pela unidade, como busca ativa das gestantes por meio de visitas domiciliares regulares, o cadastramento e início precoce do pré-natal, a flexibilização de horários de atendimento e o envio de lembretes de consultas agendadas. São ainda ações que podem e devem ser aprimoradas, a capacitação da equipe, juntamente com a correta alimentação do sistema de informação e a monitorização da qualidade e consistência dos dados fornecidos pelas equipes, sugeridas como medidas para elevar o desempenho das unidades nos indicadores relativos ao Pré-Natal (BRASIL, 2021).

A implementação de estratégias como a busca ativa de gestantes, a condução

de grupos dedicados a esse público e o fortalecimento do vínculo com a comunidade são exemplos de ações desenvolvidas pela unidade que têm demonstrado ser eficazes no estreitamento da relação entre as gestantes e a unidade de saúde e conseqüentemente na promoção da adesão ao tratamento.

Das ações de saúde da mulher

As ações de saúde da mulher no Previne Brasil são mensuradas pelo indicador 4 - Proporção de mulheres com realização de exame citopatológico. Para este indicador é considerada a mulher de 25 a 64 anos que, nos últimos três anos, realizou no mínimo uma coleta do exame (BRASIL, 2021). Este indicador na unidade permaneceu em todos os quadrimestres na classificação média performance, permanecendo abaixo dos 27%. Em consonância com Pires *et al.* (2021) que encontrou uma proporção abaixo dos 10% no DF entre 2019 e 2021 e abaixo dos 25% no RS no de 2019.

Apesar de todos os esforços, o citopatológico ainda representa um desafio em todas as unidades de saúde. Muitas vezes, isso se deve a razões pessoais, já que é um exame invasivo, muitas mulheres, especialmente as mais idosas, podem sentir vergonha de realizá-lo. Um estudo de Nascimento e Araújo (2014) buscou os motivos da não periodicidade na realização de exame citopatológico de colo uterino e observou sentimentos de vergonha, questões culturais e medo do resultado, além da pouca informação sobre a importância do exame e a sobrecarga do cotidiano feminino.

Em consonância com Junqueira (2022) que em uma revisão bibliográfica constatou que a não realização do exame se deve a fatores como falta de informação sobre a finalidade e importância do exame, insegurança em descobrir doenças, medo de sentir dor durante o exame e vergonha da nudez. Além disso, algumas pacientes optam por realizar o exame na rede particular, o que pode não ser contabilizado nos dados.

O câncer do colo do útero é um dos tumores mais frequentes entre as mulheres, e segundo o Instituto Nacional do Câncer, atingir alta cobertura da população definida como alvo é o componente mais importante no âmbito da atenção primária, para que se obtenha significativa redução da incidência e da mortalidade por câncer do colo do útero (INCA, 2016; SILVA; DONDONI, 2023). Atualmente, é papel da Atenção Primária à Saúde (APS) o desenvolvimento de ações para prevenir o câncer do colo do útero por meio de ações de educação e promoção da saúde, vacinação e rastreamento (BRASIL, 2022d).

A coleta do exame citopatológico é fortemente incentivada durante todo o ano, sendo as usuárias convidadas por meio de visitas realizadas pelas agentes comunitárias de saúde (ACS), durante consultas na unidade de saúde, em grupos de educação em saúde e em diversas oportunidades ao longo do ano. Além da busca ativa, é oferecido o agendamento em horário estendido e um sistema que emite um alerta caso a paciente esteja com o preventivo atrasado. No mês de outubro, em alinhamento com as diretrizes do Programa Previne Brasil, a campanha do Outubro Rosa é promovida com ainda mais ênfase. A unidade organiza uma série de atividades ao longo do mês para estimular a realização do exame citopatológico.

Das ações de saúde da criança

As ações de saúde da criança no Previner Brasil são mensuradas pelo indicador 5 - Proporção de crianças de até 1 ano com vacinação em dia. Este indicador se manteve em alta performance durante todo o período analisado, superando as metas estabelecidas e alcançando um desempenho acima do município em todos os quadrimestres. Destaca-se o alcance de 100% das crianças no primeiro quadrimestre de 2023, em contraste com o atual cenário brasileiro, onde observa-se que os chamados movimentos anti vacinação são cada vez mais frequentes e persuasivos, utilizando estratégias como distorção e divulgação de informações falsas, que questionam a eficácia e segurança de diversas vacinas (REICHERT *et al.*, 2022).

O estudo de Pessoa (2022) que analisou os indicadores em uma cidade cearense entre 2018 e 2022 e conclui que em nenhum ano analisado o Indicador 5 conseguiu atingir a meta disposta. O melhor desempenho foi registrado no ano de 2018 (82%), com baixa cobertura vacinal nos anos seguintes.

No Brasil, o acesso a vacinas do Calendário Nacional de Vacinação é gratuito, sendo um dos países que oferece o maior número de vacinas à população. Atualmente, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) disponibiliza mais de 300 milhões de doses anuais distribuídas entre 44 imunobiológicos, incluindo vacinas, soros e imunoglobulinas (MILANI; BUSATO, 2021). Apesar disso, nos últimos anos se observou uma queda das coberturas vacinais em praticamente todos os estados, muitos não atingiram a meta preconizada de cobertura que é de $\geq 95\%$ para a vacina Pentavalente e poliomielite (BRASIL, 2022e).

O estudo de Sato (2020) aponta possíveis explicações para esta queda, entre elas temos a diminuição da percepção de risco dessas doenças e o aumento da percepção de risco de eventos adversos pós-vacina (EAPV), em decorrência do sucesso dos programas de imunização ao atingirem o controle ou a eliminação de doenças, como resultado da manutenção por tempo prolongado de elevadas coberturas vacinais, o surgimento da hesitação vacinal, a crise político-econômica, a diminuição do apoio governamental ao SUS e a difusão por redes sociais de informações distorcidas sobre vacinas, que possivelmente contribuíram para a acentuada queda das coberturas nos últimos anos.

As ações da unidade de saúde vão desde a vacinação nas escolas, verificação das carteirinhas nas consultas de puericultura, ações de educação e orientação desenvolvidas pela residência multiprofissional nos grupos de gestantes, desenvolvimento infantil e introdução alimentar, além da busca ativa das crianças com vacina atrasada. Essas ações estratégicas são as que mais demonstram resultado positivo, visto que esse é o indicador com melhor resultado na unidade, no último quadrimestre analisado.

Das ações voltadas a doenças crônicas

As ações voltadas a condições crônicas no Previner Brasil são representadas pelos indicadores 6 e 7 referentes a hipertensos e diabéticos. Comumente assintomática, a hipertensão arterial evolui com alterações importantes em órgãos-alvo, como cérebro, coração e vasos, consistindo no principal fator modificável associado a doenças cardiovasculares, doença renal crônica e morte prematura (BRASIL, 2022f).

As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial recomendam a realização de consulta com aferição de PA no mínimo, semestral quando o risco cardiovascular for baixo (BARROSO *et al.*, 2021). O Diabetes Mellitus (DM), além de ser uma condição de início insidioso dos sintomas e progressão, estudos demonstram a baixa adesão terapêutica, alto percentual de indivíduos ainda não diagnosticados e, conseqüentemente, condição descontrolada, o que aumenta consideravelmente a probabilidade de desenvolvimento de desfechos desfavoráveis (BRASIL, 2022g)

Em relação aos indicadores 6 e 7, de doenças crônicas, observa-se uma performance abaixo da meta em Q1, Q2 e Q3 com notável melhora em ambos no primeiro quadrimestre de 2023 (Q4). Um estudo de Linard e seus colaboradores (2023) que também analisou os indicadores 6 e 7, relacionados a doenças crônicas, em uma região composta por 13 cidades do Ceará entre 2020 e 2023, encontrou um resultado semelhante, onde o indicador 6 não alcançou a meta nos quadrimestres monitorados e o 7 alcançou em 2021, mas teve nova queda em 2022, caracterizando uma cobertura insatisfatória dos indicadores.

A unidade adota diversas estratégias para atender a esse público-alvo, isso inclui a realização de grupos de educação em saúde combinados com atividades físicas, nos quais são feitas aferições de pressão arterial e glicose dos participantes, além da busca ativa e agendamento de consultas para aqueles que não compareceram nos últimos seis meses, também é oferecida a opção de marcar consultas através do programa destinado a hipertensos e diabéticos, a estratificação de risco dos pacientes e a disponibilidade de consultas de enfermagem e realização de eletrocardiograma em horário estendido.

Atenção Primária à Saúde (APS) se faz ponto crucial e oportuno para a realização de medidas de educação em saúde, controle glicêmico e pressórico e incentivo a hábitos de vida mais saudáveis (BRASIL, 2021). É relevante observar, que para todos os indicadores, muitos procedimentos e consultas são efetuados, porém, frequentemente, registrados de maneira imprecisa no sistema, o que contribui para a dificuldade no alcance das metas estabelecidas. Adicionalmente, é fundamental realizar a atualização periódica dos cadastros, busca ativa dos indivíduos, além de monitorar a evolução dos resultados, negociar e formalizar metas, priorizar o apoio institucional e o desenvolvimento de programas de educação continuada, bem como prestar assessoria à gestão e principalmente o estabelecimento de vínculo unidade/usuário, que é um dos objetivos do Previne Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora na maioria dos quadrimestres tenha sido observada dificuldade em atingir as metas preconizadas pelo Programa Previne Brasil, a UBS Xarquinho II se mantém acima dos indicadores alcançados pelo município, sendo o Indicador 1 o que apresenta melhores resultados. Observa-se uma melhora em quase todos os indicadores no último quadrimestre, sendo os indicadores 4, 6 e 7 com menores índices, demandando em vista disso, mais atenção. Destaca-se o alcance de 100% de vacinação de crianças menores de 1 ano no primeiro quadrimestre de 2023.

A análise dos resultados obtidos pela unidade e a identificação dos indicadores que apresentam um déficit mais acentuado, demandando portanto, maior atenção e ações

específicas que possibilitem a formulação de estratégias mais eficazes para o cumprimento das metas estabelecidas. Isso se aplica tanto à esfera da Unidade Básica de Saúde (UBS) quanto ao âmbito municipal. A partir desses dados, almeja-se impulsionar e apoiar iniciativas voltadas para a promoção da saúde pública no contexto de Guarapuava, Paraná.

Conclui-se que a atualização periódica dos cadastros, a busca ativa dos pacientes, a correta reportagem dos dados no sistema, aliados à dedicação da equipe e o incentivo da gestão, em busca de aprimoramento constante, constituem ações de extrema importância para impulsionar os indicadores.

REFERÊNCIAS

BARROSO, W. K. S. *et al.* Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial–2020. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 116, p. 516-658, 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, NOTA TÉCNICA Nº 1/2022-SAPS/MS, 2022c

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, NOTA TÉCNICA Nº 4/2022-SAPS/MS, 2022d.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, NOTA TÉCNICA Nº 5/2022-SAPS/MS, 2022e

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, NOTA TÉCNICA Nº 6/2022-SAPS/MS, 2022f

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, NOTA TÉCNICA Nº 7/2022-SAPS/MS, 2022g

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 102**, de 20 de janeiro de 2022. Diário Oficial da União, Brasília, 2022a

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.979**, de 12 de novembro de 2019. Diário Oficial da União, Brasília, 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Manual instrutivo do financiamento da Atenção Primária à Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Previne Brasil, componentes do financiamento da Atenção Primária**. Secretaria de Atenção Primária. 2022b. Disponível em <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

HARZHEIM, E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1189-1196, 2020.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Ministério do Planejamento e Orçamento, Diretoria de Pesquisas Coordenação Técnica do Censo Demográfico, **Censo Demográfico 2022 População e domicílios - Primeiros resultados**, Rio de Janeiro, 2023.

INCA, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 114p. 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.

JUNQUEIRA, A. L. Fatores associados a não realização do exame citopatológico: uma revisão de literatura. **[TCC] Repositório Institucional UNISAGRADO**, 2022. Disponível em: <https://repositorio.unisagrado.edu.br/jspui/handle/handle/991>. Acesso em 26/09/2023.

LARÊDO, B. dos S. G.; *et al.* Saúde bucal e gravidez: desafios e fragilidades no cuidado sob a perspectiva dos resultados do Previne Brasil. **Revista Ciência Plural**, [S. l.], v. 8, n. 2, p. 1–12, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/27191>. Acesso em: 26 out. 2023.

