

MARCIA BANDINI

Impacto de ações de promoção da saúde incluídas no
Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
de empresa do ramo alimentício

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Doutor em Ciências

Área de concentração: Patologia

Orientador: Prof. Dr. Mario Ferreira Junior

São Paulo

2006

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo

© reprodução autorizada pelo autor

Bandini, Marcia

Impacto de ações de promoção da saúde incluídas no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional de empresa do ramo alimentício / Marcia Bandini – São Paulo, 2006.

Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Patologia.
Área de concentração: Patologia.
Orientador: Mario Ferreira Junior

Descritores: 1. Promoção da saúde 2. Saúde do trabalhador
3. Aconselhamento 4. Motivação 5. Tabagismo 6. Atividade motora
7. Índice de massa corporal

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese à minha família:

*à minha mãe, Cleusa, que me ensinou o valor do estudo, da ética e do trabalho,
e a importância de viver com dignidade, lutando para fazer do mundo um lugar
melhor para nossos filhos;*

*aos meus filhos, Anna Carolina e Guilherme, que são a razão do meu viver e
dos quais me orgulho por serem pessoas tão íntegras e verdadeiras;*

*ao meu marido, Cecil, companheiro leal de todas as horas, pela compreensão,
paciência e apoio.*

Com amor, hoje e sempre.

Marcia

AGRADECIMENTOS

Este projeto foi concretizado à base de muita disciplina, determinação, perseverança, uma “pitada” de idealismo, e muito apoio de pessoas queridas. Agradeço a todos que, com pequenos ou grandes gestos, contribuíram para esta pesquisa, em especial:

- Vito Pedote Filho, amigo de sempre, por ter sido o primeiro a apoiar este projeto;
- Mario Ferreira Junior, orientador e amigo, que me fez uma pessoa melhor e a quem admiro como profissional e pessoa;
- Aos que compreenderam que a parceria entre a universidade e a empresa pode contribuir para uma sociedade melhor: Luiz Mauro Garcia, Judy Balint e Rob Donnelly;
- Profa. Flavia Landim, que me acolheu de braços abertos na Universidade Federal do Rio de Janeiro e me ensinou a ver através dos números;
- Prof. Bernardo Bedrikow, minha eterna referência, pela generosidade e apoio;
- Prof. René Mendes, por ser um exemplo a ser seguido em sua luta pela saúde do trabalhador;
- Vera Zaher, amiga querida, pelas palavras de incentivo.

A todos, minha admiração e meu carinho,

Marcia Bandini

LISTA DE SIGLAS

ABESO	Associação Brasileira de Obesidade
ABPS	Associação Brasileira de Promoção da Saúde
CELAFISCS	Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul
CPS	Centro de Promoção da Saúde
CTFPHC	Canadian Task Force on Preventive Health Care
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corpórea
INCA	Instituto Nacional do Câncer
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PCMSO	Programa Controle Médico de Saúde Ocupacional
PNCT	Política Nacional de Combate ao Tabagismo
POF	Pesquisa de Orçamento Familiar
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
USPSTF	United States Preventive Services Task Force

RESUMO

INTRODUÇÃO: Promoção da saúde no ambiente de trabalho é um tema de interesse crescente, em especial nas duas últimas décadas. **OBJETIVO:** Este estudo foi desenvolvido para medir o impacto das ações de promoção da saúde, entre trabalhadores de uma empresa do ramo alimentício, nos indicadores relacionados a tabagismo, atividade física, alimentação saudável, controle de peso e qualidade de vida em saúde, e estágios de mudança comportamental, durante um período de 12 meses. **INTERVENÇÃO:** As ações de promoção da saúde incluíram treinamento de médicos do trabalho nas estratégias de aconselhamento em promoção da saúde, supervisão e divulgação de material informativo. Duzentos e um trabalhadores foram divididos em dois grupos (A e B). O Grupo A fez exames periódicos com médicos do trabalho treinados e recebeu material informativo sobre promoção da saúde. O Grupo B fez seus exames com médicos do trabalho sem treinamento. Os trabalhadores responderam a um questionário no início e no final do estudo. **RESULTADOS:** não houve mudança dos indicadores objetivos relacionados à prática de atividade física, alimentação saudável e Índice de Massa Corpórea. Dados relacionados a tabagismo não puderam ser analisados estatisticamente devido ao pequeno tamanho das amostras. Houve progressão dos estágios de mudança comportamental no Grupo A ($p=0,008$) e no Grupo B ($p=0,001$) para o aumento da prática de atividade física; e no Grupo A ($p=0,001$) para melhora da alimentação visando o controle do peso. A empresa sofreu uma grande reorganização estrutural durante o período do estudo. **CONCLUSÕES:** Intervenções simples de promoção de saúde, incluídas no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, podem modificar os estágios de mudança comportamental, mas não foram observadas modificações nos indicadores objetivos pesquisados. Mudanças organizacionais podem ter influenciado os resultados deste estudo.

SUMMARY

INTRODUCTION: Health promotion in the workplace is a subject of growing interest, especially over the last two decades. **OBJECTIVE:** This study was developed to measure the impact of health promotion actions on indicators related to tobacco use, physical activity, healthy eating, weight control, quality of life and stages of behaviour change among workers of a food company, during a 12 months period. **INTERVENTION:** Health promotion actions included the training of occupational physicians in health promotion counselling strategies, supervision and the giving of informative material. Two hundred and one workers were split into two groups (A and B). Group A had periodic evaluations provided by trained occupational physicians and received informative material about health promotion. Group B had their periodic evaluations provided by occupational physicians without the training. All the workers answered a questionnaire at the beginning and the end of the study. **RESULTS:** There were no changes in the indicators related to the practice of physical activity, healthy eating or Body Mass Index. Data related to tobacco use could not be statistically analysed due to the small size of the samples. There was a progression in the stages of behaviour change in Group A ($p=0,008$) and Group B ($p=0,001$) in the increase of the practice of physical activity. The same was observed in Group A ($p=0,001$) in the improvement of the weight control focused diet. The company underwent a large structural reorganization during the study period. **CONCLUSIONS:** Simple health promotion interventions included in the Occupational Health Medical Control Program can modify the stages of change, but were not identified improvements in the researched indicators. Organizational changes could have influenced the results of this study.

SUMÁRIO

Lista de siglas	
Resumo	
Summary	
1. Introdução	
1.1. Perspectiva histórica da promoção da saúde no mundo	2
1.2. Promoção da saúde no Brasil	10
1.3. Promoção da saúde no ambiente de trabalho	13
1.4. Os principais fatores de risco para a saúde	16
1.5. Impactos financeiros	22
1.6. Estratégias de aconselhamento em promoção da saúde	28
1.7. O treinamento do médico em promoção da saúde	39
1.8. Saúde ocupacional e promoção da saúde	42
1.9. Objetivos deste estudo	45
2. Casuística e Métodos	
2.1. Local e população estudada	48
2.2. Estimativas para cálculo da amostra	50
2.3. Aspectos éticos	51
2.4. Instrumentos da pesquisa	52
2.5. Procedimento	56
2.6. Análise estatística	61

3. Resultados	
3.1. Monitoração das mudanças organizacionais	64
3.2. Adesão ao estudo	65
3.3. Perfil demográfico e indicadores relacionados à saúde	67
3.4. Perfil dos estágios de mudança comportamental	78
3.5. Perfil de qualidade de vida em saúde	86
4. DISCUSSÃO	
4.1. Adesão ao estudo	91
4.2. Perfil demográfico e indicadores relacionados à saúde	93
4.3. Perfil dos estágios de mudança comportamental	111
4.4. Perfil de qualidade de vida em saúde	116
4.5. Considerações finais	119
5. CONCLUSÕES.....	121
6. REFERÊNCIAS	123

LISTA DE FIGURAS

Quadro 1	Óbitos segundo causas e Regiões, em porcentagem, no Brasil, em 2004, na população adulta entre 20 e 64 anos.....	21
Figura 1	Modelo de relação entre Saúde, Produtividade e Lucro.....	26
Figura 2	Distribuição percentual de gênero, segundo os grupos, em 2003.....	67
Figura 3	Distribuição percentual de faixa etária, segundo os grupos, em 2003.....	68
Figura 4	Distribuição percentual de estado civil, segundo os grupos, em 2003.....	69
Figura 5	Distribuição percentual por escolaridade, segundo os grupos, em 2003.....	69
Figura 6	Distribuição percentual por faixa de renda, segundo os grupos, em 2003.....	70
Figura 7	Distribuição percentual por tempo de empresa, segundo os grupos, em 2003.....	71
Figura 8	Distribuição percentual de pessoas em relação ao tabagismo, segundo os grupos, em 2003.....	72
Figura 9	Distribuição percentual das pessoas conforme a prática de atividade física por 120 minutos semanais ou mais, segundo os grupos, em 2003.....	72
Figura 10	Distribuição percentual do Índice de Massa Corpórea, segundo os grupos, em 2003.....	73

Figura 11	Distribuição dos estágios de mudança comportamental, segundo modelo trans-teórico, entre os que praticam menos de 120 minutos de atividade física por semana, no Grupo A e no Grupo B, nos anos de 2003 e 2004.....	80
Figura 12	Distribuição dos estágios de mudança comportamental, segundo modelo trans-teórico, entre os que têm IMC maior ou igual a 25 Kg/m ² , no Grupo A e no Grupo B, nos anos de 2003 e 2004.....	81
Figura 13	Distribuição dos estágios de mudança comportamental, segundo modelo trans-teórico, em relação ao tabagismo, no Grupo A e no Grupo B, nos anos de 2003 e 2004.....	82
Figura 14	Distribuição dos domínios do SF-36, em 2003.....	86
Figura 15	Distribuição dos domínios do SF-36, em 2004.....	87
Figura 16	Modelo Conceitual aplicado à Promoção da Saúde, segundo Anderson et al. (2001).....	102

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Indivíduos aderentes ao estudo, em relação ao grupo definido pelo local de trabalho, nos anos de 2003 e 2004.....	66
Tabela 2	Testes comparativos de cada grupo (A e B) em relação às características demográficas, tabagismo, IMC e atividade física, em 2003.....	74
Tabela 3	Tabagistas e não tabagistas, segundo os grupos, em 2003 e 2004.....	75
Tabela 4	Tempo de atividade física por semana, segundo os grupos, em 2003 e 2004.....	75
Tabela 5	Classificação do IMC, segundo os grupos, em 2003 e 2004..	75
Tabela 6	Proporções de mudanças nos indicadores objetivos, segundo os grupos, entre 2003 e 2004.....	76
Tabela 7	Testes de regressão logística correlacionando variáveis demográficas e indicadores objetivos com o aumento do nível de atividade física entre 2003 e 2004	77
Tabela 8	Testes de regressão logística correlacionando variáveis demográficas e de indicadores objetivos com a diminuição do IMC entre 2003 e 2004.....	78
Tabela 9	Proporções de mudanças dos estágios de mudança comportamental, segundo os grupos, entre 2003 e 2004.....	83
Tabela 10	Testes de regressão logística correlacionando variáveis demográficas e estágios de mudança comportamental, em relação ao aumento de atividade física, entre 2003 e 2004.....	85

Tabela 11	Testes de regressão logística correlacionando variáveis demográficas e estágios de mudança comportamental, em relação à redução do IMC, entre 2003 e 2004.....	85
Tabela 12	Distribuição das médias dos domínios do SF-36, em ordem decrescente, segundo os grupos, em 2003.....	88
Tabela 13	Percepção de Qualidade de Vida em Saúde, em média, conforme os domínios do SF-36, segundo os grupos, nos anos de 2003 e 2004.....	89
Tabela 14	Elementos de suporte ambiental, proposto por O'Donnell (2005).....	105

1. INTRODUÇÃO

1.1. PERSPECTIVA HISTÓRICA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO MUNDO

Embora tenha ganhado força nos últimos vinte anos, Promoção da Saúde não é um tema novo. Já em 1920, Winslow ¹ tratou de definir o termo “promoção da saúde” em seu estudo sobre saúde pública. Para Winslow, “promoção da saúde é um esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorem as condições de saúde da população e programas educativos para que o indivíduo melhore sua saúde pessoal, assim como para o desenvolvimento de uma ‘maquinaria social’ que assegure a todos, os níveis de vida adequados para a manutenção e o melhoramento da saúde”.

Mas provavelmente Sigerist ², em 1940, foi um dos primeiros autores a se referir ao termo de modo estruturado, como sendo uma das quatro tarefas essenciais no exercício da medicina, que seriam: a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a recuperação dos doentes e a reabilitação. Segundo Sigerist, “a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso”.

No entanto, foram os autores Leavell & Clark ³ que se tornaram referência ao incorporar a promoção da saúde no seu modelo da história natural da doença, em 1965. Segundo os autores, existem três níveis de prevenção, com pelo menos cinco componentes nos quais se pode atuar, dependendo do grau de conhecimento da história da doença. Na prevenção primária, a ser trabalhada no período pré-patogênese, existem dois componentes, a promoção da saúde e a proteção específica. Na prevenção

secundária existem os componentes de diagnóstico e tratamento precoce da doença objetivando a limitação da incapacidade. E na prevenção terciária há o componente da reabilitação.

Em relação à prevenção primária, os autores descrevem as medidas adotadas para a promoção da saúde, com destaque para a educação e a motivação como elementos importantes para se atingir o objetivo de manutenção da saúde. Leavell & Clark afirmam que os procedimentos para promoção da saúde envolvem orientação nutricional, aconselhamento e educação em saúde, educação sexual, orientação sobre condição de moradia, trabalho e lazer. Também defendem que a orientação dada em avaliações de saúde periódicas e o aconselhamento médico para a saúde em qualquer oportunidade são igualmente componentes da promoção da saúde.

O modelo proposto por Leavell & Clark era especialmente focado no indivíduo, na família ou em pequenos grupos e comunidades. Tal modelo mostrou-se eficiente para muitas doenças, em particular as doenças infecto-contagiosas, que podem ser controladas por melhores medidas sanitárias. No entanto, segundo Buss ⁴, o modelo não se mostrou suficiente para dar conta de doenças crônicas não-transmissíveis, que demandam medidas preventivas coletivas, como o controle dos ambientes, incluindo o do trabalho, e sobre o estilo de vida.

A teoria sobre a importância do estilo de vida nas questões de saúde ganhou destaque na década de 1970, com os estudos sobre a morbimortalidade canadense. Em maio de 1974 é divulgado no Canadá o

documento “*A new perspective on the health of Canadians*”, também conhecido como *Informe Lalonde* ⁵ que era o Ministro da Saúde do Canadá naquela época. Esta foi a primeira vez que o termo “promoção da saúde” foi utilizado em um documento oficial e utilizado num contexto estratégico da gestão da saúde. O *Informe Lalonde* traz o conceito de “campo da saúde” que envolve quatro grandes componentes, a saber, biologia humana, ambiente, organização da assistência à saúde e estilo de vida.

Biologia humana inclui todos os fatores relacionados à saúde que são consequência da constituição genética do indivíduo. Ambiente inclui todos os fatores externos que se relacionam com a saúde, como por exemplo, a qualidade do ar, da água e dos alimentos, as epidemias, o trabalho; enfim, são fatores sobre os quais o indivíduo não tem ou tem pouco controle direto. A organização da assistência à saúde diz respeito à abrangência, quantidade e qualidade dos serviços de saúde prestados aos indivíduos e comunidades. Estilo de vida engloba o conjunto de decisões que o indivíduo toma em relação à sua saúde e sobre as quais exerce certo poder.

Na análise da morbi-mortalidade canadense entre adultos, o *Informe Lalonde* relacionou, àquela época, cerca de 17% da mortalidade canadense com a biologia humana; 20% com o ambiente; e 10% com a organização da assistência à saúde. No entanto, mais da metade (53%) da mortalidade estava relacionada com questões referentes ao estilo de vida. Estabeleceu-se a teoria de que ações destinadas a modificar o estilo de vida das pessoas teriam impacto sobre a morbi-mortalidade da população.

Com base nestes dados, foram propostas cinco estratégias para abordar as questões referentes ao campo da saúde: promoção da saúde, regulação, eficiência da assistência médica, pesquisa e fixação de objetivos. Em relação à promoção da saúde, cerca de vinte e três medidas foram relacionadas, dentre elas, a alimentação, o uso de tabaco, o uso de álcool e outras substâncias, a educação sexual.

Como consequência da publicação do *Informe Lalonde* e das ações por ele propostas, foi criada no Canadá a Diretoria de Promoção da Saúde no Ministério da Saúde, em 1978.

Quase simultaneamente, os Estados Unidos publicam um estudo em 1979, o "*Healthy People: the surgeon general's report on health promotion and disease prevention*", documento que seria a base para o desenvolvimento de um plano de metas para a área de saúde nos EUA, revisado a cada dez anos. Este plano, conhecido como *Healthy People* ⁶ conclama toda a sociedade, incluindo organizações governamentais e não-governamentais, a trabalhar em conjunto para atingirem metas relacionadas à saúde, incluindo a promoção da saúde. Dentre estas organizações, as empresas ocupam lugar de destaque pelo acesso direto aos trabalhadores.

No ano seguinte, em 1980, o Ministério da Saúde do Canadá e o Escritório da Organização Mundial da Saúde na Europa começaram a desenvolver um trabalho em cooperação para discutir conceitos e práticas em promoção da saúde. Esta parceria culminou com a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986, com a participação de trinta e oito países. Esta Conferência teve como

principal produção, a publicação da Carta de Ottawa, que no Brasil foi divulgada pelo Ministério da Saúde ⁷.

A Carta de Ottawa definiu Promoção da Saúde como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente”. O texto também traz as cinco principais áreas de atuação da Promoção da Saúde, a saber: (1) a elaboração e a implementação de políticas públicas saudáveis; (2) a criação de ambientes favoráveis à saúde; (3) o reforço da ação comunitária; (4) o desenvolvimento das habilidades pessoais; e a (5) reorientação do sistema de saúde.

Quando trata da criação de ambientes favoráveis à saúde, a Carta define que as ações devem “envolver o trabalho, o lazer, o lar, a escola e a própria cidade”. Em relação ao desenvolvimento de habilidades pessoais, a Carta determina que é imprescindível a “divulgação de informações sobre educação para a saúde no lar, na escola, no trabalho e em qualquer espaço coletivo”. Diz ainda, “mudar os modos de vida, de trabalho e de lazer, tem um significativo impacto sobre a saúde. A organização social do trabalho deveria contribuir para a constituição de uma sociedade mais saudável”.

Portanto, é a partir da segunda metade da década de oitenta que a promoção da saúde ganha as dimensões conhecidas na atualidade,

desencadeando várias ações de saúde pública e modificações significativas em diferentes ambientes, incluindo o do trabalho.

A II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde aconteceu em Adelaide, Austrália, em 1988. O tema central foi o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis. Na Declaração de Adelaide ⁸ foram estabelecidas quatro áreas prioritárias para a promoção da saúde, a saber, o apoio à saúde da mulher; a alimentação e a nutrição; o uso de tabaco e álcool; e a criação de ambientes favoráveis.

O trabalho volta a ser discutido na III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Sundsvall, Suécia, em 1991. Esta foi a primeira Conferência a discutir a interdependência entre saúde e o ambiente em todos os seus aspectos. A Declaração de Sundsvall ⁹ refere-se aos espaços nos quais as pessoas vivem, como a comunidade, o lar, seu trabalho e o lazer.

Desde então, a Promoção da Saúde tem conquistado importância crescente em todo o mundo, modificando ou melhorando sistemas já existentes. No Reino Unido, por exemplo, o *National Health Services* ¹⁰ estimula ações de promoção da saúde desde a década de 90. O programa *Our Healthier Nation* proposto pelo governo britânico suscitou discussões e pesquisas sobre a eficácia do aconselhamento médico dado aos pacientes, aprimorando as técnicas utilizadas pelos profissionais de saúde ¹¹.

Em 1998, acontece a IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Jakarta, que foi a primeira a ser realizada em um país em desenvolvimento, a Indonésia. Esta Conferência centrou suas discussões no

reforço da ação comunitária, ou no *empowerment*. A Declaração de Jakarta¹² destacou duas conclusões. A primeira é que os métodos baseados no emprego de combinações das cinco estratégias definidas na Carta de Ottawa são mais eficazes do que os centrados em apenas um campo. Segundo, que diversos cenários (cidades, comunidades locais, escolas, locais de trabalho) oferecem oportunidades práticas para a promoção da saúde. Em 2000, a V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde acontece no México.

A mais recente Conferência Internacional ocorreu em Bangkok, na Tailândia, em 2005. A Carta de Bangkok¹³ discute a Promoção da Saúde no mundo globalizado, e pretende atingir pessoas, grupos e organizações incluindo governos e políticos, sociedade civil, setor privado, organizações internacionais e a comunidade da saúde pública. Diz a Carta, “o setor privado assim como outros empregadores e o setor informal têm a responsabilidade de assegurar a saúde e a segurança no local de trabalho, e de promover a saúde e o bem estar de seus empregados, suas famílias e comunidades”.

Paralelamente às conferências internacionais, forças-tarefa foram organizadas em diferentes países com o objetivo de estimular a pesquisa sobre a promoção da saúde na prática clínica, organizar os dados encontrados e emitir recomendações. Não por acaso, a primeira força-tarefa foi organizada no Canadá, em 1976, com o apoio do Ministério da Saúde.

A *Canadian Task Force on Preventive Health Care - CTFPHC*¹⁴ desenvolveu uma metodologia para que suas recomendações fossem

emitidas com uma força ou peso diferenciado, a fim de facilitar o processo de decisão do indivíduo e do profissional de saúde. A principal característica da metodologia proposta é que a evidência científica deve preceder o consenso.

Assim, em 1979, foi publicada a primeira revisão científica da força-tarefa, englobando 78 condições clínicas diferentes e uma importante recomendação central: o *check-up* anual, ao qual as pessoas estavam habituadas, deveria ser substituído por “pacotes de proteção à saúde” planejados por idade, durante o curso de consultas médicas motivadas por outras razões. Desde então, a *Canadian Task Force on Preventive Health Care* já publicou nove atualizações e mantém suas recomendações *on line* em sua página na internet. Suas publicações são referências para os médicos canadenses e de outros países.

Nos anos 80, a metodologia proposta pelos canadenses foi adotada pela *United States Preventive Services Task Force – USPSTF*¹⁵, com poucas modificações. A USPSTF avalia os benefícios dos serviços prestados ao indivíduo, com base na idade, gênero e fatores de risco para a saúde, emitindo recomendações que devem ser incorporadas pelos serviços preventivos.

A USPSTF estabelece uma graduação de força em suas recomendações, de forma semelhante ao modelo proposto pela *Canadian Task Force*. Desde 2002, as recomendações têm força de evidência “A” (a força-tarefa recomenda fortemente), “B” (recomenda), “C” (não há

recomendação contra ou a favor), “D” (recomenda contra), ou “I” (evidência é insuficiente para recomendar contra ou a favor).

A primeira publicação da USPSTF foi o *Guide to Clinical Preventive Services*, em 1989; e a segunda edição foi publicada em 1996. Desde então, as recomendações estão disponíveis na internet e são utilizadas como fonte de referência no ensino de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde nos Estados Unidos.

Outros países no mundo também vêm adotando o modelo baseado em evidências da promoção da saúde na prática clínica, dentre eles o Brasil. A adoção de práticas reconhecidas internacionalmente ressalta a importância dos parâmetros científicos para que a prática clínica da promoção da saúde siga as mesmas regras, técnica e eticamente controladas, comuns a todas as outras especialidades e práticas médicas.

1.2. PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

A Declaração de Bogotá ¹⁶, em 1992, é considerado o documento de lançamento da Promoção da Saúde, na América Latina. Na carta, existem onze compromissos assumidos, dentre os quais o estímulo à pesquisa em promoção da saúde, para gerar ciência e tecnologia apropriada e disseminar o conhecimento resultante.

Segundo Buss (2000) ¹⁷, a década de 90 foi decisiva para a promoção da saúde no Brasil, com o lançamento do Programa dos Agentes

Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994 ¹⁸. O PSF é responsável pelas ações de atenção primária à saúde e atualmente atende quase 60 milhões de pessoas, através de 19.943 equipes atuando em 4.565 municípios do País (SUS, 2004) ¹⁹.

A adoção de políticas como a Política Nacional de Combate ao Tabagismo - PNCT, em 1989, e do acesso a tratamento para usuários de tabaco no SUS ²⁰, com o apoio do Instituto Nacional do Câncer - INCA ²¹, reduziram a prevalência de tabagismo no Brasil de cerca de 40% para cerca de 25% na última década ²².

Em 1999, o Ministério da Saúde do Brasil lançou a Revista de Promoção da Saúde, na qual em 2001 foi publicada uma experiência desenvolvida na Universidade de São Paulo ²³. O Centro de Promoção da Saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CPS-HCFMUSP) ²⁴, criado em 1999, foi o primeiro serviço destinado exclusivamente ao atendimento em promoção da saúde, na América Latina.

No CPS, o atendimento ocorre através de consultas agendadas que podem se estender por até doze meses, com procedimentos para rastreamento de doenças utilizando os preceitos da Medicina Baseada em Evidências; aconselhamento individual sobre estilo de vida; e intervenções em grupos, quando indicado a critério médico. Os grupos de aconselhamento contam com equipes multi-profissionais e têm como foco os seguintes temas: tabagismo, alimentação e controle de peso, atividade física, e gerenciamento de estresse. As consultas são feitas por estudantes

do quinto ano de Medicina e médicos residentes de primeiro ano, supervisionados por médicos assistentes treinados em promoção da saúde.

Em 2004, professores, alunos e ex-alunos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, e outros profissionais de saúde, que participam do CPS-HCFMUSP criaram a ABPS - Associação Brasileira de Promoção da Saúde, entidade sem fins lucrativos voltada à prestação de serviços, ensino e pesquisa em promoção da saúde ²⁵.

Outra iniciativa brasileira que merece ser citada como exemplo de parceria de sucesso entre a universidade e o governo foi a do Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul – CELAFISCS, que em 1996 lançou a proposta de as pessoas acumularem trinta minutos de atividade física por dia, programa que ficou conhecido como “Agita São Paulo” ²⁶. O programa teve repercussão nacional e internacional, sendo reconhecido pela Organização Mundial da Saúde em 2002, quando o “Agita Mundo” ²⁷ foi lançado no dia mundial da saúde, 7 de abril.

Recentemente, em 2005, o Ministério da Saúde ratificou a Política Nacional de Promoção da Saúde, em 7 de outubro de 2005 ²⁸, com um plano de ações específicas para o biênio 2006-2007, nas seguintes áreas:

- Divulgação e implementação da Política;
- Alimentação saudável;
- Prática corporal/atividade física;
- Prevenção e controle do tabagismo;

- Redução da morbi-mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas;
- Redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito;
- Prevenção da violência e estímulo à cultura da paz;
- Promoção do desenvolvimento sustentável.

Dentre as estratégias propostas para concretizar estas ações, o Ministério da Saúde propõe (1) a capacitação dos trabalhadores da saúde em conteúdos de promoção da saúde, incluindo profissionais de saúde ocupacional; (2) a articulação de parcerias para ações no ambiente de trabalho, em especial para a prática de atividade física; e (3) a proposição de ambientes de trabalho livres do tabaco.

1.3. PROMOÇÃO DA SAÚDE NO AMBIENTE DE TRABALHO

Como demonstrado anteriormente, a importância da promoção da saúde no ambiente de trabalho é citada em diversos contextos, por autores como Sigerist e Leavell & Clark, no *Informe Lalonde*, na Carta de Ottawa, dentre outros. Vários países dedicaram-se a desenvolver programas de promoção de saúde no ambiente de trabalho, mas provavelmente foi nos Estados Unidos que esta tendência se manifestou de forma mais marcante.

No início da década de oitenta, nos Estados Unidos, menos 5% das empresas com mais de cinquenta empregados possuíam programas de

promoção de saúde. Na década de noventa, este número passou de 80% e atualmente, ultrapassou 90% ²⁹. A promoção da saúde no ambiente de trabalho tem seu papel de destaque nas grandes empresas por vários motivos, como o impacto sobre a produtividade ^{30, 31}, a percepção de melhoria do clima organizacional ³² e a redução de custos médico-hospitalares ^{33, 34}.

Embora as doenças ocupacionais e os acidentes de trabalho ainda sejam alvo de grande preocupação, e assim o deve ser, o fato é que o trabalhador sofre principalmente as conseqüências de doenças crônicas e degenerativas. No Brasil, em 2002, 29.605 pessoas morreram na faixa etária mais produtiva (entre 20 a 49 anos) devido a doenças cardiovasculares, enquanto que, no mesmo período, 170 pessoas vieram a óbito decorrente de atividades relacionadas ao trabalho ³⁵. Segundo a Organização Mundial da Saúde, parte dessas mortes poderia ter sido evitada se fatores de risco como tabagismo, sedentarismo, sobrepeso e obesidade tivessem sido modificados a tempo; e doenças como a hipertensão, hipercolesterolemia e diabetes, diagnosticadas precocemente e devidamente controladas ³⁶.

Dentre as empresas que promovem saúde no trabalho, talvez a pioneira tenha sido a Johnson & Johnson, com seu programa LIVE FOR LIFE® ^{37, 38}, projetado em 1978, e focado em áreas como educação nutricional, controle de peso, atividade física, cessação do tabagismo, gerenciamento do estresse e controle da pressão arterial. Dados levantados quatro anos após o início do programa mostraram uma redução de 18% do absenteísmo ³⁹ e de 3% a 5% dos custos médico-hospitalares ⁴⁰.

Outra grande empresa que observou redução das despesas médico-hospitalares com seu programa de promoção da saúde foi a Chevron⁴¹, que desde 1998 mantém ações específicas como avaliações de saúde de seus trabalhadores, com seguimento de casos de maior risco, vacinação, capacitação para auto-cuidados com a saúde, gerenciamento de estresse, dentre outras⁴². A Chevron também investe em aconselhamento para mudança comportamental, incluindo a abordagem individual de seus líderes.

Nos Estados Unidos, o Citibank desenvolve ações desde 1994 para divulgação de informações referentes à promoção da saúde, que envolvem material impresso, aconselhamento personalizado por telefone e avaliação de saúde com seguimento dos casos com maior risco. A adesão ao programa é voluntária e os dados mostram que existe uma redução nos custos médico-hospitalares dos participantes em relação aos não participantes⁴³.

A GlaxoSmithKline⁴⁴ oferece aos seus empregados um programa de Saúde e Bem Estar, também de adesão voluntária, com intervenções nos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde. No nível primário, as ações de promoção da saúde envolvem atividade física, nutrição, recreação, cessação de tabagismo, controle de peso, educação em saúde e gerenciamento de estresse. O programa da GlaxoSmithKline foi premiado com o *American College of Occupational and Environmental Medicine Corporate Health Achievement Award*⁴⁵.

A Dow Química tem um programa de promoção de saúde corporativo desde 1985⁴⁶, onde o desenvolvimento de um ambiente e de uma cultura

saudáveis envolve todos os trabalhadores, e principalmente os líderes, que são tomados como modelos a serem seguidos, sendo responsáveis pela manutenção de um clima organizacional saudável. A Dow trabalha com o conceito de saúde total, incluindo ações nas dimensões física, intelectual, emocional, social e espiritual. No Brasil, o programa foi premiado em 1996 pela Associação Brasileira de Qualidade de Vida ⁴⁷.

Como iniciativa brasileira também podemos citar a empresa ABB – *Asea Brown Boveri* - que investe em promoção de saúde desde 1999, com foco em atividade física, educação nutricional, controle de peso, cessação do tabagismo e avaliação de risco cardiovascular através do Programa “Meu Querido Coração”. Segundo dados internos da companhia houve diminuição do número de indivíduos com risco cardiovascular alto de 2001 a 2003.

A Petrobrás é outra empresa que investe em promoção da saúde. Segundo dados divulgados pela empresa, em 10 anos, a Petrobrás reduziu em 50% a prevalência de tabagismo entre seus empregados e seu programa de promoção da saúde tem como foco a prevenção das doenças cardiovasculares ⁴⁸.

1.4. OS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO PARA A SAÚDE

A correlação de doenças com fatores de risco como obesidade e tabagismo está bem demonstrada na literatura mundial, bem como o papel da atividade física na redução da morbi-mortalidade.

Sobrepeso e obesidade aumentam substancialmente o risco de doenças como hipertensão arterial, hipercolesterolemia, diabetes tipo 2, doenças cardíacas e acidentes vasculares cerebrais, doenças da vesícula biliar, artrites, distúrbios do sono, problemas respiratórios, e certos tipos de câncer. Indivíduos obesos também podem sofrer de estigmatização social e baixa auto-estima. Nos Estados Unidos, estima-se que mais da metade da população é obesa ou tem sobrepeso ⁴⁹.

Na Inglaterra são registradas mais de 9.000 mortes prematuras por ano relacionadas com a obesidade. No Reino Unido os custos com obesidade são estimados em £3,3 - £3,7 bilhões por ano, e £6,6 a £7,4 bilhões por ano quando se consideram os custos com obesidade e sobrepeso. Dados do *National Audit Office (NAO)* mostram que a redução de 1 milhão de obesos no país levaria a uma redução de 15.000 pessoas com doenças coronarianas, 34.000 com diabetes tipo 2 e 99.000 pessoas não teriam hipertensão arterial ⁵⁰. A obesidade também está relacionada com 18 milhões de dias perdidos no trabalho e com 40.000 anos de vida perdidos.

No Brasil, o Ministério da Saúde estima que cerca de 38 milhões de brasileiros com mais de 20 anos estão acima do peso. Desse total, mais de 10 milhões são considerados obesos, de acordo com os padrões estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização para a Alimentação e Agricultura (FAO). Dados de 2003 da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) revelam que o excesso de peso afeta 41,1% dos homens e 40% das mulheres, sendo que, desse grupo, a obesidade atinge 8,9% dos homens e 13,1% das mulheres adultas ⁵¹. Estes

dados indicam que a situação no Brasil vem se agravando. Comparativamente, a Associação Brasileira de Obesidade (ABESO) ⁵² estimou em 30 milhões os brasileiros com obesidade e sobrepeso, em 1997.

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável em todo o mundo. A OMS estima que um terço da população mundial adulta, isto é, 1 bilhão e 200 milhões de pessoas sejam fumantes. Pesquisas comprovam que aproximadamente 47% de toda a população masculina e 12% da população feminina fumam, no mundo. Enquanto nos países em desenvolvimento os fumantes constituem 48% da população masculina e 7% da população feminina, nos países desenvolvidos a participação das mulheres mais do que triplica: 24% das mulheres têm o comportamento de fumar contra 42% dos homens.

O total de mortes devido ao uso do tabaco atingiu a cifra de 4,9 milhões de mortes anuais, o que corresponde a mais de 10 mil mortes por dia. Caso as atuais tendências de expansão do seu consumo sejam mantidas, esses números aumentarão para 10 milhões de mortes anuais por volta do ano 2030, sendo metade delas em indivíduos entre 35 e 69 anos, ainda em idade produtiva (OMS, 2003) ⁵³.

O tabagismo é o maior fator de risco para doenças cardíacas, acidentes vasculares cerebrais, câncer de pulmão e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Fumar durante a gestação está relacionado com um aumento de partos prematuros e diminuição do peso ao nascer, além da síndrome da morte súbita infantil. Nos Estados Unidos, estima-se que ocorram mais de 430.000 mortes relacionadas ao tabaco todo ano. No Reino

Unido, o tabagismo é responsável por 106.000 mortes por ano, sendo 86.500 apenas na Inglaterra. Apenas em custos médico-hospitalares diretos, o tabagismo é responsável por US\$ 50 bilhões de despesas por ano, nos Estados Unidos. Existem evidências de que o tabagismo passivo aumenta o risco de doenças cardíacas e de doenças pulmonares, especialmente asma e bronquite em crianças. Nos Estados Unidos, estima-se que 3.000 mortes por câncer de pulmão ao ano estão relacionadas ao tabagismo passivo.

Dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA) mostram que no Brasil existem cerca de 25 milhões de fumantes acima de 15 anos - 19% da população. Para alertar a população sobre a importância da prevenção e de parar de fumar, o Ministério da Saúde selecionou o tabagismo como tema da campanha “Pratique Saúde”, veiculada na mídia em 2005. A campanha teve por objetivo atingir toda a população, mas principalmente os jovens. Segundo levantamento feito em 2004/2005 pelo Instituto Nacional do Câncer – INCA ⁵⁴, em 15 capitais, na rede pública e privada de ensino há um índice elevado de experimentação do cigarro pelo público infanto-juvenil.

Ainda segundo o Instituto, estudos mostram que o tabagismo é responsável por 200.000 mortes por ano no Brasil (23 pessoas por hora); 25% das mortes causadas por doença coronariana, dentre elas angina e infarto do miocárdio; 85% das mortes causadas por bronquite e enfisema; 90% dos casos de câncer de pulmão (entre os 10% restantes, um terço é relacionado ao tabagismo passivo); 30% das mortes decorrentes de outros tipos de câncer (boca, laringe, faringe, esôfago, pâncreas, rins, bexiga e colo do útero); 25% das doenças vasculares, dentre elas o acidente vascular

cerebral. O tabagismo também é responsável por aneurismas, úlceras do aparelho digestivo, infecções respiratórias, trombose venosa, disfunção sexual masculina e complicações na gravidez.

Já a atividade física regular está relacionada com a diminuição da morbi-mortalidade. Estudos demonstram que a atividade física regular diminui o risco de morte por doenças cardíacas, reduz o risco de desenvolver diabetes e está associado com uma redução do risco de câncer de cólon. Atividade física regular ajuda a prevenir hipertensão arterial e a reduzi-la em pessoas que a tem em níveis elevados ⁵⁵.

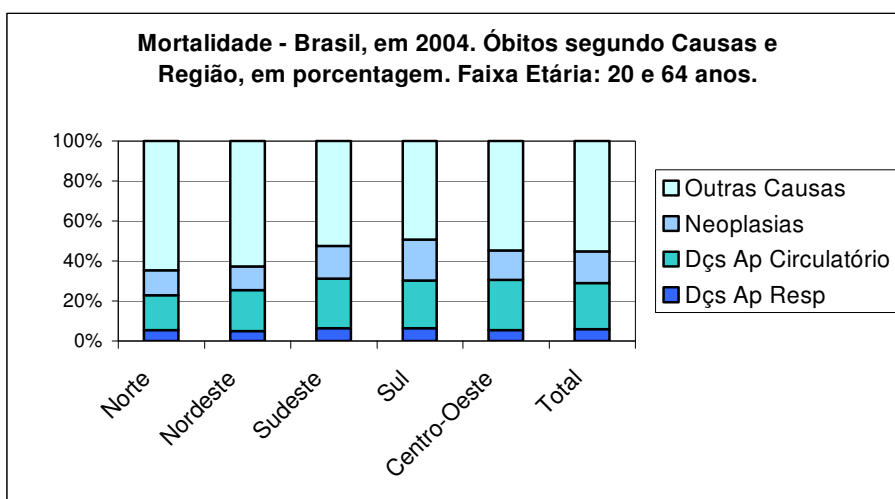
O *Department of Health*, no Reino Unido, incentiva a prática regular de atividade física baseado nos seguintes dados populacionais:

- 100.000 mortes por ano são causadas por doenças coronarianas;
- Cerca de 1,3 milhões de pessoas na Inglaterra foram diagnosticadas como diabéticas;
- A cada ano, cerca de 110.000 pessoas têm seu primeiro acidente vascular cerebral na Inglaterra e no País de Gales;
- 14.000 mortes acontecem devido a fraturas de quadril provocadas por osteoporose;
- 41% dos homens e 33% das mulheres têm hipertensão arterial.

No Brasil, dados do SUS mostram que as principais causas de morte são as doenças do aparelho circulatório (17,4% a 24,7%), as do aparelho respiratório (5,0 a 6,4%) e as neoplasias (12,0 a 20,5%), com taxas de mortalidade que variam de acordo com as regiões do país, mas

que respondem por quase metade dos óbitos na população adulta, conforme mostra o Quadro 1.

Quadro 1: Óbitos segundo causas e Regiões, em porcentagem, no Brasil, em 2004, na população adulta entre 20 e 64 anos.



Região	Dçs Ap Resp	Dçs Ap Circulatório	Neoplasias	Outras Causas
Norte	5,4 %	17,4 %	12,5 %	64,6 %
Nordeste	5,0 %	20,4 %	12,0 %	62,6 %
Sudeste	6,4 %	24,7 %	16,4 %	52,5 %
Sul	6,4 %	23,8 %	20,5 %	49,3 %
Centro-Oeste	5,3 %	25,3 %	14,7 %	54,7 %
Total	5,9 %	23,2 %	15,7 %	55,2 %

Fonte: Datasus, 2004.