LINARD, A. G; SILVA, A. C. G; SANCHO, A. T; MARQUES, J. K. D. S; MARTINS L. S. Avaliação dos indicadores de desempenho do programa Previne Brasil no Maciço de Baturité: Doenças crônicas. **SciELO Preprints**; 2023. DOI: 10.1590/scielopreprints.6322.

MANRIQUE-CORREDOR, E. J. *et al.* Maternal periodontitis and preterm birth: Systematic review and meta-analysis. **Community Dent Oral Epidemiol** 47:3, p. 243-251, Jun 2019.

MILANI, L. R. N.; BUSATO, I. M. S. Causas e consequências da redução da cobertura vacinal no Brasil. **Revista de saúde pública do Paraná**, v. 4, n. 2, p. 157-171, 2021.

NASCIMENTO, R. G; ARAÚJO, A. Falta de periodicidade na realização do exame citopatológico do colo uterino: motivações das mulheres. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 557-572, 2014.

PESSOA, J. E. C. **Análise dos Indicadores Do Programa Previne Brasil em uma cidade do interior cearense**. 2022. 54f. Trabalho de Conclusão de Curso [TCC] Centro Universitário Vale Do Salgado; Icó, Ceará, 2022.

PIRES, C. E. S. *et al.* **Previne Brasil: uma análise dos indicadores de desempenho do Distrito Federal nos anos de 2019 a 2021**. 2021. 19f. Trabalho de Conclusão de Curso [TCC]. Centro de Ensino Unificado do Distrito Federal, 2021.

REICHERT, A. P. da S *et al.* Situação vacinal de crianças cadastradas em equipes de saúde da família. **Rev. Pesqui.(Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, p. e11398-e11398, 2022.

SATO, A. P. S. Pandemia e coberturas vacinais: desafios para o retorno às escolas. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 115, São Paulo, 2020.

SILVA, J. V. de A.; DONDONI, P. H. Câncer de colo de útero: análise clínico-epidemiológica no município de Cascavel, Paraná, no período de 2012 a 2022. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S. l.], v. 9, n. 8, p. 1737–1747, 2023.

Determinantes motivacionais da prática de exercício físico em adultos e idosos usuários do SUS

Kawane de Souza Gonçalves
Timothy Gustavo Cavazzotto

INTRODUÇÃO

De acordo com as diretrizes da OPAS/OMS de 2018, é recomendado que os adultos pratiquem pelo menos 150 minutos de atividade física de intensidade moderada a vigorosa por semana. Já para crianças e adolescentes, a recomendação é de pelo menos 60 minutos diários de atividade física de intensidade moderada a vigorosa. Diante desse desafio, diversas iniciativas têm sido criadas com o objetivo de promover a atividade física e aumentar os níveis de atividade da população. No Brasil, essas iniciativas incluem desde o monitoramento dos indicadores de atividade física na população por meio de pesquisas como o VIGITEL, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE), até programas específicos para a prática de atividade física, como o Programa Academia da Saúde (Ministério da Saúde), e a presença de profissionais de Educação Física nos programas de atenção básica à saúde (APS).

O Programa Academia da Saúde (PAS) são estratégias de promoção da saúde e produção do cuidado que funcionam com a implantação de espaços públicos conhecidos como polos, onde são oferecidas práticas de atividades físicas para a população. Atualmente, existem 131 polos em 111 municípios, contando com 139 profissionais de Educação Física. No ano de 2022, a Portaria nº 15, de 7 de janeiro, atribuiu novas funções para o profissional de Educação Física na APS, indo de 32 para 45 novas funções. Isso aumenta o escopo de atuação e o reconhecimento do profissional de Educação Física na saúde, atendendo a um pleito legítimo, que busca ampliar e qualificar o atendimento e o bem-estar da população, contribuindo assim com o fortalecimento da promoção da atividade física em toda a Rede de Atenção à Saúde e com a ampliação dos registros das atividades executadas por esses profissionais.

É um fato que o número de profissionais de educação física na área de saúde tem aumentado. Apesar dos inúmeros estudos que evidenciam os benefícios significativos da atividade física para a saúde física e psicológica, ainda existe uma considerável parcela da população que não pratica regularmente um programa de atividade física, ou que desiste nos primeiros seis meses. Isso sugere que os benefícios por si só



podem não ser suficientes para motivar a adesão.

Nesse contexto, torna-se crucial compreender as principais motivações por trás da prática regular de atividades físicas, visando aumentar a participação sustentada da população nos programas de promoção da saúde. A motivação desempenha um papel central, embora sua definição não seja simples, uma vez que pode variar em diferentes níveis e direções (RYAN; DECI, 2000).

O exercício físico representa um componente específico da atividade física que visa otimizar e monitorar diversos fatores, como tipo, frequência, intensidade e duração do esforço físico (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985). Ele desempenha um papel fundamental na preservação e promoção da saúde individual, especialmente em idades mais jovens. Portanto, compreender as motivações por trás da prática regular de exercícios físicos é essencial para o sucesso de programas de promoção da saúde.

De acordo com o Fundo das Nações Unidas, a expectativa de vida está prevista para aumentar significativamente até o ano de 2050, projetando-se atingir uma média de 82 anos para homens e 86 anos para mulheres nos países em desenvolvimento. Esse aumento na longevidade levanta a questão crucial de como podemos prevenir as perdas fisiológicas associadas ao envelhecimento e melhorar a qualidade de vida das pessoas. Um aspecto fundamental nesse contexto é a necessidade de minimizar o envelhecimento funcional, que torna as tarefas cotidianas aparentemente simples, como levantar-se, subir escadas ou carregar compras (atividades de vida diária), cada vez mais desafiadoras de serem realizadas (Mazo, Lopes, & Benedetti, 2009).

Embora seja altamente reconhecido que a prática regular de atividade física traz muitos benefícios para os idosos, motivar os indivíduos a iniciar ou manter um programa consistente de exercícios ainda é um desafio específico para os profissionais da área.

Ao investigar as principais motivações que impulsionam a prática de exercícios, diversas questões surgem como fatores cruciais para compreender a demanda crescente. Entre esses elementos, destaca-se a busca pela estética, o intervalo de dores, socialização e a preocupação com a saúde. No contexto deste estudo, o objetivo é identificar a motivação predominante para a prática de atividades físicas entre os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, o presente estudo teve como objetivo identificar quais os principais fatores motivacionais para prática de atividade física em uma determinada população participantes ativamente das atividades ministradas pelo profissional de educação física residente do SUS na cidade de Guarapuava- PR. Como objetivos secundários, o presente estudo buscou determinar quais são os fatores motivacionais da prática de exercícios fatores psicológicos, fisiológicos; estética ou lazer nos pacientes/usuários. E verificar possíveis associações entre qualidade de vida e motivação para a prática de exercício físico.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo e transversal, com uma amostra composta por adultos e idosos de 18 a 90 anos que participavam de grupos de atividades físicas

supervisionados pelo Profissional de Educação Física. Esses grupos são atendidos por uma Unidade Básica de Saúde (UBS), no município de Guarapuava, com frequência de duas vezes por semana. As atividades incluíram alongamentos, fortalecimento corporal e educação em saúde.

Os grupos foram divididos em duas categorias: o Grupo Viva mais Rocio e o Grupo Viva mais Dourados, destinados a adultos e idosos, abertos à comunidade em geral. Nestes grupos, além da prática de exercícios físicos, eram oferecidas orientações gerais de saúde, encaminhamento para consulta médica, verificação de exames, solicitação de exames, orientações nutricionais e medicamentosas. As sessões eram realizadas às quartas-feiras para o Grupo Rocio e às sextas-feiras para o Grupo Dourados, ambas às 09:00 da manhã.

Os outros três grupos são compostos por pacientes encaminhados pela fisioterapia e pelos médicos. Existe um processo de contrarreferência com a fisioterapia, onde os pacientes que recebem alta passam a participar dos grupos de fortalecimento corporal geral, no entanto, caso ocorra um declínio em sua condição, eles voltam a receber fisioterapia, sem a necessidade de voltar à fila de espera. Esses grupos são subdivididos em baixa, média e vigorosa intensidade, com o objetivo de dar continuidade ao tratamento, melhorar as atividades diárias e incentivar a mudança de hábitos de vida.

Em todos os grupos, são respeitadas as individualidades biológicas dos participantes. Os materiais utilizados incluem garrafas de água ou areia, faixas elásticas ou o próprio peso corporal, tornando os exercícios de baixa complexidade e de fácil entendimento, para que possam ser reproduzidos em casa ou no local de trabalho. Os exercícios abordavam diversas dimensões das aptidões físicas e cognitivas para promover um bem-estar completo. Eles visam aprimorar as aptidões físicas relacionadas à saúde, tais como força muscular, resistência muscular, resistência cardiorrespiratória, flexibilidade e composição corporal. Além disso, são incorporados exercícios cognitivos que têm como objetivo fortalecer as habilidades cognitivas gerais, incluindo aprimorar a atenção, funções executivas, memória, percepção, praxia e linguagem.

Os voluntários responderam, em forma de entrevista, uma anamnese, dois questionários: Inventário de Motivação à Prática Regular de Atividade Física (IMPRAF-54), e o questionário de Qualidade de Vida (SF-36). A anamnese englobou, a presença de doenças pregressas, ingestão de medicação, escolaridade, dores crônicas e data de nascimento.

O IMPRAF-54- (Balbinotti MAA, Barbosa MLL, 2006) é composto por 54 itens que abordam uma variedade de motivos possíveis para a prática regular de atividades físicas e esportivas. Esses itens são agrupados em diferentes sub escalas que representam diferentes dimensões motivacionais. Essas dimensões incluem: motivação intrínseca, relacionada ao prazer e à satisfação pessoal; saúde e bem-estar, relacionada aos benefícios para a saúde física e mental; relações sociais, associada ao aspecto social das atividades físicas, como interações sociais; estética corporal, relacionada ao desejo de melhorar a aparência física e alcançar um corpo mais atraente; e desafio e superação, relacionada ao desejo de enfrentar desafios e superar limites. Para obter os escores brutos basta somar as respostas (valores de 1 a 5), incluindo apenas as colunas 1 a 8. As respostas aos itens deste inventário devem ser dadas conforme uma escala bidirecional, de tipo Likert, graduada em cinco pontos, indo de “isto me motiva pouquíssimo” (1) a “isto me motiva muitíssimo” (5). O inventário

conta ainda com uma escala de verificação que permite a avaliação do nível de atenção do sujeito durante a aplicação. Seis itens, um de cada dimensão, tomados aleatoriamente, são repetidos no final do inventário. A medida da validade da aplicação é obtida através da análise das diferenças entre as respostas.

O questionário na Versão brasileira de Qualidade de Vida SF-36 (Ciconelli 2002), as escalas do SF-36 são divididas em oito dimensões ou subescalas, agrupadas em dois componentes principais: Componente de Saúde Física (PCS - Physical Component Summary) e Componente de Saúde Mental (MCS - Mental Component Summary). Essas escalas incluem: capacidade funcional, que avalia o grau de limitações nas atividades físicas diárias; limitações por aspectos físicos, que avaliam o impacto de problemas de saúde na realização de tarefas físicas; dor, que avalia a intensidade e o impacto da dor física; estado geral de saúde, que avalia a percepção geral de saúde; vitalidade, que avalia os níveis de energia, fadiga e cansaço; aspectos sociais, que avaliam o impacto dos problemas de saúde nas atividades sociais e relacionamentos; limitações por aspectos emocionais, que avaliam o impacto de problemas emocionais na realização de atividades diárias; e saúde mental, que se refere à saúde mental geral, incluindo aspectos emocionais e psicológicos. SF-36 calcula os dois componentes principais: o Componente de Saúde Física (PCS) e o Componente de Saúde Mental (MCS), que representam resumidamente o estado geral de saúde física e mental do respondente, respectivamente. Esses componentes são calculados com base nas pontuações das subescalas individuais e têm um valor médio de 50, com um desvio padrão de 10 pontos na população geral. Cada uma das 36 questões do SF-36 é associada a um valor numérico, dependendo da resposta do paciente. Normalmente, as respostas são codificadas de forma que valores mais altos indicam melhor saúde ou maior funcionalidade, enquanto valores mais baixos representam pior saúde ou menor funcionalidade. Essas pontuações podem ser usadas para avaliar a saúde do paciente de maneira objetiva e comparativa, facilitando o acompanhamento e a tomada de decisões em relação ao tratamento e à assistência médica.

Para participar da pesquisa, os voluntários assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e posteriormente responderam em forma de entrevista a uma anamnese e ao questionário: Inventário de Motivação à Prática Regular de Atividade Física (IMPRAF-54), e o questionário de Qualidade de Vida (SF-36). A anamnese englobava, a presença de doenças pregressas, ingestão de medicação, escolaridade, dores crônicas e data de nascimento.

Os dados foram analisados utilizando o software estatístico JAMOVI versão 2.3.26. Os dados foram apresentados em frequência absoluta e relativa e em média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil, de acordo com a distribuição probabilística. A distribuição normal será testada aplicando o teste de Shapiro-Wilk. Em caso de distribuição normal foram aplicados os testes t e ANOVA de uma via para comparação dos fatores motivacionais em relação às quantificações da qualidade de vida. Em caso de violação da normalidade foram aplicados os testes de não paramétricos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para obter os resultados das diferenças entre os fatores motivacionais e qualidade de vida. As associações entre os questionários foram realizadas mediante teste de qui-quadrado e teste Z para comparação das proporções. O nível de significância será $P < 0,05$.

RESULTADOS

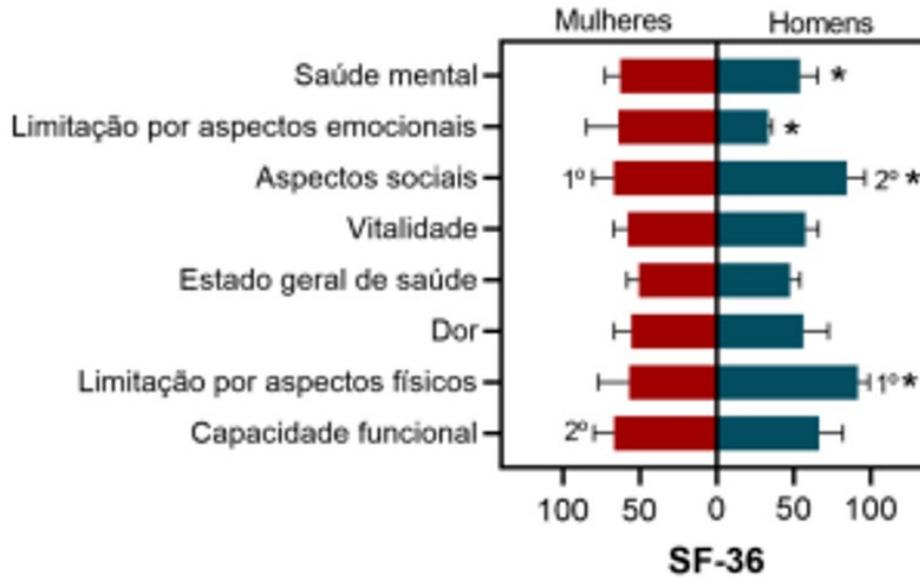
A amostra do estudo foi composta por 39 mulheres e 4 homens. Observou-se que 56% das mulheres e 100% dos homens possuem ensino fundamental incompleto, sendo que 65,10% se consideram de cor branca. Além disso, identificamos uma maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) afetando 55,80% da população, seguida pelo Diabetes Mellitus (DM), que atingiu 27,90%. Além disso, 32,60% dos participantes da pesquisa fazem uso de pelo menos uma medicação diária e 75% dos homens residem sozinhos, enquanto apenas 15,40% das mulheres se encontram nessa situação (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica

		Geral (n=43)		Mulheres (n=39)		Homens (n=4)	
Idade	Média±DP	59,5±14,2		58,0±13,7		74,0±10,8	
Etnia	Amarela	1	2,30%	1	2,60%	0	0,00%
	Branca	28	65,10%	26	66,70%	2	50,00%
	Parda	4	9,30%	4	10,30%	0	0,00%
	Preta	10	23,30%	8	20,50%	2	50,00%
Escolaridade	Ens.Fund. Incompleto	26	60,50%	22	56,40%	4	100,00%
	Ens.Fund. Completo	1	2,30%	1	2,60%	0	0,00%
	Ens.Médio Completo	13	30,20%	13	33,30%	0	0,00%
	Ensino Superior	3	7,00%	3	7,70%	0	0,00%
Pessoas Domicílio	1	9	20,90%	6	15,40%	3	75,00%
	2	14	32,60%	14	35,90%	0	0,00%
	3	10	23,30%	10	25,60%	0	0,00%
	4	8	18,60%	8	20,50%	0	0,00%
	5	1	2,30%	0	0,00%	1	25,00%
	6	1	2,30%	1	2,60%	0	0,00%
HAS	SIM	24	55,80%	22	56,40%	2	50,00%
DM2	SIM	12	27,90%	11	28,20%	1	25,00%
OUTRAS*	SIM	23	53,50%	22	56,40%	1	25,00%

Na Figura 1, o questionário de qualidade de vida SF-36, é possível identificar que, entre as mulheres, o domínio que se destacou de forma significativa ($P < 0,01$) foi o aspecto social, seguido pela capacidade funcional. Já entre os homens, o domínio que recebeu maior ênfase foi a limitação por aspectos físicos, seguido pelos aspectos sociais. Ao analisar a figura, nota-se que o domínio com o menor escore para os homens é a limitação por aspectos emocionais, enquanto nas mulheres é o estado geral de saúde. Apresentando assim uma melhor qualidade de vida nesses domínios. Além disso, é importante ressaltar que os domínios de limitação por aspectos físicos, aspectos sociais, saúde mental e limitações por aspectos emocionais apresentaram diferenças significativas entre os sexos. Os itens de limitação por aspectos emocionais e estado geral de saúde apresentaram os menores escores.

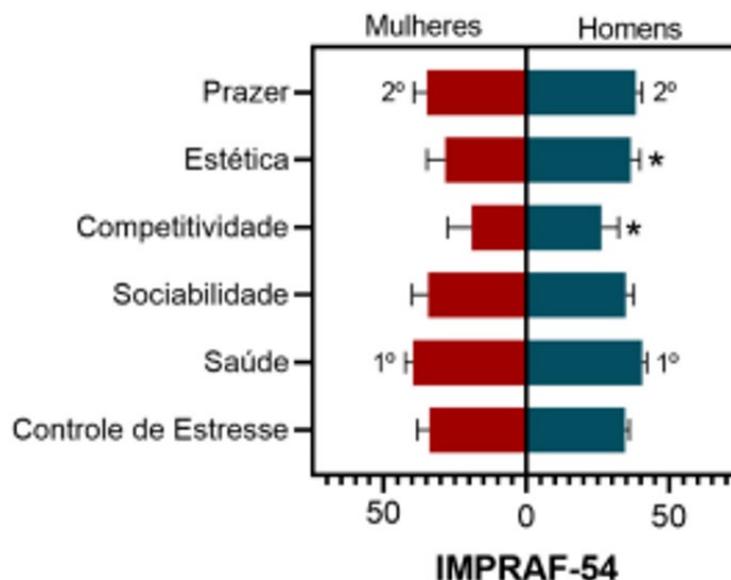
Figura 1 – Domínios do SF-36 separados por sexo. *Indica a existência de diferenças entre os sexos para o domínio.



Na Figura 2, o inventário motivacional à prática regular de atividade física, o qual se caracteriza por abranger as dimensões de Estresse, Saúde, Sociabilidade, Competitividade, Estética e Prazer. Este inventário tem o propósito de investigar as principais motivações para a realização de exercícios físicos diários. Em ambos os sexos, o domínio de maior relevância é o da saúde, seguido pelo domínio do prazer e o fator mais com menos relevância foram de competitividade para ambos os sexos.

Além disso, é importante ressaltar que os domínios de estética e competitividade demonstram diferenças significativas entre os sexos.

Figura 2 – Domínios do IMPRAF-54. *indica diferença entre os sexos para o domínio.



Não houveram correlações expressivas ($r > 0,40$) entre os domínios dos instrumentos. Os resultados apontam que domínios das escalas não estão relacionados fortemente. Isso pode ocorrer devido a diferentes construtos medidos, métodos de medição distintos, variação individual, erro de medição ou a presença de variáveis intermediárias ou tamanho

amostral. A ausência de correlação não implica necessariamente falta de relação, mas pode indicar que a relação não foi detectada com base nos dados disponíveis.

Tabela 2 - Correlação entre os instrumentos.

SF-36	IMPRAF 54	Controle de Estresse	Saúde	Sociabilidade	Competitividade	Estética	Prazer
Capacidade funcional		-0,204	0,023	-0,123	-0,106	0,014	-0,097
Limitação por aspectos físicos		-0,145	-0,149	-0,244	0,061	-0,045	-0,09
Dor		-0,27	-0,131	0,004	0,035	-0,054	-0,069
Estado geral de saúde		0,147	0,303*	0,228	0,332*	0,276	0,276
Vitalidade		-0,016	0,118	0,077	0,163	0,156	0,124
Aspectos sociais		0,012	0,131	0,047	0,096	0,257	0,147
Limitação por aspectos emocionais		-0,137	-0,109	-0,022	-0,098	-0,094	-0,141
Saúde mental		-0,216	0,007	-0,095	-0,047	0,079	-0,026

* $P < 0,05$.

DISCUSSÃO

Observou-se que 60,5% da amostra não possuem ensino fundamental completo, e mais de 50% apresentavam alguma comorbidade, com predominância das mulheres. Os resultados indicaram que os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) participam das atividades propostas com o principal objetivo de melhorar sua saúde, seguido pelo domínio do prazer e sociabilidade.

De acordo com Silva⁶, a busca pela melhoria da saúde está relacionada às mudanças fisiológicas observadas durante o processo de envelhecimento, o que pode comprometer a qualidade de vida dessa população. A prática regular de exercícios físicos oferece benefícios significativos, como o aprimoramento da capacidade motora, funcional e autonomia.

Quanto ao prazer na prática de atividades físicas, Deci e Ryan, argumentam que ele está diretamente ligado à motivação intrínseca, na qual o indivíduo encontra plena satisfação na atividade em si. Portanto, o prazer desempenha um papel fundamental na manutenção da prática regular de atividades físicas.

Um estudo realizado com 130 idosos participantes do programa Floripa Ativa-Fase B, identificou que a recomendação médica e o prazer foram os fatores responsáveis pela permanência de idosos no programa de exercícios físicos. Além disso, a saúde e as sociabilidades são fatores que muito motivam os idosos a participar do programa de exercícios físicos. Um dos critérios para a inclusão do programa era a presença de uma comorbidade leve ou moderada. Isto pode ter influenciado no fato da maioria dos idosos terem a recomendação médica como o principal motivo de ingresso no programa, bem como na elevada média obtida pelo fator saúde. Meurer, 2012.

Cohen-Mansfield *et al*, 2004, analisaram 324 idosos com idades entre 74 e 85 anos, concluindo que, para quase 70% dos participantes, o aconselhamento médico para a prática de exercício físico, dentre outras, influenciaram a adesão ao exercício físico.

O fator sociabilidade tende a contribuir positivamente sobre o tempo de permanência no programa, Markland & Ingledew, 1997, ao analisar os três principais fatores motivacionais (saúde, prazer e sociabilidade) que os idosos consideram mais relevantes para sua participação no programa de exercícios físicos, observa-se que, mesmo quando a saúde é uma preocupação devido à recomendação médica, os idosos atribuem aos fatores de prazer e sociabilidade, destacando assim o interesse independente deles por essa prática. Além disso, ao avaliar esses fatores com base em nossos índices de motivação, fica evidente que a maioria dos idosos atribui alta ou média motivação à saúde, ao prazer e à socialização. Isso sugere que os iniciantes no programa de exercícios físicos têm boas chances de permanecerem nele por um longo prazo MAZO, 2009. De acordo com o estudo realizado por Meurer, 2012, a permanência da maioria dos idosos no programa é principalmente motivada pela recomendação médica. O presente estudo segue uma dinâmica semelhante, uma vez que todos os participantes do grupo passaram por consultas médicas e realizaram exames periódicos, conforme um dos objetivos do programa. Além disso, existem grupos de referência com fisioterapia da UBS, nos quais os participantes são encaminhados para fortalecimento geral quando recebem alta do tratamento fisioterápico. No entanto, caso ocorra um declínio em sua condição, eles voltam a receber fisioterapia, isso justifica o resultado do domínio saúde ser o fator motivacional mais presente.

Quando analisamos o domínio do prazer, se pensa logo no processo inicial de mudança de hábitos de vida, sair da zona de conforto e buscar uma rotina de cuidados com a saúde física e mental, e assim como para a maioria das pessoas para iniciar uma atividade nova ou manter-se é necessário para além do querer e dos benefícios, é fundamental que exista interesse e principalmente prazer pela prática. Outro ponto a destacar deste estudo é o prazer, e o aumento deste fator como motivo de permanência dos indivíduos no programa. De acordo com Deci e Ryan, 1987, a motivação intrínseca pode se apresentar de duas maneiras distintas, sendo a primeira relacionada à participação do indivíduo nas atividades por sua própria vontade, não existindo pressões externas e nenhum tipo de recompensa. A segunda se refere à participação na atividade devido a elementos como satisfação e interesse, bem como, a percepção do prazer obtido nessa prática.