1.5. IMPACTOS FINANCEIROS

1.5.1. Custos com saúde e Retorno Sobre Investimento (RSI)

Ao longo das duas últimas décadas, vários estudos dedicaram-se a demonstrar os impactos financeiros dos programas de promoção da saúde, em especial nos Estados Unidos, onde o sistema de saúde privado tem participação maciça nos serviços médico-hospitalares, e onde as despesas atingem cifras da esfera de 1 trilhão de dólares ao ano, mais do que qualquer outro país no mundo ⁵⁶. E a tendência é de que estes custos aumentem com as novas tecnologias e o envelhecimento da população. Nos Estados Unidos, o *US Department of Health and Human Services* tem um serviço específico para tratar das questões relacionadas à promoção de saúde e prevenção de doenças, o *Office of Disease Prevention and Health Promotion*, que criou, em 1979, um projeto denominado *Healthy People* ⁵⁷.

O *Healthy People* é um programa decenal, atualmente em sua versão 2010, que conclama o governo, empresas, organizações não-governamentais, enfim, toda a sociedade a atingir o objetivo de ter uma população mais saudável. O programa traz os impactos financeiros de diversos fatores de risco para a sociedade norte-americana. Estima-se, por exemplo, que a obesidade e o sobrepeso representem uma perda de US\$ 99 bilhões por ano entre custos médico-hospitalares e perda de produtividade, nos Estados Unidos (1995). Os custos médicos diretos com o tabagismo chegam a US\$ 50 bilhões por ano.

Nos últimos 20 anos a literatura sobre o assunto permitiu acumular dados para calcular o impacto do investimento em programas de promoção da saúde. Os benefícios em longo prazo são da ordem de US\$ 3 a US\$ 8 por cada dólar investido (retorno sobre investimento – RSI) ⁵⁸.

Um dos estudos mais citados na literatura sobre impactos financeiros é o *Health Enhancement Research Organization (HERO)* ⁵⁹, uma coorte com 45.026 trabalhadores de seis grandes empresas, que demonstrou associação entre fatores de risco para a saúde e custos médico-hospitalares mais elevados. O HERO estudou, em 1997, os seguintes fatores de risco para a saúde: sedentarismo, uso de álcool, alimentação, tabagismo, depressão, estresse, pressão arterial, colesterol, peso e glicemia. Segundo dados publicados em 2000 ⁶⁰, os fatores de risco estão relacionados com 25% das despesas médico-hospitalares. Estresse foi o fator que apresentou maior custo (7,9%), seguido de tabagismo (5,6% para ex-fumantes e 2,5% para fumantes atuais) e sobrepeso (3,3%).

Outro estudo, conhecido como *Health Partners Study* ⁶¹, acompanhou 5689 pessoas em Minnesota, através de seus seguros de saúde, em 1999. A análise concentrou-se em três fatores de risco, tabagismo, obesidade e ausência de atividade física e sua relação com os custos médico-hospitalares dos segurados. Os resultados do estudo mostraram que havia redução destes custos conforme aumentava a atividade física. Por outro lado, houve um aumento dos custos relacionados à elevação do IMC ao uso de tabaco.

A análise estatística mostrou que para cada dia de exercício aumentado durante a semana, os custos de saúde caíram com uma mediana de 4,7%. Em relação ao IMC, para cada unidade aumentada, os custos aumentaram com uma mediana de 1,9%. Finalmente, os custos médico-hospitalares de fumantes, quando comparados a não-fumantes, eram 18% maiores. Para ex-fumantes, esta diferença aumentava para 25%.

O estudo *Steelcase*⁶² foi conduzido pela Universidade de Michigan estudando dez variáveis como pressão arterial sistólica e diastólica, tabagismo, atividade física, uso de medicamentos ou drogas, absenteísmo por doença, uso de álcool, uso de cinto de segurança, nível de colesterol e peso corporal relativo. Os trabalhadores foram classificados como sendo de baixo risco se apresentassem dois ou menos fatores de risco; e eram classificados como alto risco se apresentasse três ou mais fatores de risco. A análise mostrou que, em relação aos custos médico-hospitalares, o custo individual apresentou uma redução de US\$ 129 por ano, em média, quando havia modificação de alto para baixo risco. No entanto, quando houve migração contrária, de baixo para alto risco, esta mudança significou um aumento de US\$ 734, em média, por indivíduo ao ano.

Alguns estudos experimentais ou quase-experimentais também procuraram demonstrar os impactos financeiros da promoção da saúde. O estudo *Dupont*⁶³ acompanhou mais de 40.000 trabalhadores durante a década de 80, distribuídos em 41 plantas onde houve a intervenção de um programa de promoção da saúde (29.315 trabalhadores) e 19 plantas que foram consideradas controle (14.573 trabalhadores). Os resultados

indicaram que houve uma redução dos dias de afastamento por doença no grupo intervenção em relação ao grupo controle, em uma taxa de 0,4 dia por empregado, durante um período de mais de dois anos, atingindo um ganho de 11.726 dias. O retorno sobre investimento (RSI) deste estudo foi de US\$ 1,42 para cada dólar investido.

Outro estudo foi conduzido pelo *Citibank Corporation* em parceria com a *Healthtrac Inc.*, em 1994 ⁶⁴. A intervenção consistiu de questionários de avaliação de saúde e programa educacional, incluindo material impresso, aconselhamento por telefone, cartas de seguimento e reportes individuais. Custos médico-hospitalares foram comparados entre 11.194 participantes do programa, contra 11.644 trabalhadores não aderentes ao programa. Os resultados indicaram um retorno sobre investimento de US\$ 4,73 por dólar investido.

Em 2001, Aldana ⁶⁵ revisou 14 diferentes estudos que avaliaram a relação custo-benefício de intervenções em promoção da saúde. Em média, o benefício foi de US\$ 3,72 em redução de custos com saúde e US\$ 5,06 em redução de custos com absenteísmo por dólar investido nos programas. Outra revisão conduzida por Goetzel et al ⁶⁶, em 1999, encontrou retornos de US\$ 3,14 por dólar investido (mediana) em programas de gerenciamento de saúde; US\$ 4,50 por dólar investido (mediana) em programas de gerenciamento sob demanda; e US\$ 8,88 por dólar investido (mediana) no gerenciamento de doenças.

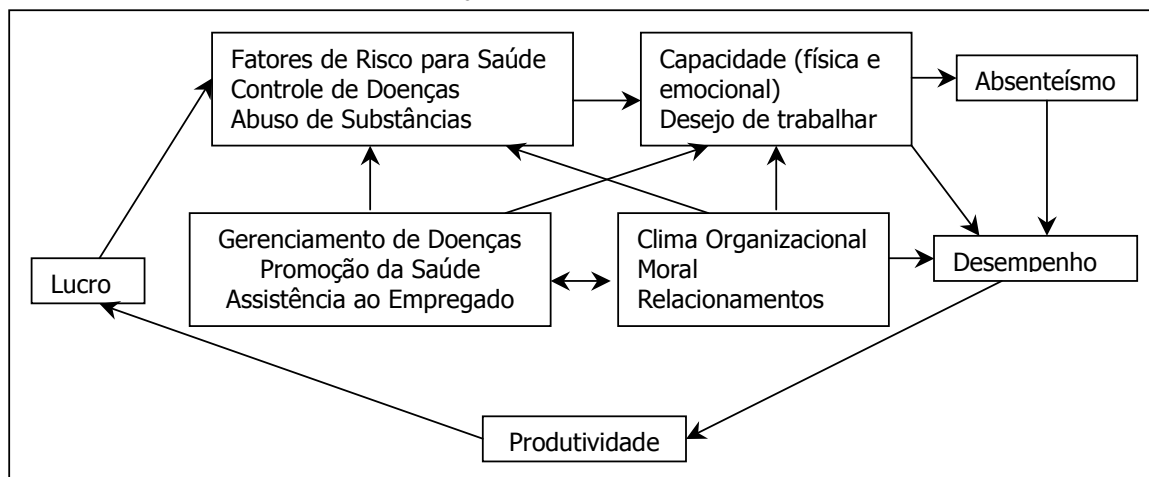
Existem também estudos que mostram uma associação entre diferentes fatores de risco para a saúde e seus respectivos impactos

financeiros. Em cinco estudos analisados por Aldana, a mais forte associação encontrada foi a de obesidade e custos aumentados. Já Pronk et al ^{67, 68} demonstraram que o sedentarismo está associado a custos mais elevados com a saúde.

1.5.2. Saúde e Produtividade

Muito se tem discutido sobre o impacto dos programas de promoção da saúde e a produtividade, sendo correto afirmar que existe relação entre uma força de trabalho saudável e produtividade. No entanto, é importante ressaltar que esta não é uma relação direta visto que os fatores que influenciam a produtividade tem interação complexa. O'Donnell ⁶⁹ discute o impacto da saúde na produtividade e no lucro, propondo um modelo de melhoria da produtividade (Figura 1).

Figura 1- Modelo de relação entre Saúde, Produtividade e Lucro.



Fonte: M. O'Donnell, American Journal of Health Promotion, 2000.

Em termos gerais, O'Donnell propõe que a melhora do desempenho das pessoas está diretamente relacionada à capacidade física e emocional para o trabalho, além do desejo de se trabalhar. Existe uma correlação direta entre alto desempenho, aumento de produtividade e aumento da lucratividade. Ao reduzir fatores de riscos para a saúde e gerenciar doenças que podem ser prevenidas, os programas de promoção da saúde têm um papel importante neste modelo. Programas de promoção da saúde também têm efeito positivo sobre o clima organizacional ⁷⁰ e isso pode aumentar a satisfação das pessoas com o trabalho e influenciar positivamente o desempenho pessoal.

Outro fator que afeta diretamente a produtividade é a taxa de absenteísmo. Em 2001, Aldana revisou 14 estudos sobre promoção da saúde e absenteísmo ⁷¹. Em 12 estudos, houve correlação entre os programas e a redução na taxa de absenteísmo. Golaszewski et al ⁷² acompanharam 36.000 trabalhadores participantes de um programa de promoção de saúde por 4 anos, e encontraram redução de 19% da taxa de absenteísmo.

Enfim, nas últimas décadas acumulou-se uma vasta literatura científica de qualidade que evidencia que a promoção da saúde não apenas traz resultados financeiros, mas ainda traz retornos para os programas bem estruturados e com pelo menos cinco anos de seguimento, na faixa de US\$ 3 a US\$ 8 por dólar investido.

No Brasil, não existem dados sobre os impactos financeiros de programas de promoção da saúde, exceto os gerados pelas próprias empresas.

1.6. ESTRATÉGIAS DE ACONSELHAMENTO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

O aconselhamento é parte fundamental das ações voltadas à promoção da saúde. Por isso, estudos dedicam-se a identificar quais as estratégias mais eficazes que podem ser utilizadas pelos profissionais de saúde, em diversos comportamentos ou hábitos. As mais importantes estratégias usadas para aconselhamentos individuais ou em grupo estão descritas nos itens a seguir.

1.6.1. Abordagem cognitiva comportamental

Este tipo de abordagem, comumente usada em saúde, é uma combinação das teorias da terapia comportamental, proposta por Skinner ⁷³ e da terapia cognitiva, proposta por Beck ⁷⁴.

Skinner trabalha com a teoria de que o comportamento é definido a partir de determinados estímulos, gerando reflexos condicionados. A partir deste condicionamento, existe o que Skinner denomina reforço, que pode

ser positivo ou negativo ⁷⁵. O reforço positivo pode ser usado como estímulo na obtenção de um novo comportamento. O reforço negativo pode ser utilizado como punição à manutenção de um comportamento que se deseja modificar.

O modelo proposto por Beck foi usado como base para a terapia cognitiva, também conhecida como terapia breve. Beck levanta a hipótese de que as emoções e comportamentos das pessoas são influenciados por sua percepção dos eventos. Ou seja, não é a situação por si só que determina o comportamento, mas o modo como as pessoas interpretam uma situação.

Beck trabalha com a idéia de crenças centrais, que são entendimentos tão fundamentais e profundos que as pessoas freqüentemente não os articulam. As crenças centrais influenciam o desenvolvimento de uma classe intermediária de crenças, que consiste em atitudes, regras e suposições. As crenças desencadeiam pensamentos automáticos que definem um determinado comportamento.

Um exemplo de como funcionam as crenças seria o de um indivíduo que acredita ser incompetente (crença central). A crença levaria a um pensamento do tipo “é horrível ser incompetente”; à elaboração de uma regra como “eu devo trabalhar o mais arduamente que puder, o tempo todo”; e a uma suposição como “se eu trabalhar o mais arduamente que puder, posso ser capaz de fazer algumas coisas que as outras pessoas fazem facilmente”.

O foco da terapia cognitiva é trabalhar com as chamadas crenças disfuncionais (“eu sou incompetente para deixar o cigarro”) que levam a pensamentos disfuncionais (“eu jamais vou me livrar do cigarro”) e comportamentos inadequados (continuar fumando); e as estratégias de como criar crenças funcionais (“eu posso deixar de fumar”) que podem ser desenvolvidas e aprendidas com a ajuda do terapeuta.

A partir da combinação destas teorias, a abordagem cognitiva-comportamental define uma série de estratégias que podem ser aplicadas à promoção da saúde, como as que serão descritas a seguir.

1.6.2. O Modelo Trans-teórico

Uma das abordagens de aconselhamento para mudança comportamental mais utilizadas em saúde é o chamado Modelo Trans-teórico, desenvolvido por James Prochaska e DiClemente, em 1982 ⁷⁶. O modelo foi preliminarmente testado com sucesso na abordagem de usuários de tabaco, sendo adotado pelo *U.S. Department of Health and Human Services* para desenvolver sua diretriz para a prática médica, intitulada *Treating Tobacco Use and Dependence* ⁷⁷. O modelo foi testado com outros fatores de risco para a saúde, como obesidade por O’Connell & Velicer ⁷⁸, em 1988; uso de álcool por DiClemente & Hughesd ⁷⁹, em 1990; e atividade física por Marcus, Rakowski & Rossi ⁸⁰, em 1992.

Em 1997, Prochaska & Velicer⁸¹ publicaram um artigo considerando a aplicabilidade do Modelo Trans-teórico em doze indicadores relacionados à saúde: tabagismo, uso de preservativos, uso de cocaína, exposição a radiação UV e uso de protetores solares, controle de peso, adesão a testes de exposição a radônio^{NA}, redução de alimentação gordurosa, atividade física, violência urbana, sexo seguro, adesão ao rastreamento por mamografia, adesão ao acompanhamento médico. O modelo mostrou-se viável.

O Modelo Trans-teórico foi desenvolvido a partir da análise de mais de 300 teorias de psicoterapia⁸². Ele se propõe a explicar, em uma dimensão temporal, quando e como os indivíduos mudam seu comportamento, bem como quais são os fatores que influenciam esta mudança. O modelo é sustentado em quatro pilares principais: os (a) estágios de mudança; (b) os processos de mudança; (c) o balanço decisório e a (d) auto-eficácia.

a) Estágios de Mudança

Prochaska e DiClemente propõem que os indivíduos mudam seus comportamentos progredindo através de cinco estágios principais: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção.

^{NA} : testes de exposição ao radônio são recomendados, devido à presença natural do gás em algumas regiões dos Estados Unidos, e sua associação com alguns tipos de cânceres.

Pré-contemplação é o estágio no qual as pessoas não têm a intenção de tomar uma ação em relação a determinado comportamento ou hábito, em curto prazo. Geralmente este prazo é medido como sendo nos próximos seis meses. As pessoas podem estar neste estágio porque elas estão desinformadas ou subinformadas a respeito das conseqüências de seus comportamentos. Ou porque elas tentaram mudar este comportamento um certo número de vezes sem sucesso; e tornaram-se descrentes a respeito de suas habilidades para tentar novamente.

Contemplação é o estágio no qual as pessoas têm a intenção de mudar nos próximos seis meses. Elas estão mais conscientes dos “prós” da mudança, mas também dos “contras”. Este balanço entre “prós e contras” pode produzir uma profunda ambivalência que leva o indivíduo a permanecer nesta fase por longos períodos de tempo.

Preparação é o estágio no qual as pessoas têm a intenção de tomar uma ação em um futuro imediato, geralmente no próximo mês. São indivíduos que já vêm fazendo alguma mudança significativa em relação ao comportamento que pretendem mudar, em geral no último ano. Alterações como, por exemplo, a redução do número de cigarros, ou iniciativas de praticar alguma atividade física. Comumente, neste estágio as pessoas têm algum plano de ação como consultar um médico, freqüentar um grupo de ajuda mútua, buscar material informativo.

Ação é o estágio no qual as pessoas têm feito modificações significativas em seus estilos de vida já há algum tempo, geralmente medido nos últimos seis meses. No modelo trans-teórico, este é apenas um dos

estágios. Isto porque a redução significativa do número de cigarros fumados pode reduzir o risco e isso ser caracterizado como “ação”, mas profissionais de saúde e cientistas concordam que a meta é a abstinência total. O mesmo exemplo pode ser dado com o controle de peso.

Manutenção é o estágio no qual as pessoas estão trabalhando para prevenir recaídas. Elas têm menos tentações às recaídas e mais segurança de que devem continuar com as mudanças. Este é um estágio onde a auto-eficácia aumenta gradativamente. Com base nos dados pesquisados, Prochaska estima que este estágio pode durar de seis meses a cinco anos. Por exemplo, dados do *1990 Surgeon General's Report*⁸³ mostram que 43% dos fumantes que mantiveram abstinência por 12 meses voltam a fumar. Após 5 anos, a taxa de recaída cai para 7%.

Recaída é uma forma de regressão para um estágio prévio. A maioria das pessoas retorna aos estágios de contemplação e preparação.

Finalmente, a Terminação seria um sexto estágio, onde a tentação de retomar um comportamento ou hábito não saudável é zero. Este é um estágio aplicável a alguns comportamentos, mas não a todos. Por exemplo, pode ser atingida por alguns tabagistas que deixaram de fumar há tempo suficiente para resistir às tentações, mas não é atingida por pessoas que adotaram a prática regular de atividade física e que precisam manter ativamente um novo hábito adotado.

b) Processos de Mudança

Processos de Mudança compreendem as ações e estratégias, conscientes ou não, que as pessoas usam para progredir através dos estágios. Prochaska & DiClemente ⁸⁴ descreveram dez processos de mudança:

Conscientização envolve o aumento da percepção e da consciência a respeito das causas, conseqüências e formas de modificar um determinado comportamento ou hábito. Intervenções que podem aumentar a conscientização são educação, *feedback*, confrontação, interpretação, material informativo, campanhas na mídia.

Catarse produz um aumento da experiência emocional e da percepção de alívio que existe quando o indivíduo toma a atitude correta. Este efeito pode ser conseguido através de psicodramas, teatralização, depoimentos testemunhais ou campanhas de mídia que provoquem emoções nas pessoas.

Auto-avaliação é uma combinação das esferas cognitiva e afetiva. Trata-se do exercício de um indivíduo trabalhar sua imagem com e sem determinado comportamento ou hábito. Clarificação de valores, modelos de referências saudáveis, técnicas lúdicas podem motivar as pessoas a esta avaliação.

Avaliação Social e Ambiental também combina avaliações cognitivas e afetivas de como a presença ou a ausência de determinado comportamento ou hábito afeta a vida social do indivíduo, como, por exemplo, o hábito de fumar afeta a família, os amigos. Documentários,

campanhas de mídia e intervenções familiares podem levar a esta avaliação. Um bom exemplo é uma campanha veiculada na Califórnia, onde um homem enlutado dizia “Eu sempre me preocupei com o fato do meu cigarro causar câncer. Eu sempre tive medo que o cigarro pudesse me matar antes do tempo. Mas eu nunca imaginei que isso fosse acontecer com minha esposa”.

Auto-liberação combina a crença na possibilidade da mudança e o comprometimento de agir neste sentido. Resoluções de Ano Novo, compromissos assumidos publicamente e escolhas múltiplas podem aumentar a capacidade de auto-liberação. Por exemplo, a possibilidade de deixar de fumar através da combinação de várias estratégias (reposição de nicotina, parada abrupta, redução dos teores de nicotina).

Liberação Social requer um aumento das oportunidades sociais ou alternativas para pessoas que estão relativamente oprimidas ou fragilizadas. Procedimentos de empoderamento, de defesa e políticas adequadas podem melhorar as oportunidades para alguns, como homossexuais ou pessoas empobrecidas. Alguns exemplos de iniciativas: acesso livre a preservativos e contraceptivos, melhoria das merendas escolares, etc.

Contra-condicionamento envolve o aprendizado de um comportamento saudável para substituir um comportamento prévio, não saudável. Por exemplo, o aprendizado de gerenciamento de estresse, o uso de adesivos de nicotina como substituto do cigarro, o consumo de alimentos com baixo teor de gordura.

Controle de Estímulos significa a remoção de gatilhos para hábitos não saudáveis e adição de estímulos para hábitos saudáveis. Evitar ambientes de risco e freqüentar grupos de ajuda mútua podem ajudar a prevenir recaídas.

Reforço funciona como um planejamento de conseqüências, incluindo reforços negativos, no caso de recaídas, e positivos no caso de alcance de metas. Aparentemente os reforços positivos são mais eficientes do que os negativos.

Apoio social é uma combinação de cuidado, confiança, sinceridade e aceitação como um círculo de apoio à mudança de comportamento. Telefonemas de amigos ou terapeutas, grupo de ajuda mútua podem ajudar neste processo.

c) Balanço Decisório

O balanço decisório reflete o peso relativo que cada indivíduo dá aos “prós e contras” de uma determinada mudança. Prochaska & Velicer ⁸⁵ estudaram o balanço decisório em 12 indicadores relacionados à saúde: tabagismo, uso de preservativos, uso de cocaína, exposição à radiação UV e uso de protetores solares, controle de peso, adesão a testes de exposição ao radônio, redução de alimentação gordurosa, atividade física, violência urbana, sexo seguro, adesão ao rastreamento por mamografia, adesão ao acompanhamento médico. Eles demonstraram que “prós” das mudanças

eram menores em todos os estudos no estágio de pré-contemplação, e vão crescendo na contemplação. Os “contras” da mudança são menores na ação do que na contemplação.

d) Auto-eficácia

Em meados dos anos 80, Bandura ⁸⁶ propôs a teoria de que a percepção pessoal de confiança a respeito das habilidades de modificar comportamentos e hábitos está relacionada ao sucesso de realmente modificá-los. De fato, Marcus & Owen ⁸⁷ demonstraram que existe uma correlação linear entre a percepção de auto-eficácia e a progressão entre os estágios de pré-contemplação à manutenção.

1.6.3. O Modelo PAAPA

O modelo PAAPA (Pergunte, Avalie, Aconselhe, Prepare, Acompanhe), recomendado pelo Instituto Nacional do Câncer – INCA, em 2001, para abordagem e tratamento do fumante ^{88, 89}, é baseado no modelo 5A (*Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange*) usado por Fiore et al ⁹⁰. O modelo aplica-se aos profissionais de saúde, em especial médicos, que se propõem a tratar pacientes que queiram deixar de fumar. Basicamente as recomendações são as que seguem.

Pergunte a todo paciente se ele fuma, em qualquer ocasião.

Avalie sua história através das seguintes perguntas:

- a) “Você fuma?” (ou “Você continua fumando?”)
- b) “Há quanto tempo?” ou “Com que idade começou?”
- c) “Quantos cigarros por dia você fuma em média?”
- d) “Quanto tempo após acordar você fuma o seu primeiro cigarro?”
- e) “Você está interessado em parar de fumar?”
- f) “Você já tentou parar de fumar antes?” Caso afirmativo, “O que aconteceu?”

Aconselhe todos os pacientes a deixarem de fumar. O aconselhamento deve ser claro (“Eu penso que é importante que você deixe de fumar agora e eu posso ajudá-lo com isso”), forte (“Como seu médico, eu preciso dizer a você que parar de fumar é a coisa mais importante que você pode fazer para proteger sua saúde agora e no futuro”) e personalizado.

Prepare todos os pacientes que desejam parar de fumar. Ajude-o marcando uma data imediatamente ou criando um plano de ação em conjunto com o paciente para obter sucesso. Forneça material de auto-ajuda, certifique-se de que ele está bem informado, agende retornos para dar o apoio necessário, terapêutico ou medicamentoso.

Acompanhe todos os pacientes que pararam de fumar, especialmente nas duas primeiras semanas. Depois acompanhe mensalmente até completar 3 meses sem fumar. Os reforços positivos, parabenizando-os pelas conquistas, são importantes para manter a motivação. Acompanhe em seis meses e um ano. Ofereça suporte para lidar com tentações para possíveis recaídas.

Por correlação, o modelo PAAPA também pode ser aplicado a outros comportamentos e hábitos que se pretende mudar.

No Centro de Promoção de Saúde (CPS) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o modelo foi adaptado e proposto como PANPA (Pergunte, Aconselhe, Negocie, Prepare e Acompanhe). A fase de negociação entre o paciente e o profissional de saúde é considerada fundamental para a mudança comportamental, segundo as experiências do CPS.

1.7. O TREINAMENTO DO MÉDICO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

Ao longo das últimas décadas, acumulam-se evidências sobre o efeito positivo do aconselhamento médico na saúde da população. Evolução nos estágios de mudança, com progressão significativa tem sido demonstrada, bem como a confiança dos pacientes em relação às recomendações recebidas de seus médicos ⁹¹. Um ensaio controlado randomizado

conduzido com 915 pacientes, nos Estados Unidos, mostrou que os pacientes que receberam aconselhamento médico apresentaram maior chance de tentativas para parar de fumar, de cessação do tabagismo nas 24 horas subseqüentes ao aconselhamento; de mudanças na dieta e de praticar atividade física ⁹².

No entanto, estudos mostram que, na prática, apenas uma minoria dos pacientes recebem aconselhamento para mudar seu estilo de vida. Nos EUA, por exemplo, pesquisa conduzida entre 1818 pacientes, em 2001, demonstrou que apenas 28% deles tinham recebido algum tipo de orientação médica para iniciar atividade física ⁹³. Em geral, os pacientes que recebem maior atenção dos médicos são aqueles com alto risco para a saúde ou que já apresentam algum tipo de sintoma ⁹⁴.

Vários motivos têm sido associados a esta baixa adesão dos médicos ao aconselhamento sobre mudanças no estilo de vida, como falta de tempo ou de material adequado para reforçar as recomendações. Todavia, a percepção dos médicos sobre sua competência para aconselhar os pacientes tem se mostrado um dos mais importantes fatores. Twardella e Brenner ⁹⁵conduziram um estudo sobre a intervenção para a cessação do tabagismo, entre 657 médicos na Alemanha, em 2005. A maioria dos médicos (54%) não tinha sequer mencionado a necessidade de parar de fumar para seus pacientes tabagistas, nos últimos três meses. O fator com maior força de associação com a ausência de aconselhamento, segundo os médicos, foi a falta de treinamento, com OR 2,70 (IC = 1,68 – 4,32).

Estudos mostram que o treinamento melhora a eficácia ou a percepção de auto-eficácia dos médicos no que se refere ao aconselhamento em promoção da saúde. Um estudo prospectivo ⁹⁶ conduzido com 48 médicos residentes, nos Estados Unidos, em 1999, mostrou que a educação dos médicos melhora sua eficácia na prescrição de exercícios e na persuasão de pacientes para que estes pratiquem atividade física, em comparação a médicos não treinados.

Médicos treinados têm uma tendência a incorporar o aconselhamento em promoção da saúde em suas consultas de rotina. Estudo conduzido pela Universidade de Stanford ⁹⁷, em 2000, mostrou que os 44 médicos que aderiram voluntariamente ao *ACT (Activity Counseling Trial)*, um treinamento específico sobre aconselhamento para atividade física, reproduziram as técnicas aprendidas em suas consultas de rotina. Noventa e nove por cento de seus pacientes referiram ter recebido aconselhamento específico de seus médicos.

Dados como os referidos reforçam a necessidade de incentivar o treinamento em promoção da saúde na graduação e pós-graduação do ensino médico ⁹⁸.

1.8. SAÚDE OCUPACIONAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE

1.8.1. O Médico do Trabalho e a Promoção da Saúde

O impacto das chamadas “doenças comuns” sobre a saúde do trabalhador brasileiro já foi discutido por Mendes, em 1988. Segundo dados levantados pelo autor, 20% das aposentadorias por invalidez eram relacionadas à hipertensão arterial, enquanto 14,7% eram relacionados aos transtornos mentais ⁹⁹. Em relação à mortalidade do trabalhador brasileiro, Mendes identificou que em 25% dos casos era relacionada a doenças cardiovasculares ¹⁰⁰.

Dados como estes levaram a uma discussão sobre o papel do médico do trabalho. Segundo Mendes & Dias ¹⁰¹, devido ao deslocamento do perfil de morbidade do trabalhador, a saúde ocupacional deveria passar a ser mais focada na promoção da saúde, cuja estratégia principal seria, através de um processo de educação, contribuir para a modificação do comportamento das pessoas e seu estilo de vida.

Dias et. al. ¹⁰² definem a medicina do trabalho como uma especialidade que visa não somente à prevenção de acidentes e doenças do trabalho, mas também à promoção da saúde e qualidade de vida; e propõem as competências requeridas para a formação do médico do trabalho. Dentre elas, saber desenvolver ações de promoção da saúde. Estas recomendações estão alinhadas com as competências requeridas pelo *American College of Occupational and Environmental Medicine* ¹⁰³, nos

Estados Unidos e com recomendações feitas pelo *Delphi Study*¹⁰⁴ para a Europa.

No entanto, embora a promoção da saúde cresça em importância, o grau de capacitação real dos médicos do trabalho para desenvolver ações nesta área não é satisfatório. Em 2005, Reetoo et. al.¹⁰⁵ referem que conhecimento nas áreas de legislação, avaliação de riscos e de aptidão ainda são áreas prioritárias de competência entre os médicos do trabalho do Reino Unido, embora 92% dos médicos refiram que treinamentos em promoção da saúde são importantes. No Brasil, a promoção da saúde ainda não ocupou sua importância nos programas das principais universidades que oferecem pós-graduação em medicina do trabalho.

Talvez isso possa explicar a pequena participação do médico do trabalho no aconselhamento dos trabalhadores em promoção da saúde. Pesquisa no Medline, cruzando dados como *health promotion and physician advice* resulta em apenas dez ensaios clínicos controlados randomizados nos últimos dez anos, dos quais apenas um é desenvolvido com médicos do trabalho¹⁰⁶.

Pesquisa com os termos “programa de promoção da saúde” + “trabalho” + “América Latina” resultou em 3 citações no Lilacs, 11 citações no Medline e zero no SciElo. Nenhuma das citações se referia a programas estruturados de promoção da saúde no ambiente de trabalho.

1.8.2. Requerimentos Legais em Saúde Ocupacional e Promoção da Saúde

A legislação de muitos países prevê a realização de exames médicos periódicos como parte de um programa de rastreamento de doenças e de vigilância à saúde do trabalhador, assim como o Brasil. Em dezembro de 1994, o Ministério do Trabalho e do Emprego publicou a nova redação da Norma Regulamentadora N.º 7¹⁰⁷, que trata da implantação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO.

Diz o item 7.1. da NR, “esta Norma Regulamentadora estabelece a obrigatoriedade da elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO, com o objetivo de promoção e preservação da saúde do conjunto de seus trabalhadores”.

O PCMSO prevê a realização de cinco tipos de exames médicos ocupacionais. Dentre eles, está o exame periódico que é realizado a cada ano, ou a cada dois anos, de acordo com o risco ao qual o trabalhador está exposto e sua faixa etária. Isto significa que quase 30 milhões de trabalhadores, segundo dados do IBGE (2001)¹⁰⁸, são submetidos a exames médicos periódicos por ano.

Em um país onde a população ainda tem dificuldades de acesso aos serviços básicos de saúde, os exames médicos periódicos podem ser uma ótima oportunidade de promover saúde entre os trabalhadores e suas

famílias, visto que o trabalhador pode ser um multiplicador. Neste contexto, o médico do trabalho devidamente capacitado a oferecer serviços de promoção da saúde na prática clínica, incluindo o aconselhamento para a adoção de hábitos e comportamentos saudáveis, pode ser um agente de modificação social importante no plano da saúde.

Portanto, este estudo foi desenvolvido considerando a importância das intervenções em promoção da saúde no ambiente de trabalho, a oportunidade que o médico do trabalho tem nos exames periódicos e a escassez de estudos que avaliem o potencial desse especialista em oferecer serviços adequados de promoção da saúde, em especial na América Latina.

1.9. OBJETIVOS DESTE ESTUDO

Objetivo Geral

O objetivo geral deste estudo foi medir, em um intervalo de 12 meses de atividades de empresa do ramo alimentício, o impacto de um treinamento curto de médicos do trabalho, com supervisão mensal, sobre temas de promoção da saúde, complementado por iniciativas de difusão de informações sobre os mesmos temas junto aos trabalhadores, como parte do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional.

Objetivos Específicos

1. Verificar a evolução entre os trabalhadores de indicadores relacionados à prevalência de tabagismo, atividade física, alimentação saudável e controle de peso, durante o período de 12 meses.
2. Identificar mudanças nos estágios de mudança comportamental relacionados aos hábitos supracitados.
3. Avaliar a percepção dos trabalhadores quanto a mudanças de aspectos de saúde em sua qualidade de vida.

2. MÉTODOS

2.1. LOCAL E POPULAÇÃO ESTUDADA

Este estudo foi conduzido em uma empresa multinacional do ramo alimentício, instalada no Brasil desde 1944. Por ocasião do início do estudo, a empresa contava com três fábricas e uma sede administrativa. As fábricas 1 e 2, bem como a sede administrativa estavam localizadas na região metropolitana de São Paulo. A fábrica 3 era localizada em uma cidade no interior do Estado. Nestas localidades, a população era de 1243 trabalhadores no início do estudo. Outros 991 trabalhadores compunham a Equipe de Vendas e eram distribuídos em diferentes cidades do Brasil, ultrapassando o total de 100 em todas as Regiões do país. No total, a população era de 2234 trabalhadores no início do ano de 2003.

Os trabalhadores das fábricas dividiam-se em três diferentes turnos de trabalho (6:00 às 14:00 h; 14:00 às 22:00 h; 22:00 às 6:00 h). Os trabalhadores da Sede cumpriam jornada de trabalho em horário comercial, com flexibilidade de hora de entrada e saída. Todos estes trabalhadores tinham como característica principal o exercício de suas atividades em local fixo de trabalho, com suporte organizacional como ambulatórios médicos e restaurantes. Os trabalhadores da Equipe de Vendas cumpriam jornada de trabalho em horário comercial, com flexibilidade de horário para início e término da jornada, mas não em local fixo, havendo a necessidade de locomoção em veículo da empresa para a visita de vários clientes ao dia.

Os trabalhadores das fábricas faziam suas refeições nos restaurantes existentes nos locais de trabalho. Os trabalhadores da sede administrativa e

da Equipe de Vendas tinham seu almoço em diferentes restaurantes, próximos às suas regiões de trabalho.

Todos os trabalhadores faziam exames médicos periódicos anuais, conforme exigência legal prevista na Norma Regulamentadora nº 7¹⁰⁷, com médicos do trabalho. Os trabalhadores das fábricas e da sede realizavam seus exames periódicos nos ambulatórios próprios, com médicos do trabalho contratados pela empresa. Estes médicos eram supervisionados por um gerente de saúde ocupacional. Os trabalhadores da Equipe de Vendas faziam seus exames periódicos em suas cidades de domicílio, com médicos credenciados a uma empresa prestadora de serviços em saúde ocupacional, contratada para esta finalidade, não respondendo diretamente à gerência de saúde ocupacional da empresa.

Os ambulatórios funcionavam durante toda a jornada de trabalho, com técnicos de enfermagem divididos nos três turnos (para fábricas) ou durante a jornada de trabalho em horário comercial (para a sede administrativa). Os médicos do trabalho estavam presentes cinco períodos semanais nas fábricas, distribuídos de maneira a abranger os três turnos de trabalho, e três períodos semanais para a sede administrativa.

2.2. ESTIMATIVAS PARA CÁLCULO DA AMOSTRA

A amostra a ser estudada foi calculada levando-se em consideração as prevalências conhecidas na literatura dos principais indicadores pesquisados, a saber, tabagismo, prática de atividade física, sobrepeso e obesidade.

Tabagismo foi considerado como qualquer uso de tabaco (cigarros, charutos, cachimbos ou fumo mascado). A prevalência de tabagismo conhecida na época para a população geral brasileira era de cerca de 40%¹⁰⁹. Dados colhidos em empresas mostram que a prevalência de tabagismo na população trabalhadora é menor do que a da população geral. Por isso, foi estimada a prevalência de 20% na população-alvo.

Dados do CELAFISCS mostravam que 60% dos adultos no Estado de São Paulo não praticavam atividade física, em 1997¹¹⁰. Atividade física regular à época era considerada aquela igual ou superior a 30 minutos diários, na maior parte dos dias da semana, perfazendo um mínimo de 120 minutos semanais¹¹¹. Portanto, esta foi a linha de corte utilizada para considerar se um indivíduo era ativo ou não. Estimou-se prevalência semelhante à população geral, ou seja, 60% de indivíduos sem prática de atividade física regular para fins de definição da amostra.

Por fim, considerou-se 25 kg/m² como limite de normalidade para o Índice de Massa Corpórea (IMC), segundo diretrizes da Organização Mundial de Saúde¹¹². Dados mostravam que a prevalência de sobrepeso e

obesidade na população brasileira era de cerca de 40% à época (ABESO, 1997). Estimou-se prevalência semelhante para a população em estudo.

Com as prevalências estimadas, 20% de tabagismo, 60% de indivíduos que não praticavam atividade física regularmente, e 40% de indivíduos com peso acima do normal, foi calculada a amostra necessária para a representação das prevalências acima citadas.

Para o cálculo, foi utilizado o programa de estatística Epi Info 6.0, sempre considerando um intervalo de confiança de 95% e uma modificação estimada da prevalência na faixa de 10% em um ano. Para tabagismo, a amostra calculada como representativa foi de 626 indivíduos. Para peso acima do normal, a amostra proposta foi de 216 indivíduos. Para ausência de atividade física regular, a amostra calculada foi de 270 indivíduos. Optou-se pela amostra de 626 indivíduos. O sorteio aleatório também foi feito através do Epi Info 6.0.

Os números sorteados foram confrontados com a relação nominal de empregados, organizada em ordem alfabética, fornecida pelo Departamento de Recursos Humanos da empresa.

2.3. ASPECTOS ÉTICOS

Todos os sorteados receberam uma Carta Convite (Anexo I), com as explicações sobre o objetivo e os procedimentos da pesquisa, os riscos envolvidos, os pesquisadores e sobre a aprovação do projeto de pesquisa

pela Comissão de Ética para Análises de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Todos receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II), com informações mais detalhadas sobre os procedimentos da pesquisa; informações sobre confidencialidade, sigilo e privacidade; liberdade de retirar-se da pesquisa a qualquer momento; e formas de contato com os pesquisadores.

2.4. INSTRUMENTOS DA PESQUISA

Um caderno de perguntas foi aplicado no início e no final da pesquisa, contendo um questionário desenvolvido pelos pesquisadores e outro, de qualidade de vida em saúde, largamente utilizado segundo levantamento da literatura.

Para avaliar as condições gerais de saúde da amostra, em especial no que se refere aos indicadores como tabagismo, prática de atividade física, alimentação saudável e peso, os pesquisadores desenvolveram um questionário, que foi apresentado e discutido pelos profissionais integrantes do Centro de Promoção da Saúde, do Serviço de Clínica Geral do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. O questionário desenvolvido era do tipo auto-resposta, com instruções de preenchimento sumariamente descritas na primeira página.

A versão preliminar do questionário foi testada em um projeto-piloto com a participação de 20 voluntários de outra empresa. O tempo de resposta foi cronometrado, variando de 10 a 20 minutos. Nos dias subseqüentes à aplicação do questionário, todos os voluntários foram contatados individualmente pela pesquisadora para avaliar sua opinião sobre o tempo de resposta, a clareza das perguntas, a dificuldade em encontrar uma resposta adequada à sua realidade e a objetividade das alternativas propostas. Poucas alterações foram necessárias.

A versão final do questionário desenvolvido para esta pesquisa (Anexo III) foi estruturada em três partes:

I. Dados de identificação do sujeito da pesquisa:

Além dos dados de identificação, foram pesquisados dados como escolaridade, estado civil, estrutura doméstica, renda familiar, unidade de trabalho, tempo de trabalho na empresa e formas de contato.

II. Indicadores de saúde:

Esta segunda parte segue uma estrutura semelhante para diferentes indicadores de saúde. Foram pesquisados dados objetivos em relação ao hábito de fumar, prática de atividade física e alimentação e controle de peso. Também foram pesquisados dados subjetivos como tentativas de melhorar os hábitos pesquisados; a percepção de orientação, apoio e acompanhamento por profissional de saúde ou não; a percepção de

apoio por parte da empresa na mudança de hábitos; a percepção de fatores decisivos para tentativas ou mudanças de fato nos hábitos pesquisados.