A saúde e a capacidade física desempenham papéis essenciais na promoção de um estado de bem-estar e na busca por uma melhor qualidade de vida RYFF, 1989. O questionário presente na Versão Brasileira de Qualidade de Vida SF-36, desenvolvido por Ciconelli em 2002, compreende oito escalas que englobam um total de 36 itens.

O componente denominado “Capacidade Funcional” investiga as atividades que o avaliado é capaz de realizar no seu dia a dia atual, bem como se ele enfrenta alguma dificuldade para executar tais atividades devido à sua condição de saúde, além de avaliar o grau de dificuldade experimentado.

O componente “Limitação por Aspecto Físico” está intimamente ligado ao impacto que a saúde física exerce no desempenho das atividades cotidianas, tanto pessoais quanto profissionais, ao longo de um período de quatro semanas.

Por sua vez, o “Aspecto Social” avalia a percepção do indivíduo sobre sua saúde física e seu estado emocional, bem como esses fatores afetam suas interações sociais normais, sejam elas com a família, vizinhos, amigos ou em atividades em grupo, também

durante as últimas quatro semanas.

O “Aspecto Emocional” diz respeito à influência das condições emocionais e problemas emocionais (como sentir-se deprimido ou ansioso) no desempenho das atividades diárias e profissionais. “Saúde Mental” está associada à percepção do indivíduo sobre seu estado emocional e como ele vivenciou sua vida durante o período de quatro semanas, refletindo seu ânimo e bem-estar geral.

Essas avaliações são cruciais para compreender a relação entre a saúde física, emocional e mental de um indivíduo e como esses fatores impactam sua qualidade de vida e bem-estar.

Os resultados obtidos revelaram diferenças distintas entre os gêneros no que se refere aos aspectos sociais e de capacidade física. As mulheres obtiveram uma pontuação mais elevada no quesito “Aspecto Social”, seguido de “Capacidade Funcional”, enquanto os homens apresentaram uma pontuação mais alta em “Limitação por Aspecto Físico”, seguido de “Aspecto Social”. Essas observações estão alinhadas com um estudo conduzido por Kruger Gonçalves et al.¹³, no qual o componente “Aspecto Social” registrou a maior pontuação, seguido pelo componente “Capacidade Funcional”. Essas tendências sugerem que a amostra estudada possa ser composta, em sua maioria, por indivíduos mais idosos e ativos.

O processo de envelhecimento é frequentemente associado à redução das interações sociais devido a eventos como aposentadoria, viuvez e o fenômeno do “ninho vazio”, Neri, 1991. Essas mudanças sociais podem explicar o destaque do componente “Aspecto Social” nos resultados, uma vez que refletem as transformações nas vidas das pessoas à medida que envelhecem.

As principais limitações da pesquisa incluíram o fato de que aproximadamente 60% dos participantes tinham apenas o ensino médio incompleto. Isso criou desafios significativos na leitura e compreensão das perguntas, especialmente no caso do IMPRAF-54, onde frequentemente o significado das palavras não era compreendido. Como resultado, quatro questionários precisaram ser descartados devido a essas limitações. Além disso, o tempo médio para responder aos questionários variou consideravelmente, indo de 15 minutos a 1 hora e 40 minutos, devido a essas características.

Outra limitação importante foi que três dos grupos de pesquisa foram realizados no estacionamento da Unidade Básica de Saúde (UBS), o que dificultou a coleta de dados devido às condições climáticas e ao desconforto de não ter lugares adequados para sentar.

Além dessas limitações, também foi observada uma lacuna na literatura científica, com a falta de artigos relacionados ao papel do profissional de educação física no Sistema Único de Saúde (SUS) e estudos aplicando o IMPRAF-54 na área de saúde pública, especialmente em populações em situação de vulnerabilidade social.

Por outro lado, a pesquisa teve pontos fortes notáveis, como a alta disponibilidade e disposição dos participantes em responder aos questionários. Eles se mostraram abertos e colaborativos, o que facilitou a coleta de dados e enriqueceu o estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apontaram que, embora a busca pela melhoria da saúde física tenha sido o motivo principal para o início do tratamento, o prazer se destacou como o segundo domínio mais frequente. Isso pode ser atribuído à forma como esses encontros foram estruturados, levando em consideração a individualidade biológica e os aspectos emocionais dos pacientes, criando um ambiente acolhedor que promoveu o engajamento contínuo.

No entanto, não foram identificadas correlações significativas entre os questionários IMPRAF 54 e SF 36, sugerindo a necessidade de conduzir mais pesquisas para aprofundar essa análise. Os resultados deste estudo ressaltam a importância de continuar investigando esse tema, destacando a relevância do profissional de Educação Física no contexto do SUS. O papel desse profissional vai além do simples ensino de atividades físicas; ele desempenha um papel fundamental na promoção da saúde e bem-estar dos pacientes, ajudando a transformar a percepção da atividade física de um mero tratamento em uma fonte de prazer e qualidade de vida para a população atendida. Portanto, mais estudos nessa área são essenciais para aprimorar a abordagem e os benefícios das práticas de atividade física sob a orientação de profissionais de Educação Física no sistema de saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. CASPERSEN, C. J.; POWELL, K. E.; CHRISTENSON, G. M. **Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research**. Public Health Rep., v. 100, n. 2, p. 126-31, mar-abr 1985. PMID: 3920711; PMCID: PMC1424733.
2. COHEN-MANSFIELD, Jiska *et al.* **Preferências socioambientais de exercícios entre idosos**. Medicina Preventiva, v. 38, n. 6, p. 804-811, 2004. 3. MARKLAND, D.; INGLEDEW, DK. **A medição dos motivos do exercício: validade fatorial e invariância entre gêneros de um Inventário de Motivações para o Exercício revisado**. Jornal Britânico de Psicologia da Saúde, v. 2, p. 361-376, 1997. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8287.1997.tb00549.x>
4. MAZO, Giovana Zarpellon; MEURER, Simone Teresinha; BENEDETTI, Tânia Rosane Bertoldo. **Motivação de idosos para a adesão a um programa de exercícios físicos**. Psicologia: Reflexão e Crítica*, n. 18, 2009. Disponível em: [link]. Acessado em 27 de setembro de 2023.
5. MAZO, G. Z.; LOPES, M. A.; BENEDETTI, T. B. **Atividade Física e os idosos: concepções Gerontológicas**. 3ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2009.
6. MEURER, S. T.; BENEDETTI, T. R. B.; MAZO, G. Z. **Associação entre sintomas depressivos, motivação e autoestima de idosos praticantes de exercícios físicos**. Revista Brasileira de Ciências do Esporte, v. 34, n. 3, p. 683– 695, 2012. DOI: 10.1590/S0101-32892012000300011
7. Neri, A. L. **Envelhecer num país de jovens: significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos**. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 1991. 8. OPAS/OMS. **OMS lança plano de ação global sobre atividade física para reduzir comportamento sedentário [Internet]**. 4 de junho de 2018. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/4-6-2018-oms>

lanca-plano-acao-global sobre-atividade-fisica-para-reduzir-comportamento>. Acessado em: 21 de outubro de 2023.

9. RYAN, Richard M.; DECI, Edward L. **Os lados mais sombrios e mais brilhantes da existência humana: necessidades psicológicas básicas como um conceito unificador.** *Investigação psicológica**, v. 11, n. 4, 2000. DOI: 10.1207/S15327965PLI1104_03.

10. RYFF, C. D. **Happiness is everything, or is it Explorations on the meaning of psychological well-being.** *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 57, n. 6, p. 1069-1081, 1989.

11. SILVA, Fernanda Soares *et al.* **Evolução da doença de Parkinson e comprometimento da qualidade de vida.** *Revista neurociências*, v. 18, n. 4, p. 463-468, 2010.

12. Teixeira, A. R.; Freitas, C. R.; Blessmann, E. J.; *et al.* **QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE (HRQL) DE ADULTOS ENTRE 50 E 80 ANOS PRATICANTES DE ATIVIDADE FÍSICA REGULAR: APLICAÇÃO DO SF-36.** *Estud. interdiscip. envelhec*, v. 16, n. esp., 25 de abril de 2011. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/17928>>. Acessado em: 21 de outubro de 2023.

Correlação entre indicadores de sarcopenia e equilíbrio de idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde do município de Guarapuava

Alex Mauro da Cruz
Timothy Gustavo Cavazzotto

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como idoso todo indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos em países em desenvolvimento e 65 anos para países desenvolvidos. Segundo a OMS, no mundo, a taxa de idosos está crescendo mais rapidamente que em outras faixas etárias. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, mostrou que a população idosa brasileira era de 20.590.599, correspondente a 10,8% da população brasileira, e 2025 é estimado um aumento para 32 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, porém no ano de 2022, o Brasil, já atingiu um total de 31,2 milhões de idosos com expectativa de 73 milhões de idosos no ano de 2060 (OMS, 2019).

O envelhecimento é um fenômeno natural, multifatorial gradual e irreversível, que implica em mudanças no organismo, sendo um dos principais fatores de riscos mais profundos para quase todas as doenças não transmissíveis, incluindo doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças neurológicas, acompanhado por um acúmulo gradual de deficiências cognitivas e físicas (BRATIC, *et al.*, 2013).

O músculo esquelético, é fundamental para a manutenção da independência funcional e saúde metabólica de todos os seres humanos (HEIKKINEN, 2006). O envelhecimento resulta em um desequilíbrio entre as vias anabólicas e catabólicas da proteína muscular, gerando mudanças na composição corporal que refletem em alterações funcionais. Tem se observado uma redução do tecido muscular em indivíduos idosos, essa diminuição de massa magra relacionada com a idade é designada por “sarcopenia” que se caracteriza, adicionalmente, pelo comprometimento da força, e da performance muscular (CRUZ-JENTOFT, *et al.*, 2019). A sarcopenia está relacionada diretamente ao envelhecimento, inatividade física e outros fatores complementares (CRUZ-JENTOFT, *et al.*, 2019).

O desenvolvimento da sarcopenia é um processo de origem multifatorial, envolve a inatividade física, declínio do hormônio do



crescimento (GH), síntese de proteína, testosterona, hormônio tireoidiano, levando à perda de massa e força muscular gerando alterações no organismo do indivíduo (CRUZ-JENTOFT; SAYER, 2019). Do ponto de vista histológico é possível verificar que o estado sarcopênico, afeta diretamente as fibras musculares do tipo II com o efeito de diminuir sua quantidade, seu tamanho e o número de suas mitocôndrias, devido a estas alterações, há um grande decréscimo relacionado a força muscular dos participantes, o que pode ocasionar deficiências e limitações funcionais, gerando uma redução no equilíbrio e um aumento no risco de quedas (DA COSTA, *et al.*, 2016). Para uma pessoa idosa, a queda é um grave problema, pois pode leva-lo a incapacidade funcional, internação devido a fraturas e até mesmo a mortalidade (MORIGUCH, 2013).

Os distúrbios relacionados ao equilíbrio, possuem relação direta com os riscos de queda, podendo acarretar em um grande impacto na vida dos idosos, resultando na redução da autonomia da realização de suas atividades de vidas diárias, como a capacidade de levantar e se locomover (NICHOLSON; MCKEAN; BURKETT, 2014). Segundo a OMS, um dos fatores mais importantes para uma boa saúde é o estilo de vida. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2014) O número de idosos que frequentam os serviços de saúde é bastante abrangente, porém são poucos os estudos referentes à população idosa e seu potencial dentro da APS (STARFIELD, 2006). Nesse sentido os benefícios da prática de atividade física para a população idosa estendem-se até qualidade de vida com um efeito direto da melhoria de aptidão física relacionado à saúde.

O diagnóstico de sarcopenia é um procedimento complexo, exigindo um profissional médico para a avaliação e equipamentos de alto custeio (CRUZ-JENTOFT, *et al.*, 2019). Existe uma grande variedade de testes e procedimentos necessários para a detecção da sarcopenia. Testes relacionados a força muscular, mobilidade, velocidade de marcha, quantidade de massa muscular apendicular, ressonância magnética e tomografia computadorizada são utilizados para um diagnóstico preciso. Devido à alta complexidade do diagnóstico, a literatura científica tem se adotado medidas capazes de identificar uma perda de massa muscular no indivíduo idoso, por meio de testes de mobilidade (TUG) de perimetria como a circunferência da perna (CP) e de força de preensão manual (FPM) sendo estes indicadores de sarcopenia (CRUZ-JENTOFT, *et al.*, 2019).

Desse modo, o objetivo geral desta pesquisa foi avaliar e correlacionar indicadores de sarcopenia e equilíbrio de idosos cadastrados em uma Unidade Básica de saúde no município de Guarapuava, estado do Paraná.

MÉTODOS

Participantes

Trata-se de um estudo transversal observacional, de natureza quantitativa. Participaram desta pesquisa 34 participantes idosos, cadastrados em um Unidade Básica de Saúde no município de Guarapuava, interior do estado do Paraná. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (COMEP) da Universidade Estadual do Centro-Oeste sob número de parecer 5.419.169 e seguiu todos preceitos éticos para estudos envolvendo

seres humanos. Todos os procedimentos propostos para coleta de dados da pesquisa foram autorizados pelos participantes a partir da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Os idosos foram convidados a participar de uma bateria de testes com o intuito de identificar possíveis indicadores de perda de massa muscular por meio da sarcopenia e sua correlação com o equilíbrio.

O convite para a participação do estudo foi feito de forma verbal ressaltando as informações acerca de como a pesquisa seria realizada. Todos os participantes da amostra, faziam parte de um grupo destinado a idosos, realizado semanalmente em uma igreja, localizada nas proximidades da unidade básica de saúde. Para compor a amostra, foram selecionados os participantes que aceitaram participar e se enquadram nos critérios estabelecidos. Toda a coleta de dados foi feita em um ambiente reservado ao participante e ao pesquisador.

Como critérios de inclusão, os participantes deveriam ter a idade igual ou superior a 60 anos. Foram excluídos participantes com comprometimento motor que dificultasse a realização dos testes ou invalidasse os resultados e participantes que não pertenciam ao território da Unidade Básica de Saúde Campo Velho.

Para avaliação dos participantes selecionados, no primeiro momento foi apresentada a pesquisa de forma clara. O termo de consentimento livre e esclarecido foi lido junto com os participantes, o qual teve a opção de desistir da pesquisa em caso de não concordância com os procedimentos descritos.

Procedimentos de coleta de dados

Para a coleta de dados, no primeiro momento os participantes responderam um questionário de anamnese, o qual continha questões específicas para identificar o perfil do participante. A pressão arterial foi aferida como forma de segurança para a realização dos testes, seguindo de uma avaliação da estatura e da massa corporal. Após isso, foram realizados os testes indicadores de sarcopenia (Circunferência de perna, preensão manual e Timed Up and Go).

Com o participante sentado, foi realizada a circunferência da perna direita, utilizando uma fita métrica maleável. Com um aparelho dinamômetro manual, foi realizado o teste de preensão manual em 3 tentativas em cada braço (braço direito e braço esquerdo) com o participante em pé e braço estendido ao longo do corpo. O participante foi orientado a executar a maior força possível.

O teste de Timed Up and Go (TUG) finalizou as análises de indicadores de sarcopenia. No TUG, os idosos foram orientados a executar o teste de forma segura, contudo na maior velocidade possível. Inicialmente os idosos deveriam sentar-se em uma cadeira, o teste iniciou com o idoso levantando da cadeira e percorrendo uma distância de 3 metros, contornando um obstáculo, retornando a cadeira e sentando novamente, tendo o seu tempo cronometrado durante todo o percurso.

Por fim, dois testes de equilíbrio foram realizados. O primeiro utilizando a plataforma

de baropodometria, da marca Baroscan®, o procedimento consistia na permanência em pé sobre uma plataforma durante 30 segundos, no qual os participantes realizaram duas avaliações, uma com os olhos abertos (OA) e em sequência, com os olhos fechados (OF). A plataforma é plana e estável, não correndo nenhum risco de o participante desequilibrar ou sofrer algum tipo de queda. O software da baropodometria, coletou as informações da pressão aplicada sobre a plataforma em cada cm². Com estes dados, foi possível estimar a velocidade de oscilação do centro de pressão exercido pelos participantes, sob a plataforma. Foi realizado o teste de apoio unipodal, no qual o participante permanecia em equilíbrio com um pé durante o maior tempo possível até 30 segundos, com o cronômetro sendo interrompido no primeiro contato do pé oposto, com o chão.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

O software Jamovi versão 1.4 foi utilizado para as análises dos dados. Para análise da normalidade foi utilizado o teste *Kolmogorov-Smirnov*. Utilizou-se a estatística descritiva média e desvio padrão e frequência absoluta (n) e relativa (%). O teste t de Student para amostras independentes foi utilizado para comparar os indicadores de sarcopenia e equilíbrio entre homens e mulheres. O teste de Qui-quadrado foi aplicado para verificar a associação entre o nível de atividade física, as classificações de sarcopenia com o sexo. A correlação de Pearson foi adotada para verificar a relação entre os indicadores de sarcopenia e equilíbrio. O nível de significância para todas as análises foi de $P < 0,05$.

RESULTADOS

A amostra inicial era composta por 35 participantes, 28 do gênero feminino e 7 do gênero masculino. Uma idosa foi excluída da amostra devido às limitações funcionais. Portanto, a amostra final contou com 34 participantes idosos, sendo 27 mulheres, totalizando 79,41% da amostra e 7 homens 20,59%.

A Tabela 1 apresenta a idade e características morfológicas dos idosos. A média de idade das mulheres foi de 67,7 anos e a dos homens foi 71,3 anos. A média do índice de massa corporal (IMC), foi 27,52 m/kg² para as mulheres e 26,48 m/kg² para os homens.

Tabela 1 – Idade e características morfológicas dos idosos cadastrados na UBS em Guarapuava, 2022.

	Mulheres		Homens		P
	M	DP	M	DP	
Idade (anos)	67,7	7,1	71,3	8,0	0,252
Massa corporal (kg)	66,78	13,95	74,01	13,53	0,228
Estatura (cm)	155,56	6,18	166,57	10,15	0,001
IMC (m/kg ²)	27,52	5,09	26,48	2,55	0,607

Nota: P: Teste t independente; M: Média; DP: Desvio Padrão.

As informações da tabela 2 descrevem a vivência dos idosos em relação à prática de atividades físicas. Os dados foram divididos em não praticantes, praticantes que realizavam atividades físicas pelo menos 3 vezes na semana e praticantes que realizavam

atividades físicas de 4 a 7 vezes na semana. Sete mulheres (25,93%) afirmaram não praticar nenhuma atividade física, 16 mulheres (59,26%) praticavam 3 vezes na semana e 4 (14,81%) praticavam de 4 a 7 vezes na semana. Em relação aos homens, 1 (14,28%) reportou não praticar atividade física, 3 (42,86%) realizavam 3 vezes na semana e outros 3 (42,86%) de 4 a 7 vezes.

Tabela 2 – Prática de atividades físicas

	Mulheres		Homens		P
	n	%	n	%	
Não pratica	7	25,93%	1	14,28%	0,258
3 vezes na semana	16	59,26%	3	42,86%	
De 4 a 7 vezes na semana	4	14,81%	3	42,86%	

Nota: n: frequência absoluta; %: frequência relativa; p= teste de Qui-quadrado

Em relação às doenças reportadas pelos idosos, a tabela 3 mostra que a maioria dos avaliados apresentavam hipertensão arterial (40,75% das mulheres 57,14% dos homens). 3 participantes mulheres afirmaram possuir hipertensão/diabetes, 4 afirmaram ter hipertensão, diabetes e outras doenças. Entre os homens, 2 afirmaram possuir hipertensão/diabetes e apenas 1 reportou a ausência de doenças.

Tabela 3 – Doenças apresentadas pelos usuários.

	Mulheres		Homens		P
	n	%	n	%	
Diabetes	1	3,71	0	0,00	0,352
Hipertensão	11	40,75	4	57,14	
Hipertensão e Diabetes	3	11,11	2	28,57	
Hipertensão, Diabetes e mais outras doenças	4	14,81	0	0,00	
Outras doenças	4	14,81	0	0,00	
Sem doença	4	14,81	1	14,29	

A tabela 4 apresenta os resultados dos indicadores de sarcopenia. A média da circunferência de perna (CP) foi de 35,48 cm para as mulheres e 36,43 cm para os homens. Os homens são mais fortes que as mulheres, significativamente, na força de preensão manual do braço direito 25,41 kg de média nas mulheres e 36,21 kg de média para os homens ($p=0,001$) e braço esquerdo, a força de preensão manual, também teve diferenças significativas ($p<0,001$) 24,26 kg nas mulheres e 37,26 kg para os homens. O teste TUG, teve uma média de 8,05 segundos nas mulheres e 8,63 nos homens, sem diferenças estatísticas entre os sexos.

Tabela 4 – Resultados dos testes indicadores de sarcopenia.

	Mulheres		Homens		P
	Média	DP	Média	DP	
Circunferência Perna (cm)	35,48	4,37	36,43	4,8	0,619
Preensão manual BD (kg)	25,41	4,78	36,21	13,1	0,001
Preensão manual BE (kg)	24,26	4,33	37,29	12,83	0,000
TUG (seg)	8,05	1,5	8,63	1,88	0,393

Nota: P: Teste t independente; M: Média; DP: Desvio Padrão.

Em relação a CP, 8 mulheres (29,60%) obtiveram risco de sarcopenia (CP < 31 cm). Já os homens, apenas 2 (28,60%) foram classificados com risco. Em relação a preensão manual, o estudo indica valores < 27 kg como fator de risco de sarcopenia para homens e < 16 kg para as mulheres. A classificação foi utilizada com base na média das medidas de braço direito e esquerdo dos participantes avaliados. Apenas 3 (11,10%) mulheres, obtiveram valores inferiores a 16 kg, sendo classificadas com um risco de sarcopenia. Já os homens, 2 (28,60%) obtiveram valores inferiores a 27kg. No teste TUG, utilizando o valor de referência ≥ 20 segundos, 100% da amostra obteve valores inferiores e foram classificados como sem risco de sarcopenia.

Tabela 5 – Classificação dos resultados dos testes de indicadores de sarcopenia.

		Mulheres		Homens		P
		n	%	n	%	
Classificação CP	Risco de sarcopenia	8	29,60%	2	28,60%	0,956
	Sem risco	19	70,40%	5	71,40%	
Classificação PM	Risco de sarcopenia	3	11,10%	2	28,60%	0,245
	Sem risco	24	88,90%	5	71,40%	
Classificação TUG	Risco de sarcopenia	00	0,00%	0	0,00%	1,000
	Sem risco	27	100,00%	7	100,00%	

Nota: n: frequência absoluta; %: frequência relativa; p= teste de Qui-quadrado

A tabela 6, mostra os resultados obtidos pela plataforma de baropodometria: velocidades de oscilações anteroposterior, latero-lateral e o centro de pressão. Foram realizadas duas avaliações, sendo uma com o avaliado com os olhos abertos e em sequência, com os olhos fechados. Não houve diferenças significativas entre os gêneros.

Tabela 6 – Resultados dos testes de equilíbrio realizados na plataforma de baropodometria.

	Mulheres		Homens		P
	M	DP	M	DP	
OA OSC. VEL. OSC. LL (mm/s)	3,75	1,52	3,34	1,27	0,513
OA OSC. VEL. OSC. AP (mm/s)	4,21	1,63	3,57	1,44	0,477
OA CP ÁREA (A) (mm ²)	163,17	421,12	79,93	56,02	0,346
OF OSC. VEL. OSC. LL (mm/s)	6,58	3,42	5,26	1,98	0,326
OF OSC. VEL. OSC. AP (mm/s)	7,42	2,8	6,85	2,63	0,609
OF CP ÁREA (A) (mm ²)	373,04	461,68	296,48	286,28	0,329

Nota: P: Teste t independente; M: Média; DP: Desvio Padrão; AO: Olhos abertos; OF: Olhos fechados.