A Parte II divide-se em três blocos de perguntas que abordaram:

- a. Bloco A - Tabagismo: hábito de fumar atual ou progresso, número de cigarros fumados por dia, iniciativas próprias para deixar de fumar, necessidade de uso de medicamentos ou adesivos de nicotina para deixar de fumar, além das perguntas comuns aos demais indicadores. Para os tabagistas também foi aplicado o Teste de Fagerström ¹¹³, que mede o grau de dependência à nicotina.
- b. Bloco B - Atividade Física: regularidade de prática de atividade física, tempo dedicado a esta prática, tipos de atividades praticadas, fatores para não praticar exercícios, além das perguntas comuns aos demais indicadores.
- c. Bloco C - Alimentação e Controle de Peso: altura e peso (atual e habitual), circunferência abdominal, percepção de alimentação saudável ou não, além das perguntas comuns aos demais indicadores.

Finalmente, cada bloco termina com uma pergunta que visa a identificar a fase de motivação para o hábito pesquisado, segundo o

Modelo Trans-teórico de Prochaska e DiClemente ¹¹⁴. Cada alternativa de resposta corresponde a uma das fases comportamentais do modelo:

- a) “Não penso em fazer qualquer alteração na minha vida” – corresponde à fase de pré-contemplação.
- b) “Estou pensando em realizar alterações, mas ainda não estou muito certo disso” – corresponde à fase de contemplação.
- c) “Estou decidido a fazer alterações e só estou pensando como realizá-las” – corresponde à fase de preparação.
- d) “Já estou realizando alterações importantes, mas tenho enfrentado dificuldades” – corresponde à fase de ação.
- e) “Já estou realizando alterações importantes e com sucesso” – corresponde à fase de manutenção.

III. Avaliação de Qualidade de Vida:

Para a avaliação de qualidade de vida foi escolhido o questionário validado no Brasil, em 1999, conhecido como SF-36 (*Medical Outcomes Short-Form Health Survey*) ¹¹⁵.

Através de 36 perguntas, que são pontuadas e calculadas através de fórmulas específicas, obtém-se um *score* que varia de 0 a 100, denominado *raw scale*. Este valor não representa uma unidade de medida, mas uma variação em escala sendo 0 o pior resultado e 100, o melhor.

As respostas são agrupadas em oito diferentes áreas, conhecidas como domínios, que são:

1. Capacidade funcional: desempenho das atividades diárias, como capacidade de cuidar de si, vestir-se, tomar banho e subir escadas.
2. Aspectos físicos: impacto da saúde física no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais.
3. Dor: nível de dor e seu impacto no desempenho de atividades diárias e/ou profissionais.
4. Estado geral de saúde: percepção subjetiva do estado geral de saúde.
5. Vitalidade: percepção subjetiva do estado de saúde.
6. Aspectos sociais: reflexo da condição de saúde física nas atividades sociais.
7. Aspectos emocionais: reflexo das condições emocionais no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais.
8. Saúde mental: escala de humor e bem-estar.

2.5. PROCEDIMENTO

A pesquisa foi conduzida no período de maio de 2003 a junho de 2004, durante o qual ações de promoção da saúde foram desenvolvidas para os trabalhadores das fábricas e da sede. Médicos dos ambulatórios foram treinados para a inclusão do aconselhamento em promoção da saúde durante os exames periódicos, material informativo foi divulgado e

questionários foram aplicados no início e no final do estudo para todos os trabalhadores sorteados (fábricas, sede e Equipe de Vendas).

a) Aplicação dos questionários

Para a aplicação do primeiro questionário, os profissionais de enfermagem dos ambulatórios receberam instruções para contatar os sorteados das fábricas e da sede; entregar a Carta-Convite; esclarecer dúvidas preliminares e contatar a pesquisadora, se necessário; e entregar o Consentimento para leitura e assinatura. Mediante assinatura do Consentimento, o questionário foi entregue e solicitada devolução em 24 horas, diretamente nos ambulatórios. A aplicação do questionário não se deu através de entrevistas com os profissionais de enfermagem.

Os trabalhadores da Equipe de Vendas receberam, via malote, um envelope contendo além da Carta-Convite, uma carta explicativa assinada pela pesquisadora, o Consentimento e o questionário. Dois dias após o envio, os profissionais de enfermagem fizeram contato telefônico para confirmar o recebimento do envelope e verificar se haviam dúvidas a serem esclarecidas. Foi solicitado o envio do Consentimento e do questionário no prazo de uma semana.

Este mesmo procedimento foi utilizado para a aplicação do segundo questionário, 12 meses depois.

b) Treinamento de médicos dos ambulatórios

Simultaneamente à aplicação do primeiro questionário, os quatro médicos do trabalho, que atendiam nos ambulatórios fixados nas fábricas e na sede administrativa, receberam um treinamento sobre aconselhamento em promoção da saúde. Os demais médicos do trabalho, que faziam os exames periódicos da Equipe de Vendas, não receberam este treinamento.

O treinamento foi conduzido pela pesquisadora, em maio de 2003, com uma carga horária total de oito horas, e teve como base o Roteiro de Procedimentos Básicos, utilizado pelo Centro de Promoção da Saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CPS – HCFMUSP), em 2003 (Anexo IV). Também foi utilizado como referência para o desenvolvimento do treinamento, o “Guia para Tratamento de Uso e Dependência de Tabaco”, sugerido pela USPSTF ¹¹⁶.

O programa incluiu os seguintes assuntos:

- Conceitos em Promoção da Saúde e Medicina Baseada em Evidências;
- Apresentação de centros de estudos como a *US Preventive Services Task Force* e a *Canadian Task Force for Preventive Health Care*, além do CPS – HCFMUSP;
- Anamnese com enfoque preventivo;
- Bases do Modelo Transteórico de Prochaska e Diclemente;
- Estratégias cognitivo-comportamentais como os 5 As (*ask, advice, assess, assist, arrange*);

- Aconselhamentos específicos para tabagismo, atividade física, alimentação e controle de peso;

Os médicos treinados receberam também como material de suporte o Roteiro de Procedimentos Básicos, utilizado pelo Centro de Promoção da Saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CPS – HCFMUSP), versão 2003; e o manual “Ajudando seu paciente a deixar de fumar”, desenvolvido pelo Instituto Nacional do Câncer - INCA¹¹⁷.

Ao longo do ano de estudo, os médicos que receberam treinamento foram supervisionados pela pesquisadora, em visitas mensais. A supervisão teve por objetivo reforçar os conceitos aprendidos no treinamento ou dirimir dúvidas relacionadas ao aconselhamento dos trabalhadores.

Desta maneira, parte da amostra pesquisada foi atendida nos seus exames periódicos por médicos que receberam o treinamento em Promoção da Saúde, e parte, não.

c) Outras ações de promoção da saúde

Em julho de 2003, foi promovida uma Semana de Saúde para os trabalhadores das fábricas e da sede, a partir dos ambulatórios médicos existentes. Para este evento, os profissionais de enfermagem receberam um treinamento básico sobre promoção da saúde, também com base no Roteiro

de Procedimentos Básicos, utilizado pelo Centro de Promoção da Saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CPS – HCFMUSP), versão 2003.

As seguintes ações compuseram esta Semana de Saúde:

- Foram aplicados questionários de avaliação da saúde, com emissão de relatórios individuais contendo recomendações baseadas nas informações obtidas.
- Medições de colesterol total, pressão arterial, peso e altura.
- Distribuição de material informativo (folhetos) sobre tabagismo, atividade física, obesidade e prevenção de doenças cardiovasculares.
- Sorteio diário de livros sobre auto-cuidado com a saúde.
- Elaboração de “cardápio saudável” com o apoio dos restaurantes.

Estas ações foram iniciativas do departamento médico, do qual fazia parte a pesquisadora, com o apoio da sua supervisão direta, mas sem o envolvimento de toda a organização corporativa.

d) Monitoramento de mudanças organizacionais

Em paralelo às intervenções supracitadas, a pesquisadora monitorou ao longo de 12 meses, as medidas organizacionais que pudessem, eventualmente, impactar o comportamento de saúde dos trabalhadores. Esta

monitoração, entretanto, teve caráter apenas qualitativo e de identificação, uma vez que no momento do planejamento deste estudo não havia qualquer indicativo de grandes mudanças estruturais iminentes.

2.6. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para fins de análise estatística, os indivíduos que foram atendidos por médicos não treinados (Equipe de Vendas) foram tratados como integrantes de um grupo (Grupo B). Os que foram atendidos por médicos treinados (pessoal de fábricas e sede) foram tratados como integrantes de outro grupo (Grupo A).

A análise estatística foi feita, com o apoio do Instituto de Matemática da Universidade Federal do Rio de Janeiro ¹¹⁸, usando o pacote de programas de estatística SPSS 11.0 na análise exploratória dos dados. Esta foi feita principalmente através da análise bivariada de dados, com a aplicação do teste do qui-quadrado. Para os dados de distribuição não normal, foram usados testes não paramétricos como o de Wilcoxon para amostras pareadas, e o de Mann Withney para amostras não pareadas. Para variáveis contínuas, como o IMC, foram usados os testes do qui-quadrado, de Wilcoxon e de Kolmogorov-Smirnov.

Por fim, foi usado o pacote de programas de estatística Splus para análise por regressão logística simples e múltipla.

Foram incluídos na análise estatística apenas os indivíduos que responderam aos questionários de 2003 e 2004 (201 trabalhadores).

3. RESULTADOS

3.1. MONITORAÇÃO DAS MUDANÇAS ORGANIZACIONAIS

O estudo foi realizado em empresa multinacional do ramo alimentício que sofreu uma grande reestruturação organizacional ao longo dos 12 meses de monitoração.

Cerca de seis meses depois do início da pesquisa (maio de 2003), a incorporação da empresa por outra do setor de alimentos foi anunciada mundialmente.

As mudanças organizacionais, com alteração do alto escalão da empresa incorporada, aconteceram logo na seqüência, no último trimestre de 2003. Como o fato da venda e incorporação era desconhecido na fase de planejamento da pesquisa, as incertezas quanto às modificações, que geraram um clima de insegurança em relação à manutenção do emprego, e o seu impacto na saúde por conta do aumento da demanda psicossocial no ambiente de trabalho não puderam ser sistematicamente mensuradas.

No primeiro trimestre de 2004, antes da aplicação do segundo questionário, foi anunciado o fechamento da fábrica 1, dentre as três em atividade na época, com conseqüente perda de emprego de cerca de 300 trabalhadores. A empresa conduziu um programa de apoio, com atividades de capacitação profissional e busca de realocação no mercado de trabalho, mas também aqui os dados de sucesso destas ações não foram mensurados quantitativamente.

A decisão pelo fechamento da fábrica 1 e pela manutenção em funcionamento de apenas uma das três iniciais, cujas instalações foram ampliadas em 2003-2004, recrudesceu a insegurança na fábrica 2. Ao longo

da monitoração que efetuamos durante o período de estudo, notamos também uma tendência de aumento das taxas de absenteísmo e dos atendimentos ambulatoriais, cuja coleta de dados e análise não foi aprofundada por não fazer parte do escopo da pesquisa.

De modo geral, todas estas ocorrências impactaram preferencialmente o grupo de trabalhadores de fábricas e sede (Grupo A) e, praticamente não atingiram os trabalhadores de vendas (Grupo B).

3.2. ADESÃO AO ESTUDO

Dos 626 trabalhadores sorteados, 276 (44,1%) assinaram o termo de consentimento para aderir ao estudo, em 2003. Destes, 201 (72,8%) permaneceram no estudo até seu término, em 2004.

Em relação ao local de trabalho, 182 indivíduos (65,9%) trabalhavam em fábricas ou na sede (Grupo A), e 94 (34,1%) na Equipe de Vendas (Grupo B), em 2003. Dos 182 indivíduos do Grupo A, 138 (75,8%) completaram os 12 meses de estudo e as duas avaliações com o questionário, enquanto 63 (67,0%) do Grupo B o fizeram. A redução ocorreu por desistência de alguns participantes e, principalmente, em função do desligamento dos trabalhadores da empresa estudada e conseqüente perda de contato com os mesmos.

A menor perda de seguimento (2%) foi na fábrica 3, que não fechou, enquanto que a maior perda (65%) foi na fábrica 1 onde o fechamento foi

anunciado antes da aplicação do segundo questionário. Na fábrica 2 cujo o fechamento não havia sido anunciado, mas já era esperado pelos trabalhadores, a perda de seguimento foi de 30%.

Os dados referentes à adesão ao estudo estão na Tabela 1.

Tabela 1 – Indivíduos aderentes ao estudo, em relação ao grupo definido pelo local de trabalho, nos anos de 2003 e 2004.

Grupo	2003		2004	
	No.	%	No.	%
A (Fábricas e Sede)	182	65,9	138	68,6
B (Equipe de Vendas)	94	34,1	63	31,3
Total	276	100,0	201	100,0

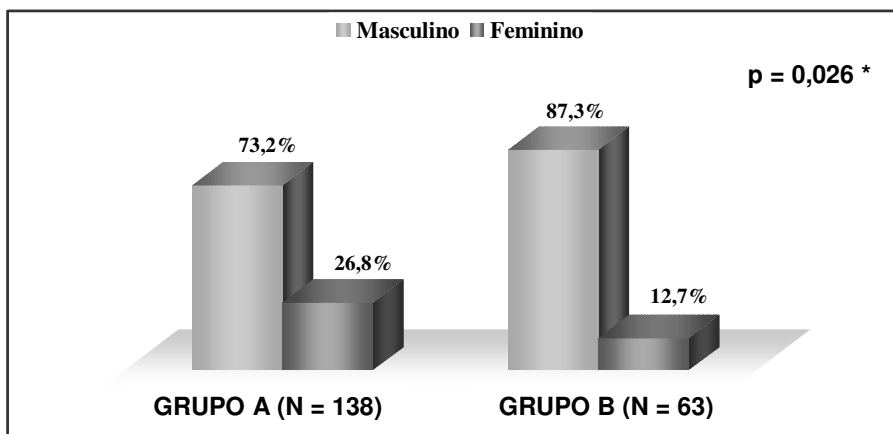
3.3. PERFIL DEMOGRÁFICO E INDICADORES RELACIONADOS À SAÚDE

As amostras foram estratificadas segundo variáveis como gênero, faixa etária, estado civil, escolaridade, faixa de renda e tempo na empresa, e a situação das pessoas em relação a tabagismo, sedentarismo e Índice de Massa Corpórea – IMC.

Os dados são agrupados nas figuras que seguem.

Em relação ao gênero, as amostras são majoritariamente do gênero masculino, sendo o Grupo A com 73,2% e o Grupo B com 87,3%, como mostra a Figura 2. A comparação de ambos os grupos pelo teste do Qui-quadrado revelou diferença estatisticamente significativa.

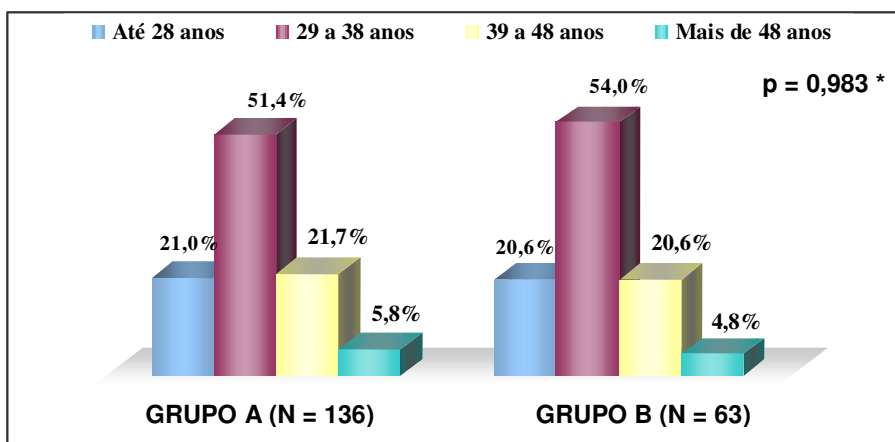
Figura 2: Distribuição percentual de gênero, segundo os grupos, em 2003.



* Nível de significância encontrado no teste do qui-quadrado que comparou grupo A e B.

Em relação à faixa etária, mais da metade das amostras tinha idade entre 39 e 48 anos, sendo o Grupo A com 51,4% e o Grupo B com 54,0%, como mostra a Figura 3.

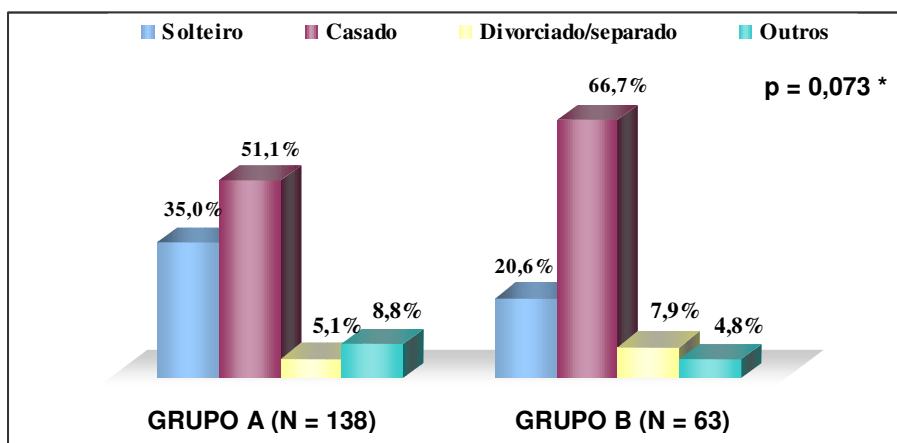
Figura 3: Distribuição percentual de faixa etária, segundo os grupos, em 2003.



* Nível de significância encontrado no teste do qui-quadrado que comparou grupo A e B.

Em relação ao estado civil, a maioria é composta de pessoas casadas, sendo o Grupo A com 51,1% e o Grupo B com 66,7%, como mostra a Figura 4.

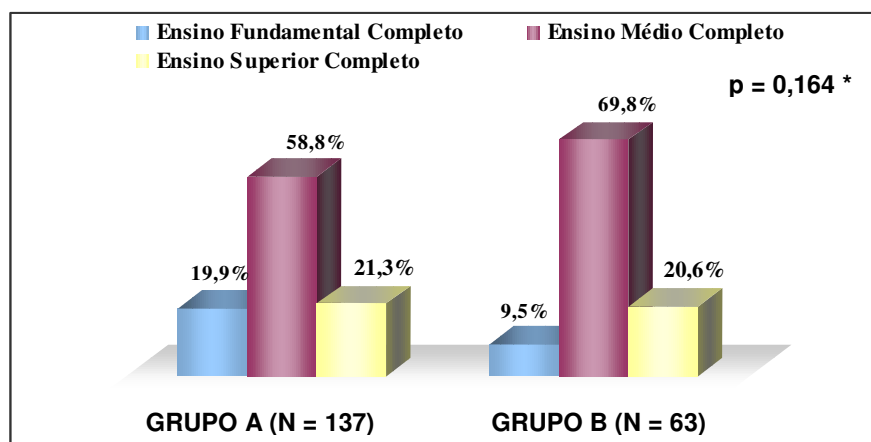
Figura 4: Distribuição percentual de estado civil, segundo os grupos, em 2003.



* Nível de significância encontrado no teste do qui-quadrado que comparou grupo A e B.

Em relação à escolaridade, mais da metade das pessoas tinha ensino médio completo, sendo o Grupo A com 58,8% e o Grupo B com 69,8%, como mostra a Figura 5.

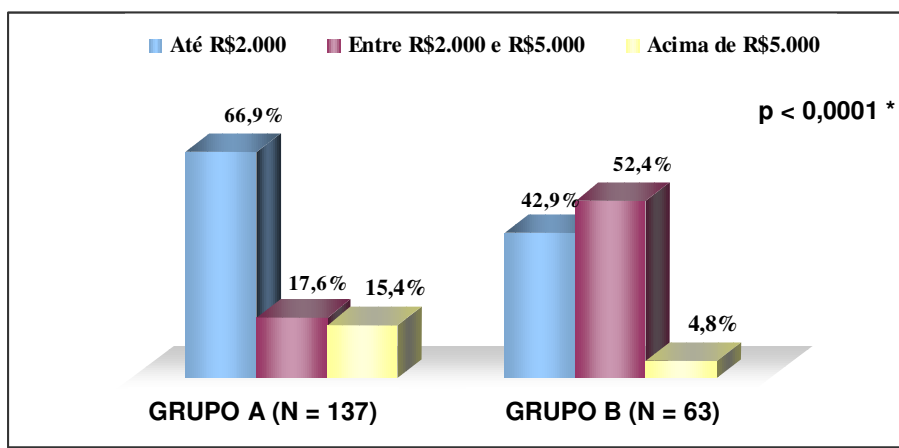
Figura 5: Distribuição percentual por escolaridade, segundo os grupos, em 2003.