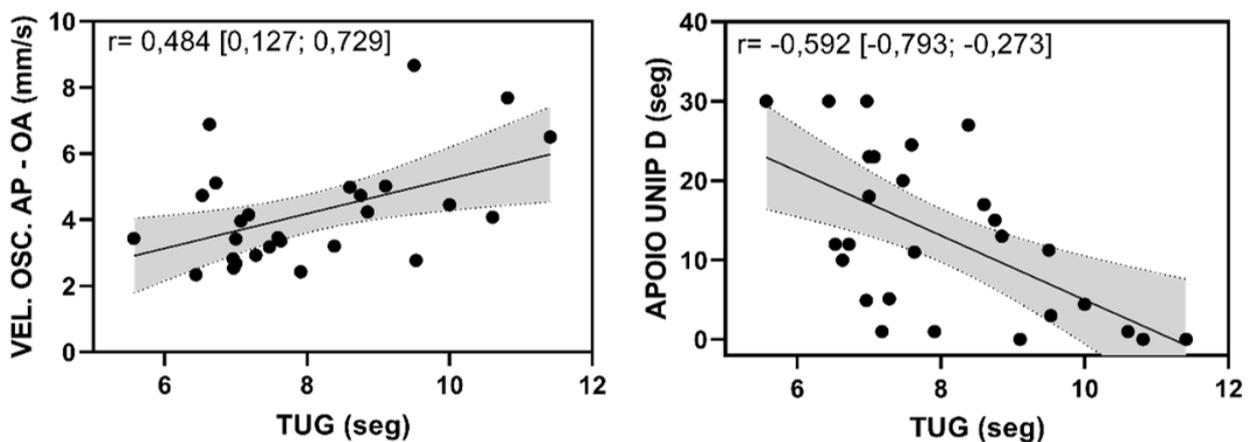
Quando correlacionados os indicadores de sarcopenia e teste de equilíbrio algumas associações ($r > 0,400$) foram observadas para as mulheres, mas não para os homens. A força de preensão manual (esquerdo) se relacionou negativamente com a área do centro de pressão ($r = -0,448$; $P < 0,05$) enquanto o TUG se relacionou negativamente com a velocidade de oscilação anteroposterior ($r = -0,484$; $p < 0,05$). O teste unipodal da perna direita se relacionou negativamente a nível moderado com o desempenho no teste TUG ($r = -0,592$; $P < 0,05$) indicando que ambos os desempenhos podem ser comprometidos simultaneamente (figura 1).

Tabela 7 – Correlação de Pearson entre indicadores de sarcopenia e testes de equilíbrio.

Sexo		Circunferência Perna (cm)	Preensão manual BD	Preensão manual BE	TUG (seg)	
F	OA	VEL. OSC. LL	-0,135	-0,393*	-0,311	0,219
		VEL. OSC. AP	-0,157	-0,399*	-0,288	0,484*
		ÁREA CP	-0,201	-0,385*	-0,448*	0,268
	OF	VEL. OSC. LL	-0,234	-0,07	-0,008	0,342
		VEL. OSC. AP	0,016	-0,057	-0,085	0,297
		ÁREA CP	-0,077	0,043	0,155	0,357
		APOIO UNIP. (D)	-0,353	-0,056	-0,063	-0,592**
		APOIO UNIP. (E)	-0,359	0,02	-0,055	-0,361
M	OA	VEL. OSC. LL	-0,095	-0,23	-0,433	-0,235
		VEL. OSC. AP	0,041	0,031	-0,202	-0,314
		ÁREA CP	-0,07	-0,234	-0,39	-0,393
	OF	VEL. OSC. LL	0,291	0,351	0,162	-0,401
		VEL. OSC. AP	0,312	0,379	0,185	-0,373
		ÁREA CP	0,237	0,218	0,074	-0,339
		APOIO UNIP. (D)	0,081	-0,137	-0,148	0,053
		APOIO UNIP. (E)	0,085	-0,222	-0,145	0,084

Tabela de correlação de Pearson (r). * $P < 0,05$; ** $P < 0,001$.

Figura 1 – Correlação entre TUG e velocidade de oscilação anteroposterior com o olho aberto e desempenho no teste de equilíbrio em mulheres.



DISCUSSÃO

No presente estudo foi observada correlação moderada entre indicadores de sarcopenia e desempenho de equilíbrio apenas em mulheres. Sabe-se que o envelhecimento atinge diretamente as fibras musculares de contração rápida, a qual atuam no controle postural, a redução dessas fibras possui relação direta com a perda de equilíbrio e consequentemente a instabilidade postural (SILVA; PEDRAZA; MENEZES, 2015). A diminuição da força muscular e da flexibilidade, acabam reduzindo a eficiência do aparelho locomotor, o que também pode estar atrelado com a instabilidade, principalmente durante a locomoção, a qual o idoso pode sofrer uma queda seguida de uma lesão (GÓMEZ-CABELLO, 2012). A ausência de resultado para os homens pode ser explicada pela baixa adesão dos homens à prática de atividade física nos grupos da UBS e consequentemente na presente coleta de dados. Esse fato, pode ser esclarecido devido aos homens terem mais dificuldades de adaptação e socialização, comparados ao público feminino, aliados a uma maior resistência para o envolvimento em atividades extra domésticas, na qual não atendem a seus anseios (MELO; LIMA, 2012).

A amostra apresentou um estado de sobrepeso, tendo uma média de IMC de 27,52 m/kg² para as mulheres e 26,48 m/kg², o que está totalmente relacionado com o processo de envelhecimento, causando uma redução na massa magra e um aumento significativo do percentual de gordura nessa população (DOS SANTOS, 2013). Este aumento significativo da gordura corporal e redução da massa magra, pode ocasionar comprometimento da mobilidade funcional do idoso e gerar limitações físicas e sua autonomia na realização de atividades diárias (DOS SANTOS, 2013).

Os idosos demonstraram grande adesão em relação a prática de atividades físicas, o que é de extrema importância no decorrer do envelhecimento. Vários estudos, demonstram os benefícios de um estilo de vida ativo em indivíduos idosos, como a preservação da massa óssea, melhora no equilíbrio e coordenação, redução de limitações funcionais e risco de quedas, gerando uma melhora na realização das atividades diárias e autonomia dos idosos (SILVA; SOARES, 2017; FIDELIS; PATRIZZI, 2013).

A grande parte dos idosos possuía algum tipo de doença crônica não transmissível (DCNT), a hipertensão e diabetes foram as mais presentes. No Brasil, as DCNT são consideradas um importante problema de saúde pública, sendo a população idosa, a mais suscetível ao acometimento, muitas vezes gerados por estilos de vida inadequado ao longo da vida (STERNÄNG, 2015). Boa parte dessas doenças, são consideradas como uma das principais causas de mortalidade mundial, além de causar um alto custo econômico para os sistemas de saúde (ALWAN, 2010).

A hipertensão arterial sistêmica foi a doença crônica mais presente na amostra. É definida por níveis da pressão sistólica maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica maior ou igual a 90 mmHg, sendo um fator multifatorial, que varia conforme a fatores genéticos, epigenéticos, ambientais e sociais (BARROSO, 2021). Estudos já indicam que a hipertensão e doenças cardiovasculares, são mais presentes nos idosos em comparação com indivíduos jovens (CHOBANIAN, *et al.* 2003; ROSANO, *et al.* 2013). A doença, possui relação direta com alterações funcionais e metabólicas dos órgãos (coração, encéfalo, rins

e vasos sanguíneos). Os hipertensos que estão habituados com a prática de atividade física regularmente, apresentam uma redução de 27 a 50% no risco de mortalidade devido a doença, esse fato deve ser considerado, devido boa parte da amostra da pesquisa, praticar atividades físicas regularmente (BARROSO, 2021).

Já a diabetes, segunda doença mais presente na amostra, é considerada pela alta taxa de glicemia na corrente sanguínea, causada pela falta, ou utilização inadequada do hormônio insulina. Assim como a hipertensão, a diabetes também acaba sendo uma doença de risco, principalmente para os indivíduos idosos, podendo causar complicações no coração, artérias, olhos, rins e acometimentos no sistema nervoso, isso é o que afirma a Sociedade Brasileira de Diabetes (2019). Indivíduos fisicamente ativos e que adotam uma alimentação saudável, acabam diminuindo os riscos que a doença pode causar. Estudos relataram os benefícios da atividade física elencados pelos efeitos de redução do nível glicêmico em usuários diabéticos (MCCARTHY, *et al.*, 2017; CAVERO-REDONDO, *et al.*, 2018).

A redução da glicose, durante a prática de atividade física, é especificada pelo aumento da captação de glicose pelas fibras musculares ativadas, mesmo na ausência ou deficiência na ação da insulina gerando um aumento da captação e metabolismo da glicose pelo músculo esquelético, reduzindo os níveis glicêmicos na corrente sanguínea do indivíduo (MCCARTHY, *et al.*, 2017).

A sarcopenia é definida como uma doença muscular, tendo como principal parâmetro a redução da força e quantidade muscular, acometendo o desempenho físico/funcional do indivíduo (CRUZ-JENTOFT, *et al.*, 2019). Além de causar limitações funcionais, risco de quedas, fraturas e redução da autonomia, a sarcopenia causa um alto custo financeiro tanto para o usuário quanto para os sistemas de saúde (ANTUNES *et al.*, 2017). Idosos hospitalizados com sarcopenia, possuem 5 vezes mais chances de terem custos hospitalares elevados, em comparação de hospitalizados sem sarcopenia (ANTUNES *et al.*, 2017).

No ano de 2010 e 2018, o Grupo de Trabalho Europeu sobre Sarcopenia em Pessoas Idosas (EWGSOP), definiu alguns critérios para identificação e atendimento a pessoas acometidas ou com riscos de sarcopenia, objetivando conscientizar os profissionais da área da saúde e elencar habilidades para prevenir, retardar e até mesmo reverter o processo de perda de massa muscular (CRUZ-JENTOFT, *et al.*, 2019). Visando isso, o grupo conceitua testes e ferramentas precisas para avaliar o desempenho muscular, e gerar um algoritmo atualizado para detecção de casos de sarcopenia (CRUZ-JENTOFT, *et al.*, 2019).

A força muscular, teste de sentar e levantar, quantidade muscular, ressonância magnética (RM), absorciometria de raios X de dupla energia (DXA), impedância bioelétrica (BIA) e a performance física, são algumas ferramentas e parâmetros utilizados para o diagnóstico da sarcopenia. Como a pesquisa foi realizada no contexto da atenção primária a saúde, a grande maioria dos equipamentos utilizados exigem um alto custeio e habilidades para o manuseio. Devido a isso, trabalhamos com parâmetros indicativos de sarcopenia, que pode ser identificado pelos testes de força muscular (preensão manual), performance física (*Timed-Up and Go*) e circunferência de perna, utilizando resultados e parâmetros de corte de acordo com a média de resultados dos idosos.

Uma força de preensão mais fraca, performance física mais lenta e menor circunferência de perna, estão associados a taxas de mortalidade significativamente maiores na população idosa, tendo relação associada ao declínio funcional, conforme avaliado por dificuldades autorrelatadas na realização de atividades da vida diária (COOPER, *et al.*, 2010; RUFF; PARKER, 1993).

A força de preensão manual, foi o único teste no qual tivemos diferença significativa entre os homens e mulheres. Os homens tiveram melhor desempenho, conseguindo valores superiores em comparação com as mulheres, esse fato já foi abordado em outros estudos (CETINUS, *et al.*, 2005; LANDI, *et al.*, 2014) Uma explicação para esse achado são as diferenças morfológicas dos gêneros, onde os homens apresentam uma maior quantidade de massa muscular em comparação com as mulheres, bem como uma maior área e diâmetro das fibras musculares (HAWARD; GRIFFIN, 2002).

Quando os idosos foram classificados de acordo com os resultados dos testes utilizando os pontos de corte do grupo EWGSOP, pode-se observar que foram poucos os idosos classificados com risco de sarcopenia. Uma possível explicação para esse achado é de que a maioria da amostra foi considerada ativa fisicamente. O exercício físico é um método totalmente aceito e recomendado para a prevenção e tratamento da sarcopenia (LANDI, *et al.*, 2014; XIE, *et al.*, 2020). O exercício pode melhorar os fatores relacionados com a funcionalidade física, como força de preensão manual, velocidade da marcha e capacidade de equilíbrio em idosos, sendo também, uma estratégia eficaz para a melhora da composição corporal (CADORE, *et al.*, 2014).

Com o envelhecimento, o corpo humano passa por declínios de capacidades físicas que podem afetar diretamente o equilíbrio estático do usuário idoso (CADORE, *et al.*, 2014). Esse declínio, pode favorecer os riscos de quedas e também limitar a sua independência funcional (CADORE, *et al.*, 2014). Partindo para a avaliação do equilíbrio estático optamos pela realização da baropodometria seguida do teste de apoio unipodal. A baropodometria permite uma análise de distribuição e medição da pressão plantar e oscilação corporal, exercidos sobre uma plataforma. As informações são coletadas e emitidas por meio de um software de computador, fornecendo dados quantitativos e qualitativos, possibilitando mensurar e analisar as variações ocorridas (BUENO *et al.*, 2018).