* Nível de significância encontrado no teste do qui-quadrado que comparou grupo A e B.

Em relação à faixa de renda, a diferença entre as amostras foi mais perceptível, sendo que o Grupo A apresentou em sua maioria (66,9%) renda menor (até R\$ 2.000) do que o Grupo B que apresentou 52,4% das pessoas com renda entre R\$ 2.000 e R\$ 5.000, como mostra a Figura 6. As diferenças entre os grupos foram estatisticamente significantes.

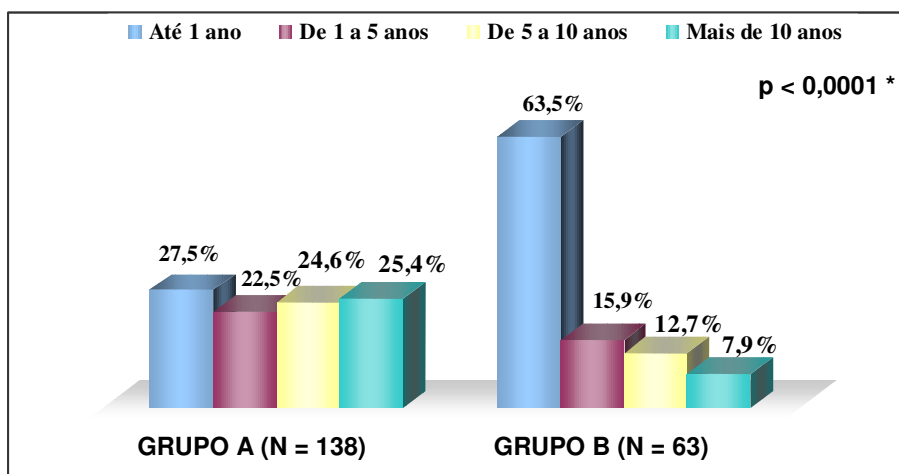
Figura 6: Distribuição percentual por faixa de renda, segundo os grupos, em 2003.



* Nível de significância encontrado no teste do qui-quadrado que comparou grupo A e B.

Em relação ao tempo de empresa, existe outra diferença entre as amostras, sendo que o Grupo A apresentou distribuição mais uniforme em relação ao tempo trabalhado, enquanto o Grupo B majoritariamente (63,5%) tinha menos tempo trabalhado (até 1 ano), como mostra a Figura 7. Esta diferença (estatisticamente significativa) pode ser explicada devido à efetivação recente como empregados próprios da Equipe de Vendas, que antes era terceirizada.

Figura 7: Distribuição percentual por tempo de empresa, segundo os grupos, em 2003.

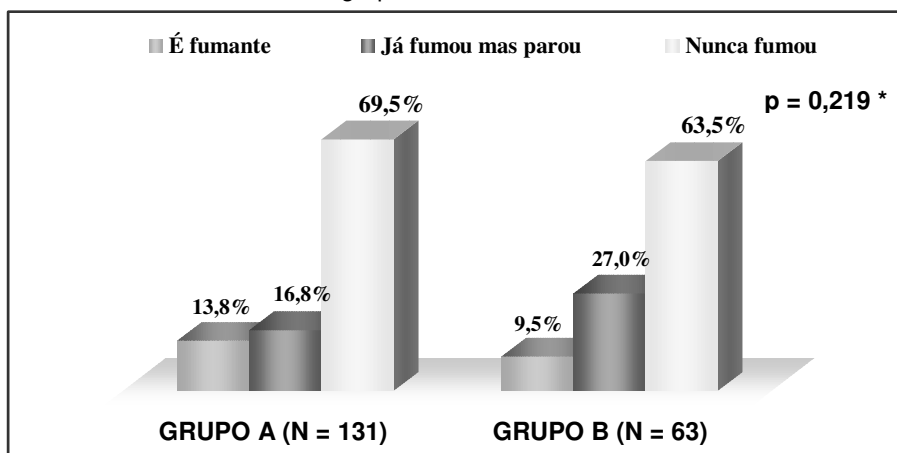


* Nível de significância encontrado no teste do qui-quadrado que comparou grupo A e B.

Em resumo, dentre todas as variáveis demográficas supracitadas, gênero, renda e tempo de empresa mostraram diferenças estatisticamente significantes, com p-valores de 0,026 (gênero), 0,0001 (renda) e 0,0001 (tempo de empresa) entre os grupos.

Em relação ao tabagismo, no Grupo A, a prevalência de tabagismo encontrada foi de 13,8%, enquanto no Grupo B foi de 9,5%, como mostra a Figura 8. As prevalências encontradas mostraram-se menores do que as estimadas no início do estudo (20%) e utilizadas, inclusive, para cálculo da amostra.

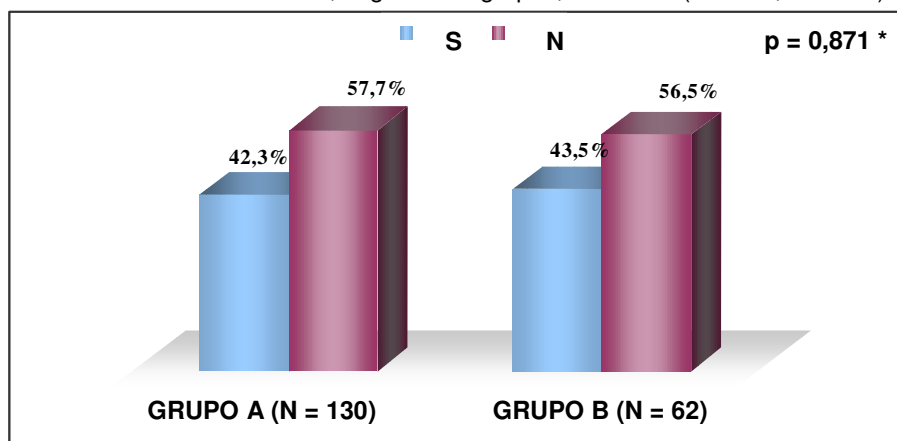
Figura 8: Distribuição percentual de pessoas em relação ao tabagismo, segundo os grupos, em 2003.



* Nível de significância encontrado no teste do qui-quadrado que comparou grupo A e B.

Em relação à prática de atividade física, no Grupo A, a prevalência de atividade física regular foi de 42,3%, enquanto no Grupo B foi de 43,5%, como mostra a Figura 9. Neste caso, as prevalências encontradas foram compatíveis com a estimativa feita no início do estudo (60%) de pessoas que não praticavam exercícios por 120 minutos ou mais.

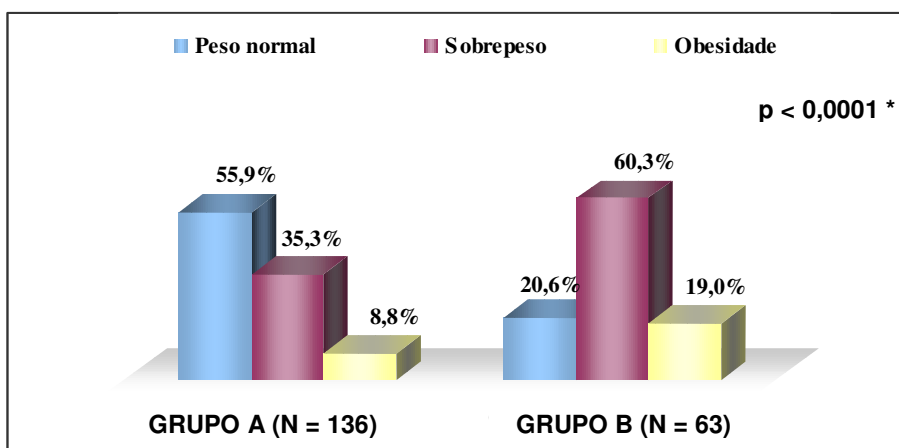
Figura 9: Distribuição percentual das pessoas conforme a prática de atividade física por 120 minutos semanais ou mais, segundo os grupos, em 2003. (S = sim, N = não).



* Nível de significância encontrado no teste do qui-quadrado que comparou grupo A e B.

Em relação à distribuição do Índice de Massa Corpórea – IMC, o Grupo A mostrou-se mais próximo da estimativa inicial (40% de sobrepeso e obesidade), apresentando 44,1% dos indivíduos com IMC maior que 25 kg/m². Já o Grupo B teve 79,3% de seus indivíduos com IMC maior que 25 kg/m². Os dados estão demonstrados na Figura 10.

Figura 10: Distribuição percentual do Índice de Massa Corpórea, segundo os grupos, em 2003.



* Nível de significância encontrado no teste do qui-quadrado que comparou grupo A e B.

Dentre as variáveis relacionadas com estilo de vida, apenas o Índice de Massa Corpórea apresentou-se com diferença estatisticamente significante entre os grupos, com p-valor < 0,0001.

A Tabela 2, abaixo, resume os resultados dos testes de homogeneidade a que foram submetidas todas as variáveis apresentadas, em 2003.

Tabela 2: Testes comparativos de cada grupo (A e B) em relação às características demográficas, tabagismo, IMC e atividade física, em 2003.

Variável	Qui-Quadrado	Graus de Liberdade	p-valor *
Gênero	4.958	1	0,026 (*)
Faixa etária	0.165	3	0,983 (NS)
Estado civil	6.297	3	0,098 (NS)
Escolaridade	3.619	2	0,164 (NS)
Faixas de renda	26.408	2	< 0,0001 (**)
Tempo de empresa	24.882	3	< 0,0001 (**)
Tabagismo	3.034	2	0,219 (NS)
Atividade física	0.026	1	0,871 (NS)
Classificação do IMC	22.677	2	< 0,0001 (*, a, b)

* Nível de significância encontrado no teste do qui-quadrado que comparou os grupos A e B.

** A estatística é significativa ao nível de significância de 0.05.

Além da descrição da situação identificada em 2003, as variações referentes a hábitos de estilo de vida foram comparadas entre os anos 2003 e 2004, de acordo com os grupos. Para isso foram consideradas as respostas válidas às perguntas A1, B2, C1 e C2 do questionário aplicado (Anexo III). As tabelas de contingência são apresentadas a seguir.

Tabela 3: Tabagistas e não tabagistas, segundo os grupos, em 2003 e 2004.

Tabagismo	Grupo A			Grupo B		
	2003	2004	p *	2003	2004	p *
Sim	18	20		6	5	
Não	113	111	0.802	57	58	0.752
Total	131	131		63	63	

* Nível de significância encontrado no teste do qui-quadrado que comparou as mudanças entre 2003 e 2004.

Tabela 4: Tempo de atividade física por semana, segundo os grupos, em 2003 e 2004.

Tempo de atividade física por semana (em minutos)	Grupo A			Grupo B		
	2003	2004	p *	2003	2004	p *
Menor que 120	55	53		26	27	
Igual ou maior que 120	75	77	0.963	35	34	1
Total	130	130		61	61	

* Nível de significância encontrado no teste do qui-quadrado que comparou as mudanças entre 2003 e 2004.

Tabela 5: Classificação do IMC, segundo os grupos, em 2003 e 2004.

Índice de Massa Corpórea (Kg/m ²)	Grupo A			Grupo B		
	2003	2004	p *	2003	2004	p *
Maior ou igual a 25	60	64		50	48	
Menor que 25	75	71	0.666	13	15	0.668
Total	135	135		63	63	

* Nível de significância encontrado no teste do qui-quadrado que comparou as mudanças entre 2003 e 2004.

Nenhuma das situações mostrou diferença estatisticamente significativa no teste do qui-quadrado.

Como as amostras em 2003 e 2004 são emparelhadas, os dados foram analisados em tabelas de respostas correlacionadas. As proporções de mudança encontradas nesta análise estão resumidas na Tabela 6.

Tabela 6: Proporções de mudanças nos indicadores objetivos, entre os grupos, em 2003 e 2004.

Variável	Grupo A	Grupo B
Tabagismo	0,03	0,02
Atividade Física	0,26	0,38
IMC	0,17	0,06

Através da análise das proporções de mudança, verifica-se que as variações foram muito pequenas, sendo mais perceptível para atividade física, concordando com os resultados anteriores que não mostravam diferença estatisticamente significativa.

Por fim, na tentativa de evidenciar se alguma variável demográfica e os grupos de procedência dos trabalhadores influenciaram as pequenas mudanças de proporção encontradas, em relação às variáveis de estilo de vida, procedeu-se análise de regressão logística simples e multivariada. Não foi possível submeter os dados relacionados ao tabagismo à regressão logística devido ao pequeno número de casos.

Os resultados das regressões logísticas são mostrados nas tabelas 7 e 8 a seguir.

Tabela 7: Testes de regressão logística correlacionando variáveis demográficas e indicadores objetivos com o aumento do nível de atividade física entre 2003 e 2004.

Variável	Regressão Logística Simples		Regressão Logística Multivariada	
	Odds Ratio	IC (95%)	Odds Ratio	IC (95%)
Grupo	1,22	0,42 - 3,54	2,13	0,58 - 7,87
Gênero	0,78	0,23 - 2,70	0,53	0,11 - 2,63
Idade	0,59	0,29 - 1,23	0,55	0,21 - 1,47
Escolaridade	1,83	0,68 - 4,94	1,47	0,37 - 5,78
Nível de Renda	1,74	0,76 - 3,99	2,18	0,70 - 6,80
Tempo na Empresa	0,99	0,90 - 1,10	1,34	0,41 - 4,33
Tabagismo	0,72	0,14 - 3,56	0,88	0,14 - 5,45
Diminuição do Índice de Massa Corpórea	1,07	0,81 - 1,41	0,98	0,70 - 1,37

Tabela 8: Testes de regressão logística correlacionando variáveis demográficas e indicadores objetivos com a diminuição do IMC entre 2003 e 2004.

Variável	Regressão Logística Simples		Regressão Logística Multivariada	
	Odds Ratio	IC (95%)	Odds Ratio	IC (95%)
Grupo	0,65	0,34 - 1,25	0,48	0,22 - 1,01
Gênero	1,27	0,61 - 2,61	1,70	0,72 - 4,02
Idade	1,25	0,85 - 1,84	1,08	0,66 - 1,77
Escolaridade	0,85	0,51 - 1,41	0,76	0,39 - 1,50
Nível de Renda	1,05	0,68 - 1,63	0,95	0,53 - 1,70
Tempo na Empresa	1,66	1,03 - 2,67	1,96	1,08 - 3,58
Tabagismo	1,11	0,43 - 2,85	1,01	0,35 - 2,91
Aumento de Atividade Física	0,92	0,48 - 1,74	1,00	0,50 - 2,03

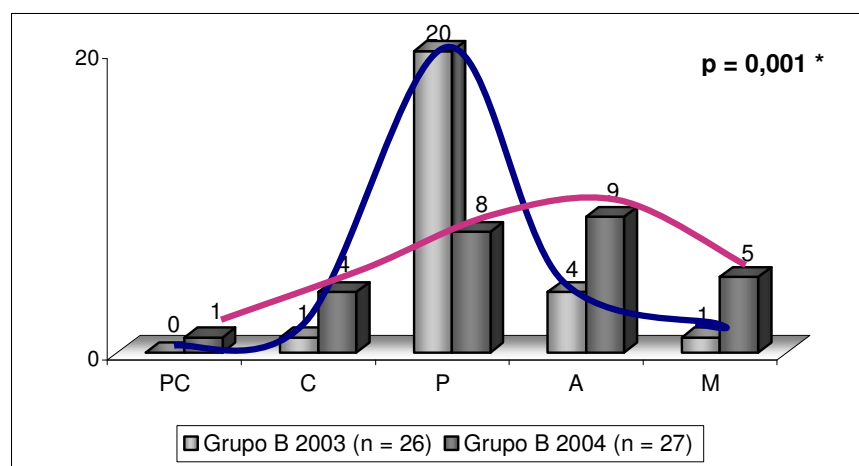
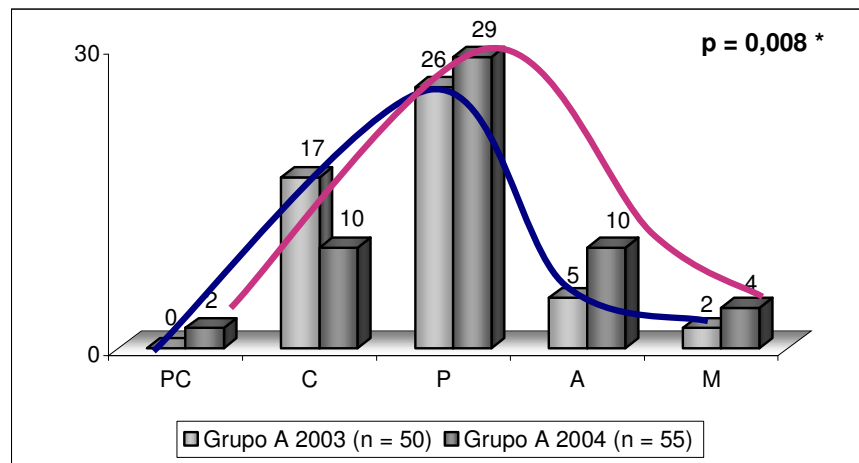
Os resultados apontaram que, à exceção do tempo de trabalho na empresa, que se mostrou diretamente relacionado com uma maior chance de redução do peso no ano estudado, nenhuma outra variável influenciou significativamente o aumento da atividade física e a redução de peso.

3.4. PERFIL DOS ESTÁGIOS DE MUDANÇA COMPORTAMENTAL

Os estágios de mudança comportamental (pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção) em cada variável de interesse foram avaliadas a partir das perguntas A16, B14 e C16 do questionário aplicado (Anexo III).

O perfil de distribuição dos Grupos A e B, segundo os estágios de mudança comportamental, está ilustrado nas Figuras 11, 12 e 13.

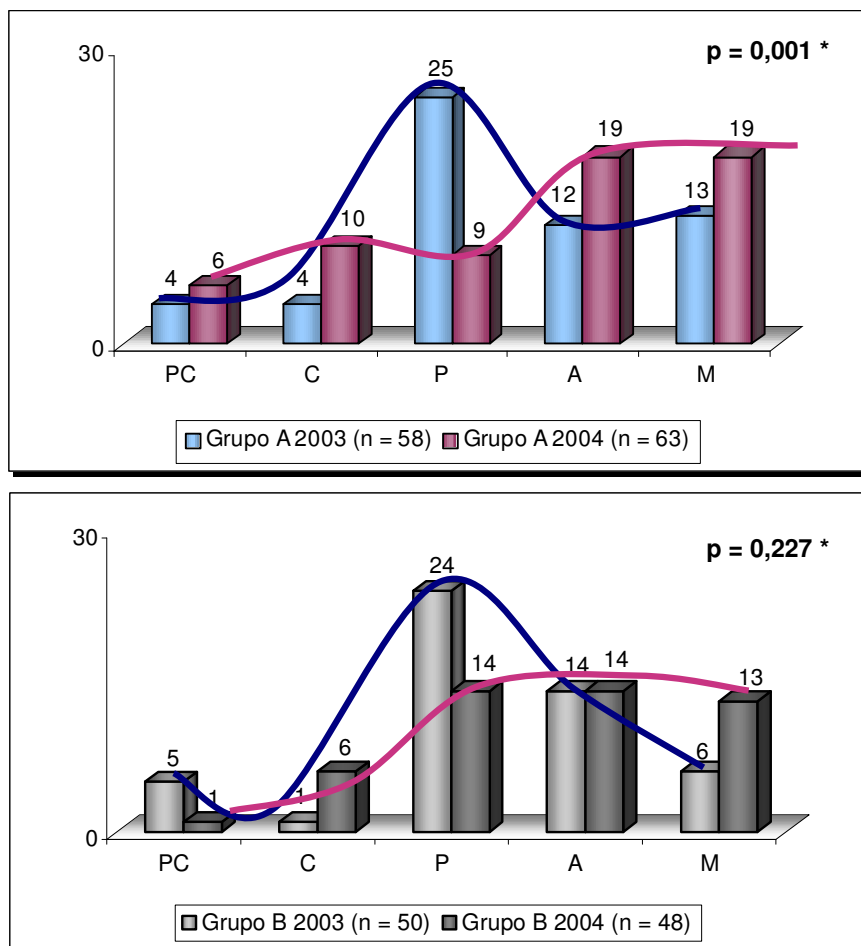
Figura 11: Distribuição dos estágios de mudança comportamental, segundo modelo trans-teórico, entre os que praticam menos de 120 minutos de atividade física por semana, no Grupo A e no Grupo B, nos anos de 2003 e 2004.



PC = pré-contemplação; C = contemplação; P = preparação; A = ação; M = manutenção.

* p-valores obtidos a partir do Teste de Mann-Withney

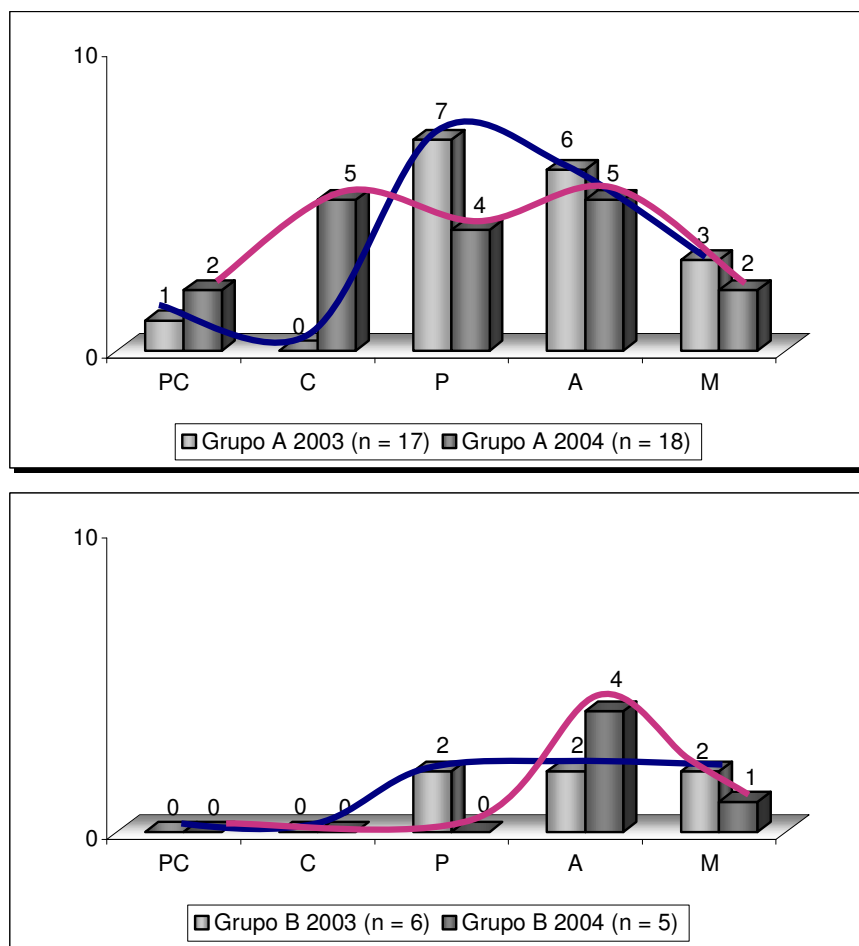
Figura 12: Distribuição dos estágios de mudança comportamental, segundo modelo trans-teórico, entre os que têm IMC maior ou igual a 25 Kg/m², no Grupo A e no Grupo B, nos anos de 2003 e 2004.



PC = pré-contemplação; C = contemplação; P = preparação; A = ação; M = manutenção.

* p-valores obtidos a partir do Teste de Mann-Withney

Figura 13: Distribuição dos estágios de mudança comportamental, segundo modelo trans-teórico, em relação ao tabagismo, no Grupo A e no Grupo B, nos anos de 2003 e 2004*.



PC = pré-contemplação; C = contemplação; P = preparação; A = ação; M = manutenção.
 Não foram realizadas análises estatísticas devido ao tamanho das amostras.

Com exceção do Grupo B, que não mostrou variações estatisticamente significantes entre 2003 e 2004 em relação à intenção de perder peso, as outras análises revelaram uma mudança estatisticamente significativa no nível de motivação para a prática de atividade física (grupos A e B) e perda de peso (Grupo A). Com relação ao tabagismo, não foi possível avaliar estatisticamente a evolução do nível de prontidão para mudança comportamental.

Foram calculadas proporções de mudança levando-se em consideração as tabelas de repostas correlacionadas. Os resultados encontrados estão resumidos na Tabela 12.

Tabela 9: Proporções de mudanças nos estágios de mudança comportamental, segundo os grupos, em 2003 e 2004.

Estágios de Mudança	Grupo A	Grupo B
Comportamental		
Relacionados a		
Tabagismo	0,66	0,55
Atividade Física	0,43	0,57
IMC	0,55	0,52

Percebemos que a proporção de mudança no decorrer de um ano é considerável para os estágios de mudança comportamental relacionados aos indicadores pesquisados e, considerando-se saúde as Figuras 11, 12 e

13, observa-se que as mudanças foram no sentido de migrar para um estágio mais avançado.

Foi realizada uma análise por regressão logística para tentar identificar se variáveis demográficas poderiam estar influenciando o avanço dos estágios de mudança comportamental. Não foi possível submeter os dados relacionados ao tabagismo à regressão logística devido ao pequeno número de casos.

Os resultados das regressões logísticas são mostrados nas Tabelas 13 e 14. Em nenhum dos casos foi evidenciada significância estatística de qualquer das variáveis incluídas nos modelos de regressão logística.

Tabela 10: Testes de regressão logística correlacionando variáveis demográficas e estágios de mudança comportamental, em relação ao aumento de atividade física, entre 2003 e 2004.

Variável	Regressão Logística		Regressão Logística	
	Simples		Multivariada	
	Odds Ratio	IC (95%)	Odds Ratio	IC (95%)
Grupo	0,73	0,28 – 1,95	0,66	0,21 – 2,06
Gênero	1,52	0,52 – 4,44	1,03	0,29 – 3,62
Idade	0,89	0,49 – 1,60	0,81	0,41 – 1,63
Escolaridade	2,81	1,27 – 6,20	2,38	0,86 – 6,59
Nível de Renda	2,56	1,21 – 5,38	1,75	0,70 – 4,39
Tempo na Empresa	1,02	0,93 – 1,11	2,24	0,82 – 6,07

Tabela 11: Testes de regressão logística correlacionando variáveis demográficas e estágios de mudança comportamental, em relação à redução do IMC, entre 2003 e 2004.

Variável	Regressão Logística		Regressão Logística	
	Simples		Multivariada	
	Odds Ratio	IC (95%)	Odds Ratio	IC (95%)
Grupo	1,00	0,41 – 2,45	1,01	0,37 – 2,73
Gênero	1,15	0,41 – 3,22	0,93	0,30 – 2,93
Idade	1,00	0,56 – 1,79	0,99	0,50 – 1,98
Escolaridade	1,11	0,51 – 1,65	1,43	0,55 – 3,73
Nível de Renda	0,88	0,47 – 1,65	0,70	0,32 – 1,54
Tempo na Empresa	1,03	0,95 – 1,11	1,26	0,56 – 2,81
Tabagismo	-	-	0,94	0,22 – 4,08
Atividade Física	-	-	0,49	0,19 – 1,27

3.5. PERFIL DE QUALIDADE DE VIDA EM SAÚDE

Os oito domínios de qualidade de vida em saúde, avaliados no questionário SF-36, foram analisados conforme mostram as Figuras 11 e 12.

Os domínios são Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental.

Figura 14: Distribuição dos domínios do SF-36, em 2003.

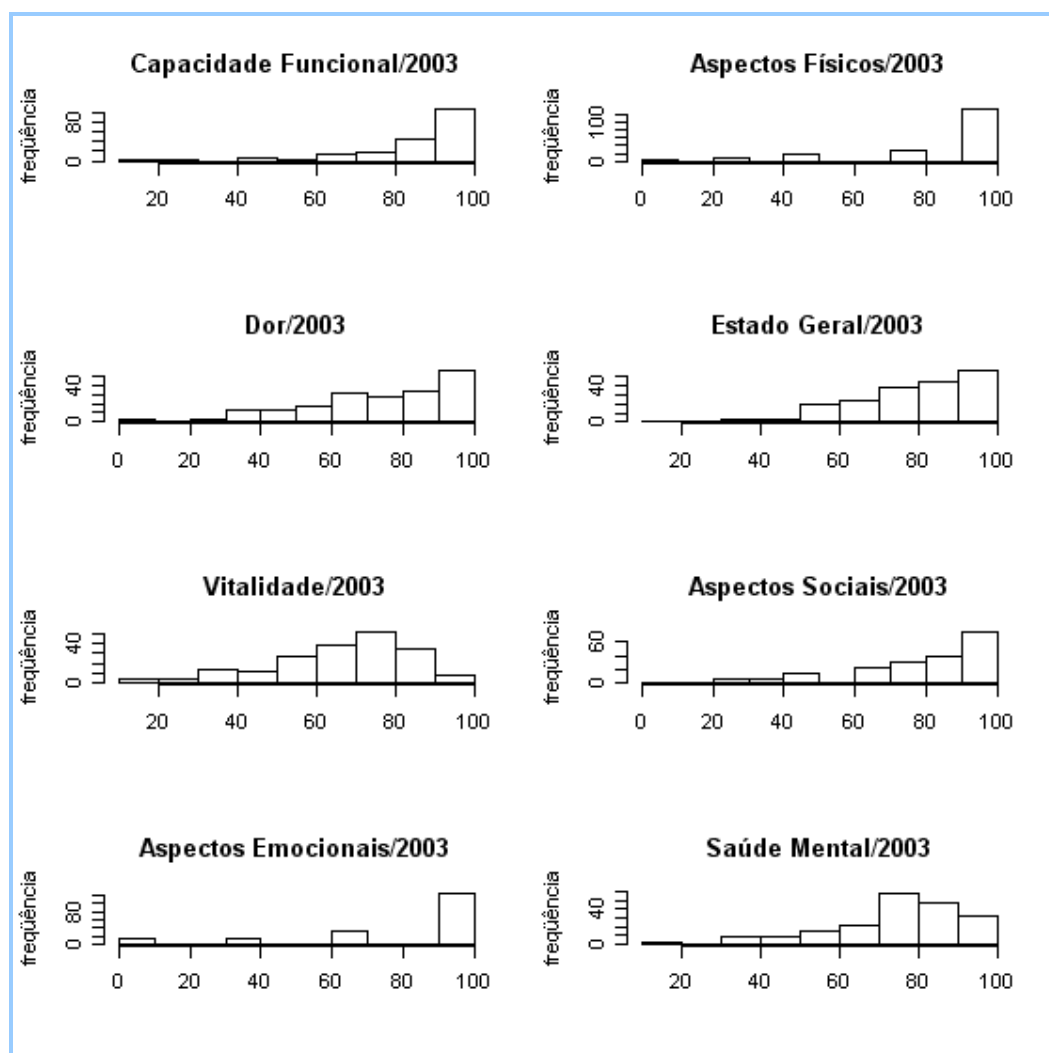
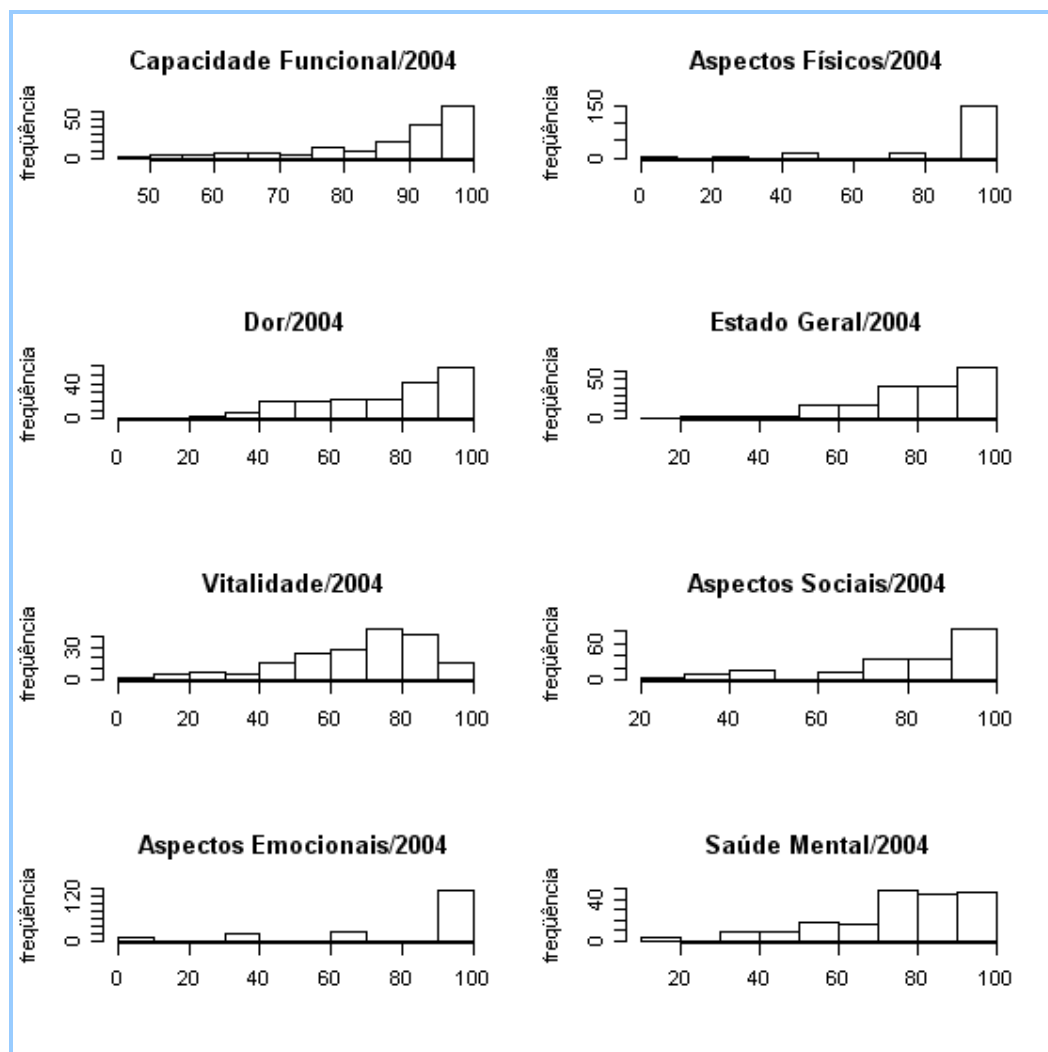


Figura 15: Distribuição dos domínios do SF-36, em 2004.



Os *scores* também foram calculados pela média, segundo os grupos, para identificação do padrão de comportamento em relação aos melhores e aos piores resultados. Os dados obtidos estão sumarizados na Tabela 12

Tabela 12: Distribuição das médias dos domínios do SF-36, em ordem decrescente, segundo os grupos, em 2003.

Grupo A		Grupo B	
Domínio	Score	Domínio	Score
Capacidade funcional	89,0	Capacidade funcional	90,1
Aspectos físicos	86,0	Aspectos físicos	89,8
Aspectos emocionais	81,9	Aspectos sociais	83,1
Aspectos sociais	80,1	Aspectos emocionais	82,0
Estado geral de saúde	76,4	Estado geral de saúde	81,5
Saúde mental	75,0	Saúde mental	76,6
Dor	72,0	Dor	75,3
Vitalidade	68,4	Vitalidade	69,6

As mudanças das médias, segundo os grupos, ao longo do estudo, foram analisadas pelo teste de Wilcoxon. Os resultados estão sumarizados na Tabela 13

Houve melhora estatisticamente significativa nos domínios Vitalidade, Aspectos Emocionais e Saúde Mental apenas entre trabalhadores do Grupo B.

Tabela 13: Percepção de Qualidade de Vida em Saúde, em média, conforme os domínios do SF-36, segundo os grupos, nos anos de 2003 e 2004.

Domínio	Grupo A	Grupo A	p*	Grupo B	Grupo B	p*
	2003	2004		2003	2004	
Capacidade funcional	89,0	89,9	0.252	90,1	91,0	0.171
Aspectos físicos	86,0	87,1	0.244	89,8	94,7	0.583
Dor	72,0	73,2	0.281	75,3	76,0	0.369
Estado geral de saúde	76,4	76,7	0.380	81,5	83,6	0.268
Vitalidade	68,4	67,4	0.424	69,6	74,4	0.003
Aspectos sociais	80,1	81,3	0.443	83,1	85,5	0.220
Aspectos emocionais	81,9	80,2	0.708	82,0	93,0	0.005
Saúde mental	75,0	74,2	0.625	76,6	80,7	0.001

* p-valores obtidos a partir do Teste de Wilcoxon.
Os p-valores estatisticamente significantes estão destacados em negrito.

4. DISCUSSÃO

4.1. ADESÃO AO ESTUDO

Em relação à adesão ao estudo, percebeu-se que esta foi maior entre os indivíduos que trabalhavam em local fixo, como fábricas e sede, do que dos indivíduos da Equipe de Vendas, cujo deslocamento é constante, visitando clientes diariamente. No primeiro grupo, que foi nomeado como Grupo A, a adesão foi quase o dobro (58,5%) da encontrada no Grupo B (30,0%). No total, a adesão foi menos da metade (43,9%) do estimado no início do estudo. O tamanho reduzido das amostras comprometeu algumas análises estatísticas, em especial em relação ao tabagismo.

É razoável supor que a natureza diversa das atividades profissionais dos trabalhadores envolvidos na pesquisa tenha influenciado esta diferença na adesão ao estudo. O trabalho em local fixo, com horários bem definidos, com suporte médico local pode ter contribuído para que o Grupo A tenha aderido ao estudo de forma mais significativa do que o Grupo B, que não dispunha das mesmas condições facilitadoras.

O acesso aos profissionais de saúde, facilitado pela existência dos ambulatórios que eram usados para consultas assistenciais, além dos exames ocupacionais, também pode ter motivado individualmente os aderentes do Grupo A em comparação ao Grupo B, que não tinha as mesmas facilidades.

Além disso, os trabalhadores do Grupo B tinham uma rotina de trabalho bastante distante da organização, com uma jornada de trabalho variável, com várias visitas a clientes por dia, exigindo deslocamento entre

diferentes áreas, com várias horas de direção de veículo automotor. Este trabalho freqüentemente é desenvolvido individualmente, com contatos esparsos com outros colegas. Estas condições podem afetar a identificação do trabalhador com iniciativas que são entendidas como organizacionais e podem ter contribuído para uma menor adesão ao estudo.

Em relação à perda de seguimento, percebeu-se um comportamento semelhante entre os Grupos, sendo que a maior perda de seguimento (32,9%) foi evidenciada no Grupo B, em relação ao Grupo A (24,5%). No entanto, no Grupo A o fator que parece ter influenciado mais o trabalhador a desistir do estudo foram as mudanças organizacionais, como a perda de emprego. O *downsizing* (redução do número de empregados) da companhia impactou a perda de seguimento de forma seletiva. Na fábrica 1, antes da aplicação do 2º. questionário, a perda de seguimento foi a mais alta, de 65%. Na fábrica 3, onde havia sinais de investimento econômico para manutenção da produção, a perda foi de apenas 2%. Em um nível intermediário ficaram a fábrica 2, onde os trabalhadores suspeitavam do fechamento (o que realmente ocorreu alguns meses depois), com perda de 30%, e a sede, com 13%.

4.2. PERFIL DEMOGRÁFICO E INDICADORES RELACIONADOS À SAÚDE

Em relação ao perfil demográfico, os grupos se assemelham em relação a faixa etária, estado civil e escolaridade. A predominância do gênero masculino (73,2%, para o Grupo A e 87,3% para o Grupo B) era esperada devido à natureza do trabalho exercido pelos trabalhadores, na produção ou em vendas. O tipo de trabalho, que exige mão-de-obra especializada na área de alimentos, também é compatível com os achados em relação à faixa etária, que majoritariamente apresentava de 29 a 38 anos. A distribuição do estado civil parece ser compatível com a faixa etária encontrada, sendo a maioria formada por pessoas casadas.

Já a semelhança de escolaridade não era esperada. Presumia-se inicialmente que o trabalhador da produção tivesse nível de escolaridade menor em relação ao trabalhador da área de vendas. Os achados mostraram uma distribuição bastante semelhante com predominância do ensino médio completo para ambos os grupos, sendo 58,8% para o Grupo A e 66,7% para o Grupo B. É razoável supor que o trabalhador, em geral, tem buscado uma melhoria no seu nível de escolaridade da mesma forma que o próprio mercado já busca profissionais com mais anos de formação para funções que no passado não o exigiam.