Diante desse contexto, a atenção primária a saúde, acaba sendo muito frequentada pela população idosa, a atenção primária a saúde é um modelo de cuidado que contribui para resolver a maioria dos problemas de saúde dos idosos, com objetivo de aumentar a longevidade no Brasil (CARTER; KANNUS; KHAN, 2001). Com esse aumento da população brasileira é evidente a importância da adoção de medidas relacionadas de prevenção e promoção de saúde. As adaptações promovidas pela prática regular de atividades físicas, contribuem para a manutenção, melhoria e redução do declínio funcional causado pelo processo do envelhecimento, além de contribuir para a estabilidade estática e dinâmica e diminuir os riscos de quedas nesta população (BUENO *et al.*, 2018; CARTER; KANNUS; KHAN, 2001).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados confirmaram que houve uma correlação moderada entre os indicadores de sarcopenia e equilíbrio apenas em mulheres. Esses dados acabam sendo limitados devido à baixa amostra da pesquisa, desta forma, recomendamos a elaboração de mais estudos relacionados ao tema.

Considerando o público presente dentro do contexto da atenção primária à saúde, o qual tem como maioria os idosos é importante a organização e colaboração da equipe com os cuidados necessários com esse público e a importância da participação social dos idosos em programas destinados a promoção da saúde e qualidade de vida, diminuindo assim os riscos e agravos do processo de sarcopenia.

REFERÊNCIAS

ALWAN, Ala *et al.* Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. **The Lancet**, v. 376, n. 9755, p. 1861-1868, 2010.

ANTUNES, Ana C. *et al.* Sarcopenia and hospitalisation costs in older adults: a cross-sectional study. **Nutrition & dietetics**, v. 74, n. 1, p. 46-50, 2017.

BARROSO, Weimar Kunz Sebba *et al.* Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial—2020. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 116, p. 516-658, 2021.

BRATIC, Ana *et al.* The role of mitochondria in aging. **The Journal of clinical investigation**, v. 123, n. 3, p. 951-957, 2013.

BUENO, Guilherme Augusto Santos *et al.* Relação da força muscular com equilíbrio estático em idosos—comparação entre pilates e multimodalidades. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 40, p. 435-441, 2018.

CADORE, Eduardo L. *et al.* Multicomponent exercises including muscle power training enhance muscle mass, power output, and functional outcomes in institutionalized frail nonagenarians. **Age**, v. 36, p. 773-785, 2014.

CARTER, Nick D.; KANNUS, Pekka; KHAN, Karim. Exercise in the prevention of falls in older people: a systematic literature review examining the rationale and the evidence. **Sports medicine**, v. 31, p. 427-438, 2001.

CAVERO-REDONDO, Iván *et al.* The effect of physical activity interventions on glycosylated haemoglobin (HbA 1c) in non-diabetic populations: a systematic review and meta-analysis. **Sports Medicine**, v. 48, p. 1151-1164, 2018.

CETINUS, Ercan *et al.* Hand grip strength in patients with type 2 diabetes mellitus. **Diabetes research and clinical practice**, v. 70, n. 3, p. 278-286, 2005.

CHOBANIAN, Aram V. *et al.* Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. **hypertension**, v. 42, n. 6, p. 1206-1252, 2003.

COOPER, Rachel *et al.* Objectively measured physical capability levels and mortality: systematic review and meta-analysis. **Bmj**, v. 341, 2010.

CRUZ-JENTOFT, Alfonso J. *et al.* Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. **Age and ageing**, v. 48, n. 1, p. 16-31, 2019.

CRUZ-JENTOFT, Alfonso J. *et al.* Writing Group for the European Working Group on Sarcopenia in Older People 2 (EWGSOP2), and the Extended Group for EWGSOP2. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. **Age Ageing**, v. 48, n. 1, p. 16-31, 2019.

CRUZ-JENTOFT, Alfonso J.; SAYER, Avan A. Sarcopenia. **The Lancet**, v. 393, n. 10191, p. 2636-2646, 2019.

DA COSTA, Lucas da Silva Vaz *et al.* Análise comparativa da qualidade de vida, equilíbrio e força muscular em idosos praticantes de exercício físico e sedentários. **Revista Eletrônica Faculdade Montes Belos**, v. 8, n. 3, 2016.

DOS SANTOS, Rodrigo Ribeiro *et al.* Obesity in the elderly. *Rev Med Minas Gerais*, v. 23, n. 1, p. 62-71, 2013.

FIDELIS, Luiza Teixeira; PATRIZZI, Lislei Jorge; WALSH, Isabel Aparecida Porcatti de. Influência da prática de exercícios físicos sobre a flexibilidade, força muscular manual e mobilidade funcional em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, p. 109-116, 2013.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção primária à saúde. In: **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2014. p. 493-545.

GÓMEZ-CABELLO, A. *et al.* Envejecimiento y composición corporal: la obesidad sarcopénica en España. **Nutrición hospitalaria**, v. 27, n. 1, p. 22-30, 2012.

HAWARD, Barbara M.; GRIFFIN, Michael J. Repeatability of grip strength and dexterity tests and the effects of age and gender. **International archives of occupational and environmental health**, v. 75, p. 111-119, 2002.

HEIKKINEN, R. **O papel da atividade física no envelhecimento saudável**, Florianópolis, UFSC, ed. 3, 2006 34 p.

LANDI, Francesco *et al.* Exercise as a remedy for sarcopenia. **Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care**, v. 17, n. 1, p. 25-31, 2014.

MCCARTHY, Matthew *et al.* Change in sedentary time, physical activity, bodyweight, and HbA1c in high-risk adults. **Medicine and science in sports and exercise**, v. 49, n. 6, p. 1120, 2017.

MELO, Laércio Almeida de; LIMA, Kenio Costa de. Fatores associados às multimorbidades mais frequentes em idosos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3879-3888, 2020.

MORIGUCH, Yukio. **Entendendo as síndromes geriátricas**. EDIPUCRS, 2013.

NICHOLSON, Vaughan P.; MCKEAN, Mark R.; BURKETT, Brendan J. Twelve weeks of BodyBalance® training improved balance and functional task performance in middle-aged and older adults. **Clinical interventions in aging**, p. 1895-1904, 2014.

OLIVEIRA, Elise Botteselle de *et al.* Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**. Rio de Janeiro. Vol. 8, n. 29 (out./dez. 2013), p. 264-273., 2013.

ROSANO, Caterina *et al.* Aortic pulse wave velocity predicts focal white matter hyperintensities in a biracial cohort of older adults. **Hypertension**, v. 61, n. 1, p. 160-165, 2013.

RUFF, Ronald M.; PARKER, Stephen B. Gender-and age-specific changes in motor speed and eye-hand coordination in adults: normative values for the Finger Tapping and Grooved Pegboard Tests. **Perceptual and motor skills**, v. 76, n. 3_suppl, p. 1219-1230, 1993.

SBGG -OMS divulga metas para 2019: desafios impactam a vida de idosos -Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro.

SILVA, Denise Aparecida Souza; SOARES, Ramon Repolês. Benefícios da atividade física em idosos: uma revisão bibliográfica. **ANAIS SIMPAC**, v. 8, n. 1, 2017.

SILVA, Nathalie de Almeida; PEDRAZA, Dixis Figueroa; MENEZES, Tarciana Nobre de. Physical performance and its association with anthropometric and body composition variables in the elderly. **Ciencia & saude coletiva**, v. 20, p. 3723-3732, 2015.

Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. São Paulo: Editora Clannad; 2019.

STARFIELD, Barbara *et al.* Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2006.

STERNÄNG, Ola *et al.* Factors associated with grip strength decline in older adults. **Age and ageing**, v. 44, n. 2, p. 269-274, 2015.

XIE, Wen-Qing *et al.* Possible sarcopenia: early screening and intervention-narrative review. **Annals of Palliative Medicine**, v. 9, n. 6, p. 4283293-4284293, 2020.

Organizadores

Bárbara Mendes Paz Chao

Graduada em Farmácia (2014) pela Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO) e Mestra em Ciências Farmacêuticas (2016) pela mesma instituição. Doutora em Desenvolvimento Comunitário pelo Programa de Pós Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário (UNICENTRO) (2019). Atua como professora colaboradora do Departamento de Farmácia da UNICENTRO e como docente no Centro Universitário Campo Real.

Catiuscie Cabreira da Silva Tortorella

Bacharel em Nutrição pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL-2010), Mestra em Nutrição pelo Programa de Pós-Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC-2012) e Doutora em Saúde da Criança e Adolescente pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Atua como docente colaboradora no curso de Nutrição da Universidade Estadual do Centro Oeste na cidade de Guarapuava/PR desde o ano de 2014. É Vice-coordenadora da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) da UNICENTRO e tutora de campo na Residência Multiprofissional em Atenção Básica com Ênfase em Saúde da Família.

Marciane Conti Zornita Bortolanza

Bacharel em Fisioterapia, pelo Centro Universitário Uniguairacá (2014), Mestra em Desenvolvimento Comunitário pelo Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em desenvolvimento comunitário(PPGDC) pela Universidade Estadual do Centro Oeste (UNICENTRO -2020) e Doutoranda no Programa de Pós Graduação em ciências farmacêuticas, pela Universidade Estadual do Centro Oeste (PPGCF 2023-2026), como bolsista CAPES. Atua como docente colaboradora no departamento de Fisioterapia da UNICENTRO e como tutora de área na

Residência Multiprofissional em Atenção Básica com Ênfase em Saúde da Família. Docente do departamento de Medicina do Centro Universitário Campo Real.

Timothy Gustavo Cavazzotto

Possui graduação em Educação Física pela Universidade Estadual do Centro-Oeste (2012), mestrado em Educação Física pela Universidade Estadual de Londrina (2015) e doutorado em Educação Física pela Universidade Estadual de Londrina (2019). Atualmente é professor colaborador do Departamento de Educação Física de Guarapuava-PR na Universidade Estadual do Centro-Oeste.

Vania Schmitt

Possui graduação em Nutrição pela Universidade Estadual Centro-Oeste (2011) e em Tecnologia em Gastronomia pela Faculdade Guairacá (2012). Mestre (2015) e Doutora (2023) pelo Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, da Universidade Estadual do Centro-Oeste (PPGDC - UNICENTRO). Atualmente é professora colaboradora do Departamento de Nutrição da Universidade Estadual do Centro-Oeste.

Autores

Alexandra Bittencourt Madureira

Possui graduação e Licenciatura Plena em Enfermagem. Especialização em Projetos Assistenciais e Mestrado em Enfermagem pela Fundação Universidade Federal do Rio Grande - FURG. Doutorado pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná-UFPR. Professora Adjunta B da Universidade Estadual do Centro-Oeste, UNICENTRO. Membro do Grupo de Pesquisa NEVU.

Bárbara Mendes Paz Chao

Graduada em Farmácia (2014) pela Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO) e Mestra em Ciências Farmacêuticas (2016) pela mesma instituição. Doutora em Desenvolvimento Comunitário pelo Programa de Pós Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário (UNICENTRO) (2019). Atua como professora colaboradora do Departamento de Farmácia da UNICENTRO e como docente no Centro Universitário Campo Real.

Bárbara Reno Oliveira

Discente de Nutrição pela Universidade Estadual do Centro Oeste (UNICENTRO), bolsista do Programa de Extensão Universitária na área de prevenção à obesidade infantil (financiamento pela Fundação Araucária).

Carolini Paulo do Nascimento Oliveira

Bacharel em Fisioterapia pela Universidade Estadual do Centro Oeste (UNICENTRO). Especialista em Saúde da Família pelo programa de Residência Multiprofissional com ênfase em saúde da família (PRSF/UNICENTRO). Pós- Graduada em Fisioterapia Neurofuncional pela FAVENI.

Catiuscie Cabreira da Silva Tortorella

Bacharel em Nutrição pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL-2010), Mestra em Nutrição pelo Programa de Pós-Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC-2012) e Doutora em Saúde da Criança e Adolescente pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Atua como docente colaboradora no curso de Nutrição da Universidade Estadual do Centro Oeste na cidade de Guarapuava/PR desde o ano de 2014. É Vice-coordenadora da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) da UNICENTRO e tutora de campo na Residência Multiprofissional em Atenção Básica com Ênfase em Saúde da Família.

Celine Aparecida Strujak

Discente de Nutrição pela Universidade Estadual do Centro Oeste (UNICENTRO).

Eduarda Ferreira da Silva

Discente de Nutrição pela Universidade Estadual do Centro Oeste (UNICENTRO), bolsista do projeto de extensão Núcleo de estudos, promoção e proteção do aleitamento materno (NUMAME).

Elaine Maria Rodrigues

Graduada em enfermagem pela Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO). Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde, atuando com pesquisas voltadas à saúde materno-infantil; epidemiologia. Foi monitora discente nas disciplinas de Saúde da Mulher e da Criança e Cuidados de Enfermagem para Pacientes em Situação Crítica. Participou do projeto de extensão de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento de

Crianças com Paralisia Cerebral. Interesse nas áreas de saúde coletiva, saúde materno infantil e saúde do adulto e idoso.

Elisabeth Nascimento Lira

Possui graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Escola de Enfermagem Wenceslau Braz (1984), e mestrado em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (2005). Atualmente é professor titular da Universidade Estadual do Centro-Oeste. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: Vigilância à Saúde (Sanitária, Epidemiológica e Ambiental), Moléstias Infecciosas, Administração em Enfermagem.

Fabiola Natel de Paula

Pós-Graduada em auditoria e gestão em saúde (Tuiuti). Enfermeira chefe da Unidade Básica de Saúde do Xarquinho II. Secretaria Municipal de Saúde de Guarapuava-PR. Bacharel em Enfermagem/Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG).

Gabriely Rotta Santos

Discente de Farmácia pela Universidade Estadual do Centro Oeste (UNICENTRO)

Giovana Frazon de Andrade

Fisioterapeuta pela Universidade Estadual de Londrina (2010). Pós-Doutoranda em Propriedade Intelectual e Transferência de Tecnologia para a Inovação (PROFNIT/FORTEC) (2022-atual). Doutora (2021) e Mestre (2018) em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Londrina.

Pós-Graduada em Fisioterapia em Terapia Intensiva (2022) e Fisioterapia Cardiorrespiratória (2014) pela Faculdade Inspirar. Docente no Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO) e na Residência Multiprofissional em Atenção Primária com Ênfase em Saúde da Família (PRMSF - UNICENTRO).

Glaucia Renee Hilgemberg

Graduada em Fisioterapia pela Universidade Tuiuti do Paraná (1999), Mestra em Ciências pela Universidade Tecnológica Federal do Paraná (2006).

Isabela Cieslack

Discente de Farmácia pela Universidade Estadual do Centro Oeste (UNICENTRO).

Isabella Sayuri

Discente de Farmácia pela Universidade Estadual do Centro Oeste (UNICENTRO).

Kariny Frari Cordeiro

Discente de Nutrição pela Universidade Estadual do Centro Oeste (UNICENTRO), bolsista do projeto de extensão na área de nutrição materno-infantil (financiamento-UNICENTRO).

Kawane de Souza Gonçalves

Bacharel em Educação Física pela Universidade Estadual do Centro Oeste (UNICENTRO). Especialista em Saúde da Família pelo programa de Residência Multiprofissional com ênfase em saúde da família (PRSF/UNICENTRO).

Kawane de Souza Gonçalves

Bacharel em Educação Física pela Universidade Estadual do Centro Oeste (UNICENTRO). Especialista em Saúde da Família pelo programa de Residência Multiprofissional com ênfase em saúde da família (PRSF/UNICENTRO).

Luane Aparecida do Amaral

Possui graduação em Nutrição pela Universidade Estadual do Centro-Oeste - UNICENTRO (2016). Mestre e Doutora em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, Faculdade de Medicina Dr. Hélio Mandetta (FAMED), Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS (2017-2022). Faz parte do grupo de Pesquisa em Nutrição Experimental (GEPENEX), Genética Toxicológica e Reprodutiva (UFMS), Grupo de pesquisa em ciências interdisciplinares relacionadas à saúde - GPCINTER (UNICENTRO) e Grupo de estudo e pesquisa em alimentação coletiva do Centro-Oeste do Paraná - GEPACCOP (UNICENTRO).

Maria Isabel Raimondo Madureira

Possui Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Centro-Oeste (2002), Especialização em Controle de Infecção Hospitalar pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (2004), Especialização em Gestão Educacional pela Universidade Estadual do Centro-Oeste (2004), Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná (2008), Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná (2013), Pós-doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná (2017).

Marciane Conti Zornita Bortolanza

Bacharel em Fisioterapia, pelo Centro Universitário Uniguairacá (2014), Mestra em Desenvolvimento

Comunitário pelo Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em desenvolvimento comunitário (PPGDC) pela Universidade Estadual do Centro Oeste (UNICENTRO -2020) e Doutoranda no Programa de Pós Graduação em ciências farmacêuticas, pela Universidade Estadual do Centro Oeste (PPGCF 2023-2026), como bolsista CAPES. Atua como docente colaboradora no departamento de Fisioterapia da UNICENTRO e como tutora de área na Residência Multiprofissional em Atenção Básica com Ênfase em Saúde da Família. Docente do departamento de Medicina do Centro Universitário Campo Real.

Maria Eduarda Holzer Duda

Bacharel em Nutrição pela Universidade Estadual do Centro Oeste (UNICENTRO). Especialista em Saúde da Família pelo programa de Residência Multiprofissional com ênfase em saúde da família (PRSF/UNICENTRO).

Mariana Lobregati Barreto

Graduada em Fisioterapia pelo Centro Universitário Uniguairacá. Especialista em Fisioterapia DermatoFuncional pela Uniguairacá. Especialista na área da Atenção Primária com ênfase em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO). Pós Graduada em Educação profissional e Docência em Ensino Superior pela (UNINÁ). Mestranda no Programa de Pós Graduação em Desenvolvimento Comunitário (PPGDC) - UNICENTRO Fisioterapeuta com experiência na área de dermato Funcional, e em educação no ensino profissionalizante.

Maria Lúcia Raimondo

Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPR. Graduada em Enfermagem pela Universidade do Vale do Itajaí (2001). Especialista em Saúde Coletiva; Formação de Docente para o Ensino Superior. Mestre em Enfermagem. Professora Adjunto da

Universidade Estadual do Centro-Oeste - UNICENTRO. Líder do Núcleo de Estudos em Violência Urbana e Saúde-NEVU. Membro do Grupo de Estudo Multiprofissional em Saúde do Adulto.

Marina Pilaski da Silva

Discente de Nutrição pela Universidade Estadual do Centro Oeste (UNICENTRO), atuou no Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde) e como monitora na disciplina de Higiene de Alimentos.

Meiriélly Furmann

Professora colaboradora no Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), Doutoranda no Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário da Universidade Estadual do Centro-Oeste (PPGDC-UNICENTRO) como bolsista da CAPES. Fisioterapeuta formada na Universidade Estadual do Centro-Oeste (2016). Mestre em Desenvolvimento Comunitário pelo Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar - UNICENTRO (2018).

Mônica Regina Seguro

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Centro Oeste (UNICENTRO/ (2019). Especialista em Atenção Primária com Ênfase em saúde da Família pela Unicentro (2021). Experiência na área de Atenção Básica no município de Pitanga PR (2021-2022).

Rodrigo Dorneles Tortorella

Possui graduação em Medicina Veterinária pela Universidade Federal de Brasília (UnB, 2007), especialização em Agronegócio pela Esalq (USP) em 2017, mestrado em Ciências Animais na área de Fisiopatologia

da Reprodução Animal pela UnB, 2010 e doutorado em Ciências Animais na área de Fisiopatologia da Reprodução Animal pela UnB, 2014. Tem experiência na área de Medicina Veterinária, com ênfase em Fisiopatologia da Reprodução Animal, atuando principalmente nos seguintes temas: conservação genética, fisiopatologia da reprodução e biotecnologia da reprodução animal, com especial atenção para clínica da reprodução bovina e ovina, inseminação artificial, tecnologia do sêmen e ultrassonografia. Atualmente é Coordenador da Pós-graduação em Reprodução de Bovino de Corte e Leite no Centro Universitário Campo Real e professor universitário no curso de Medicina Veterinária no Centro Universitário Campo Real (Guarapuava/PR) e Universidade Estadual do Centro Oeste.

Timothy Gustavo Cavazzotto

Possui graduação em Educação Física pela Universidade Estadual do Centro-Oeste (2012), mestrado em Educação Física pela Universidade Estadual de Londrina (2015) e doutorado em Educação Física pela Universidade Estadual de Londrina (2019). Atualmente é professor colaborador do Departamento de Educação Física de Guarapuava-PR na Universidade Estadual do Centro-Oeste.

Vania Schmitt

Possui graduação em Nutrição pela Universidade Estadual Centro-Oeste (2011) e em Tecnologia em Gastronomia pela Faculdade Guairacá (2012). Mestre (2015) e Doutora (2023) pelo Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, da Universidade Estadual do Centro-Oeste (PPGDC - UNICENTRO). Atualmente é professora colaboradora do Departamento de Nutrição da Universidade Estadual do Centro-Oeste.

Índice Remissivo

A

abordagem 11, 12, 13, 14, 15, 20, 24, 51, 52
alimentação saudável 12, 13, 25, 28, 52, 98
ambientais 22, 23
aspectos físicos 82, 83
aspectos sociais 82, 83, 87
atendimento nutricional 51, 54, 59
atividade física 23, 51, 79, 80, 88, 91, 93, 94, 97, 98,
101, 102
atividades sociais 82

B

bem-estar 50, 79, 81, 86, 87, 88

C

câncer 17, 18, 19, 20, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48,
49
câncer de mama 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49
cardiovasculares 50, 53, 57, 75
comportamentais 22
corpo humano 99
correlação 92, 93, 96, 97, 100

D

desenvolvimento 19, 22, 23, 25, 40, 41, 42, 45, 46, 53,
58, 72, 74, 75, 76, 80, 90
diabéticos 98
diagnóstico 17, 18, 19, 22, 24, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47,
48, 50, 51, 55, 57
doença 13, 17, 19, 22, 23, 30, 32, 40, 41, 43, 50, 51, 53,
56, 57, 58, 59, 60, 61
doença muscular 98
doença renal 75
doenças 11, 12, 13, 14, 22, 25, 26, 29, 40, 48, 50, 53, 57,
58, 59, 61, 71, 74, 75, 76, 81, 82, 83, 90, 94, 97
doenças cardiovasculares 50
doenças crônicas 14, 25, 26, 29

E

educação 24, 36, 43, 48, 50, 51, 53, 54, 58, 59, 60
enfermagem 12, 18, 24
envelhecimento 29, 57, 80, 85, 87, 90, 97, 99, 101
equilíbrio 10, 90, 91, 92, 93, 95, 96, 97, 99, 100, 101, 102
espaços públicos 79
estética corporal 81
estratégia 11, 12, 14, 15
estratégia prioritária 11
estratégias 13, 19, 20, 24, 50
estratégica 68
estratégicas 64, 65, 67, 68, 69, 72, 75
estratégico 40

F

farmacológico 18
fenômeno natural 90
ferramentas 19
fibras 91, 97, 98, 99

G

genéticos 22, 23
glicose 98

H

habilidades funcionais 29
hipertensão 14, 65, 67, 68, 75, 77, 94, 97, 98, 100

I

idosos 10, 90, 91, 92, 93, 94, 97, 98, 99, 100, 101, 102

L

liderança 20

M

multidisciplinar 12, 13, 14, 17, 19
músculo esquelético 90, 98

N

neoplasia 41, 46
neurológicas 90
nutricionista 13, 14, 16, 19

O

obesidade 14, 22, 23
oncologia 17, 18
oncológica 18, 41
oncológico 17, 18, 19, 20
oscilações 95

P

paciente 17, 18, 19, 20
pacientes oncológicos 19
pandemia 12, 13
planejamento nutricional 19
política pública 12
população 9, 90, 91, 97, 99
prática de exercícios físicos 81
práticas 17, 18
preconceitos 17
processo 18, 19, 20, 90, 97, 98, 99, 100
psicoemocionais 53
psicológicos 17

Q

questões políticas 42
quimioterapia 18, 19

R

renda familiar 23, 53, 55, 56, 58, 59

S

sarcopenia 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102

satisfação pessoal 81

saúde 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 54, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 65, 66, 67, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 90, 91, 92, 97, 98, 99, 100, 101, 102

saúde e produção 79

saúde mental 13, 82, 83

saúde metabólica 90

saúde pública 11, 17, 50, 65, 77, 78, 87, 88, 97

serviços 11, 13, 18, 20

sistema 5

sistema de saúde 24, 29

sistemas de saúde 97, 98

sociais 17, 22, 23, 24

socioeconômica 12

T

terapias 19, 41, 43

tratamento 13, 14, 17, 18, 19, 20

U

unidade básica de saúde 41, 90, 92



AYA EDITORA
2024