Renda foi a diferença estatisticamente mais significativa entre os grupos. Enquanto a maioria dos trabalhadores de fábricas e sede (66,9%) apresentaram salários menores de R\$ 2000,00; os trabalhadores da área de

vendas tinham em sua maioria (52,4%) salários medianos (entre R\$ 2000,00 e R\$ 5000,00). Aparentemente os salários dos trabalhadores da área de produção são mais baixos do que os demais.

A diferença em relação ao tempo na empresa, apesar de estatisticamente significativa, expressa um possível viés. Até 2002, quase a totalidade dos vendedores era terceirizada, quando a companhia mudou sua estratégia e admitiu estes trabalhadores como empregados. O tempo total trabalhado na empresa, independente do tipo de vínculo, não foi medido.

Por todas as diferenças demográficas encontradas não é possível considerar a possibilidade de um grupo servir de controle para o outro, o que motivou o abandono desta linha de abordagem na análise dos dados.

Quanto aos indicadores relacionados à saúde, os grupos são semelhantes entre si em relação ao tabagismo e à prática de atividade física.

No entanto, a prevalência de tabagismo encontrada (13,8% para o Grupo A e 9,5% para o Grupo B) foi bem menor do que a estimada no início do estudo (20%), considerando-se os dados da população geral. Parece haver uma menor prevalência de tabagismo entre os trabalhadores, quando comparados com a população geral, o que pode ser fruto de viés na seleção dos trabalhadores ou resultado de campanhas ou programas anti-tabagismo no local de trabalho.

Já em relação à atividade física, os dados encontrados (57,7% para o Grupo A e 56,5% para o Grupo B), considerando-se atividade física por tempo menor que 120 minutos por semana, foram semelhantes aos estimados no início do estudo (60%).

A maior diferença identificada, estatisticamente significativa, entre os grupos foi do Índice de Massa Corpórea. Enquanto o Grupo A apresentou uma prevalência de IMC maior que 25 Kg/m² (44,1%) semelhante à estimada (40%) no início da pesquisa, o Grupo B apresentou prevalência de quase o dobro (79,3%). Esta diferença nos levou a levantar algumas hipóteses para o fato.

Fatores sabidamente relacionados com o aumento de peso, como falta de atividade física e a idade avançada, foram descartados devido à semelhança entre os grupos.

Em relação à renda, dados no Brasil mostram que existe uma correlação entre aumento do Índice de Massa Corpórea e a renda, de acordo com o gênero, sendo que 56,2% dos homens nas classes de rendimentos superiores a cinco salários-mínimos apresentam excesso de peso, segundo o IBGE (2003) ¹¹⁹. Entre as mulheres, ocorre o inverso, com crescimento dos percentuais de obesidade até os rendimentos de dois salários-mínimos, caindo a partir daí. Considerando que o Grupo B era predominantemente masculino e com maior renda, uma maior prevalência de sobrepeso e obesidade seria esperada, mas ainda assim, a taxa encontrada (79,3%) está acima da população geral brasileira.

É possível que as características das atividades laborais deste grupo tenham influenciado estes resultados. O fato de estes indivíduos trabalharem com visitas a diversos clientes durante o dia, despendendo várias horas no trânsito de suas cidades, pode fazer com que os horários das refeições não sejam regulares. Além disso, as refeições eram feitas em locais diversos,

dependendo da agenda do dia, e nem sempre restaurantes com opções mais saudáveis são facilmente encontrados. Faz sentido supor que a qualidade de alimentação destes indivíduos não seja tão adequada, ao menos quando comparada com trabalhadores que têm restaurantes à sua disposição nos locais de trabalho.

Horários irregulares e alimentação de má qualidade, em particular com dieta hipercalórica, são comuns entre os indivíduos que não têm local fixo de trabalho, e que se deslocam de carro a maior parte da jornada de trabalho. Estudos mostram que a obesidade é comum em motoristas ¹²⁰.

Comparativamente, o Grupo A dispunha de restaurantes nos locais de trabalho, em especial nas fábricas. As refeições eram planejadas e preparadas sob a supervisão de uma nutricionista, havendo uma oferta balanceada em todas as refeições. Embora, os pratos não fossem porcionados fazendo com que o trabalhador faça suas próprias escolhas em relação à combinação e quantidade de alimentos, o que pode desbalancear a dieta, pode-se supor que o fato de haver uma regularidade de horário, com oportunidade de combinação de alimentos saudáveis, teve impacto na menor prevalência de sobrepeso e obesidade. Vale ressaltar que apesar disso, a prevalência encontrada foi semelhante à da população geral, sugerindo que o balanceamento da dieta pode ser melhorado.

Ao longo dos doze meses deste estudo, não foram identificadas mudanças nos perfis de fatores de risco para a saúde medidas por meio de indicadores objetivos para tabagismo, prática de atividade física e excesso

de peso. Várias hipóteses foram levantadas para explicar estes dados, como descrito nos itens que seguem.

a) Tempo de seguimento insuficiente

O pouco tempo de seguimento deste estudo pode ter afetado a ausência de mudanças nos indicadores objetivos. Guidelines e estudos mostram uma associação entre o tempo dispensado no aconselhamento em promoção da saúde e os resultados obtidos. Os exemplos citados na Introdução, como as iniciativas da Johnson & Johnson, Glaxo SmithKline, Citibank, Dupont, dentre outros, são de programas de promoção da saúde já amadurecidos, com vários anos de seguimento, alguns com mais de 10 anos.

Baun ¹²¹ recomenda que programas tenham revalidação do planejamento a cada 15 a 18 meses, minimamente, em substituição aos programas de 12 meses. Os *guidelines* da USPSTF e do INCA recomendam um seguimento médico de 4 a 12 semanas para o tratamento de pacientes que querem deixar de fumar, com consultas de retorno em 3, 6 e 12 meses. Segundo estas instituições o seguimento durante este período mostra-se mais eficiente do que o aconselhamento pontual.

Em relação à atividade física, estudos recomendam intervenções mais duradouras ou intensas, com suporte organizacional, em detrimento a intervenções mais curtas. Em 2000, Norris et al ¹²² demonstraram que

intervenções de curto prazo estão associadas a mudanças discretas, ou nenhuma mudança, quando comparadas com um grupo controle. Em um estudo controlado randomizado com 812 pacientes atendidos por médicos treinados em PACE (*Physician-Based Assessment and Counseling for Exercise*), estratégia de avaliação e aconselhamento para a prática de atividade física, não foram identificadas diferenças significativas entre o grupo controle e o grupo intervenção, após 6 meses de seguimento.

Em outro ensaio clínico controlado randomizado, em 2003, Proper et al.¹²³ chegaram a conclusões semelhantes. O aconselhamento individual para a prática de atividade física não produziu aumento do tempo dedicado a exercícios, bem como não reduziu o Índice de Massa Corpórea dos integrantes do grupo intervenção, quando comparado com o controle, durante o seguimento de 9 meses. No entanto, os autores encontraram melhoria significativa de outros componentes como da capacidade cardio-respiratória, da porcentagem de gordura corporal, da pressão arterial e do nível de colesterol.

O mesmo é válido para a adoção de uma alimentação saudável com perda de peso. Estudos mostram que intervenções continuadas e mais longas têm associação com melhores resultados. Sorensen et al.¹²⁴, em 1998, acompanharam trabalhadores de 12 localidades durante 2 anos. Parte dos locais de trabalho recebeu intervenções como educação em saúde, envolvimento do trabalhador nos programas, oferta de alimentos saudáveis. Segundo os autores, houve aumento significativo do consumo de frutas e vegetais, bem como redução do total de calorias ingeridas por dia.

Bertera ¹²⁵ acompanhou 14.279 trabalhadores, randomizados em grupo controle e intervenção, pelo período de 2 anos. As ações de promoção da saúde incluíram treinamento dos trabalhadores, avaliação de saúde e suporte organizacional com informações sobre cada alimento oferecido nos restaurantes. Ao término do estudo, em 1993, Bertera identificou que houve redução de pressão arterial e nível de colesterol entre os indivíduos que tinham um ou mais fatores de risco cardiovascular; e houve redução de peso entre os indivíduos que não apresentavam fatores de risco.

É possível também que a intensidade da intervenção não tenha sido adequada. Estudos mostram uma associação entre a intensidade das ações e os resultados obtidos. Aldana et al. acompanharam 337 voluntários que participaram de um programa intensivo sobre alimentação e perda de peso. O programa incluiu 40 horas de treinamento, durante 4 semanas. Os integrantes foram avaliados após 6 semanas e houve redução estatisticamente significativa ($p < 0,001$) do Índice de Massa Corpórea (obesos eram 59,8% no início do estudo e passaram a ser 54,5%) e aumento também significativo ($p < 0,001$) para a ingestão freqüente de frutas e vegetais (era 35,3% e passou a 71,8% dos participantes).

b) Ausência de suporte organizacional

Outra hipótese a ser discutida é a ausência de suporte organizacional que pode ter sido decisiva para que os indicadores estudados não tenham

sido modificados. Vários estudos discutem a importância do suporte ambiental e organizacional para a obtenção de melhores resultados.

Em 2005, Matson-Koffman et al.¹²⁶ conduziram uma revisão da literatura sobre intervenções para promoção de atividade física e alimentação saudável, com a avaliação de 64 estudos. As seguintes intervenções no local de trabalho mostraram os melhores resultados: abordagens integradas que envolvam educação dos trabalhadores, apoio dos colegas de trabalho e acesso a locais para a prática de atividade física; disponibilidade de alimentos saudáveis; informações sistemáticas e treinamento dos profissionais de saúde para aconselhamento em promoção da saúde.

Em 1999, Farrelly et al.¹²⁷ compararam a prevalência de tabagistas e a média de cigarros fumados por dia, entre pessoas que trabalhavam em locais com diferentes políticas de restrição ao tabagismo. Nos locais de trabalho completamente livres de tabaco, a prevalência de tabagistas era 6% menor e a média do número de cigarros fumados por dia era 14% menor, quando comparados com locais onde havia restrições mínimas ao tabaco.

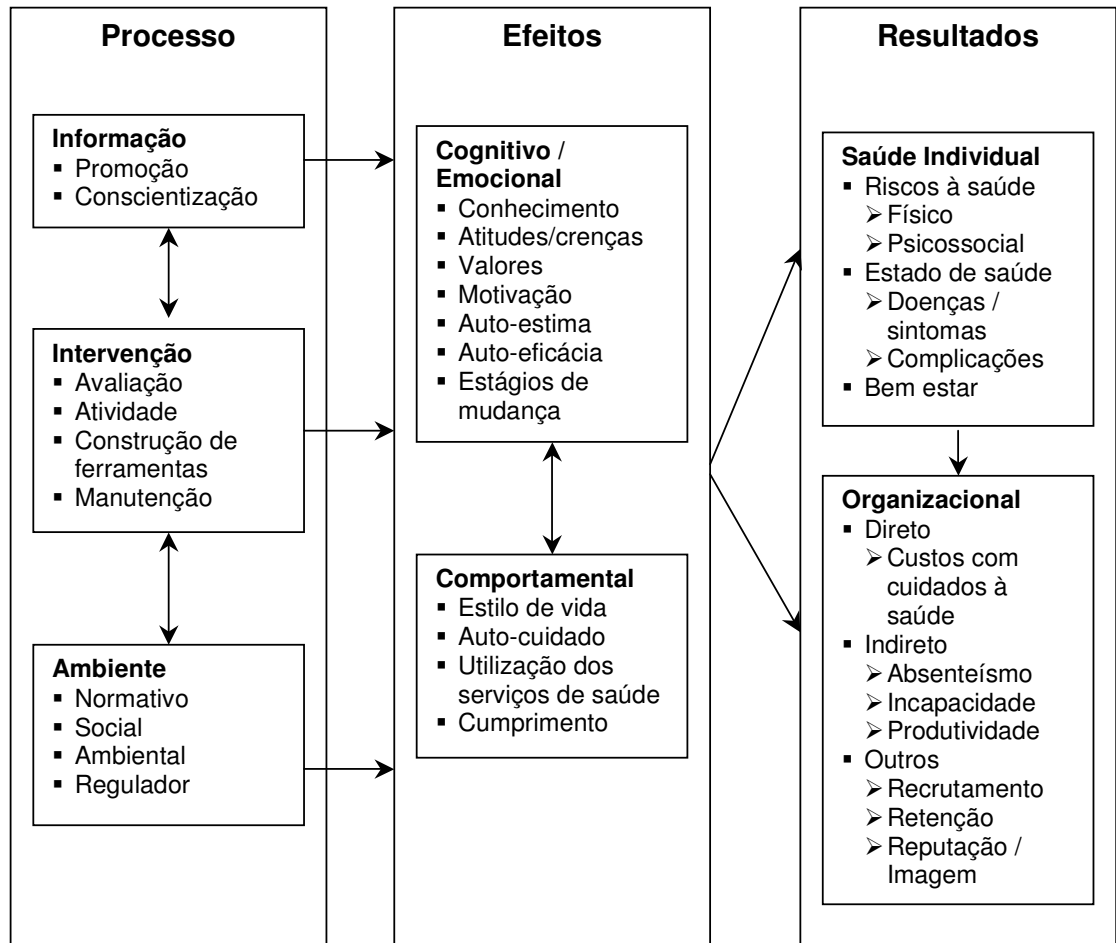
O'Donnell¹²⁸, em 2002, já correlacionava a probabilidade de sucesso de um programa de promoção da saúde com o suporte organizacional. Segundo o autor, o impacto destes programas pode ser relacionado com três níveis de ação: conscientização (nível I), mudança de comportamento (nível II) e suporte organizacional (nível III). O'Donnell desenvolveu uma matriz para avaliar a probabilidade da empresa atingir seus objetivos, de acordo com o nível trabalhado em promoção da saúde. Por exemplo, a

melhoria da imagem da empresa é improvável se só houver ações no nível I, possível se as ações foram ampliadas para o nível II e provável se o nível III for alcançado. A redução de absenteísmo é possível no nível I, provável no nível II e muito provável no nível III. A diminuição dos custos médico-hospitalares é improvável com ações no nível I, possível com o alcance do nível II e provável ao atingir o nível III.

Em 2001, Anderson et al ¹²⁹ propuseram um modelo conceitual (Figura 16) associado a resultados individuais e financeiros, que incorpora os conceitos-chave das mais importantes teorias de mudança, e que é bastante útil para avaliar os programas de promoção da saúde no trabalho. O modelo é dividido em três áreas:

- Processo: que é a parte operacional do programa, composta das estratégias de informação, intervenções propriamente ditas e suporte ambiental/organizacional, com a adoção de regulamentação, normas e suporte social;
- Efeitos: que seriam os impactos diretos do programa, como as mudanças cognitivo-emocionais (aumento do conhecimento, melhora da motivação e da auto-estima, incremento da auto-eficácia nos cuidados com a saúde) e as mudanças comportamentais, em especial no estilo de vida;
- Resultados: que agrupam os resultados esperados do programa, tanto em nível individual (redução dos riscos à saúde, menor freqüência de queixas e adoecimento, sensação de bem-estar) quanto organizacional (redução de custos médico-hospitalares e do absenteísmo, aumento de produtividade, maior retenção de talentos na empresa).

Figura 16: Modelo Conceitual aplicado à Promoção da Saúde, segundo Anderson et al. (2001).



Recentemente (2005) O'Donnell ¹³⁰ descreveu um modelo bastante simples sobre o que melhor funciona nos programas de promoção da saúde, segundo sua experiência. O modelo é estruturado em quatro pilares: melhorar o conhecimento, aumentar a motivação, desenvolver habilidades e prover oportunidades.

Segundo o autor, o processo de educação em saúde, focado em fazer com que as pessoas tornem-se mais conscientes dos riscos da manutenção de comportamentos não saudáveis e dos benefícios da adoção de comportamentos saudáveis, é importante para que as pessoas considerem prós e contras das mudanças comportamentais, bem como para mobilizar organizações e comunidades, mas é apenas o começo.

Para motivar pessoas, é preciso saber como lidar com os diferentes estágios de mudança comportamental a fim de adequar as estratégias utilizadas, aumentar a auto-eficácia para mover as pessoas para estágios avançados e mudanças comportamentais propriamente ditas. Por exemplo, uma pessoa em pré-contemplação não tem interesse em ouvir a respeito de como mudar um determinado comportamento não saudável, enquanto uma pessoa em contemplação pode estar interessada na mesma informação.

Além do domínio do modelo trans-teórico, O'Donnell também defende a idéia de que, para ser mais efetivo, o promotor de saúde deve entender o que move emocionalmente as pessoas em suas vidas, quais são seus objetivos em longo prazo e suas prioridades presentes.

O desafio seguinte é a transformação de motivação em ação, através do desenvolvimento de habilidades, mudando o discurso sobre “o que fazer”,

utilizado durante o processo de educação, para o “como fazer”. É preciso ajudar as pessoas a superar as barreiras encontradas quando elas tentam adotar novos comportamentos, tais como: falta de tempo, influências sociais, falta de conhecimento, recursos financeiros limitados, acesso restrito a facilidades para a prática de atividade física ou a adoção de hábitos alimentares saudáveis. Segundo O’Donnell, desenvolver habilidades não é difícil, mas requer atenção especial dos gestores dos programas de promoção da saúde.

Finalmente, é importante entender que pessoas bem informadas, motivadas e com habilidades bem desenvolvidas podem fazer muito a fim de criar oportunidades para fazer as mudanças necessárias. No entanto, mesmo pessoas com estas características podem enfrentar muitas dificuldades neste processo. O suporte social e organizacional facilita a adoção de hábitos saudáveis para pessoas motivadas, bem como pode levar pessoas pouco motivadas a adotar estes hábitos quando o suporte é abundante. Os elementos do suporte social e organizacional estão descritos na Tabela 14.

Tabela 14: Elementos de suporte ambiental, proposto por O'Donnell (2005).

Elementos de Suporte Ambiental	
Ambiente físico	Alimentação saudável em restaurantes e cafés Ambientes livres de tabaco Mobiliário ergonomicamente adequado Oportunidades para atividade física
Políticas organizacionais	Cobertura médica para procedimentos preventivos Política de combate ao tabagismo Política de gerenciamento de estresse Benefícios e horários flexíveis Política de premiação de presenteísmo
Cultura organizacional	Modelos saudáveis Sistemas de incentivo e de comunicação Suporte de parceiros
Manutenção de estruturas e programas	Departamento de promoção da saúde Supervisão e coordenação Programa de Assistência ao Empregado Programas de recreação
Envolvimento e co-responsabilidade do empregado	Planejamento do programa Promoção do programa Entrega do programa Liderança do programa Evolução do programa

c) Treinamento insuficiente

É possível que o treinamento dos profissionais de saúde, em especial dos médicos, não tenha sido efetivo, ou que não tenha tido um formato adequado para as condições do estudo. O treinamento foi conduzido sem uma avaliação prévia e posterior, que medisse a retenção de conhecimento dos participantes.

Por deficiência do treinamento, ou pela não adesão dos profissionais treinados, é possível que o aconselhamento efetivo dos trabalhadores não tenha acontecido na prática ou, pelo menos, não tenha sido por eles percebido.

Apesar do questionário aplicado se propor a identificar o reconhecimento do aconselhamento médico por parte dos trabalhadores, a taxa de não resposta inviabilizou a análise estatística destes dados.

Segundo Verheijdsen et al.¹³¹ médicos não treinados, ou treinados de forma insuficiente, tendem a não reconhecer os estágios de mudança comportamental, dando aconselhamento às pessoas erradas, nos momentos errados. Segundo os autores, apesar de promoção da saúde ser um tema que faz parte da formação básica do médico do trabalho no Reino Unido, muitos destes profissionais não se sentem seguros para abordar os trabalhadores com este tema. Estudos já demonstraram a importância do treinamento para a adesão dos profissionais de saúde ao aconselhamento em promoção da saúde. Korzeniowska¹³² pesquisou 325 médicos do trabalho na Polônia e 50% deles não compreendiam os conceitos dos

programas de promoção da saúde no trabalho. Os dados encontrados demonstram, segundo o autor, a urgência em se prover treinamento para médicos no que se refere a este tipo de programas.

Estudos também têm relacionado treinamento de médicos à melhoria na performance do aconselhamento em promoção da saúde, com obtenção de bons resultados na mudança de fatores de risco para a saúde, como os descritos anteriormente, de Eckstrom⁹⁶ e Albright⁹⁷.

Segundo Kaijser¹³³, a eficiência do treinamento está relacionada a melhores resultados também na área financeira. Em seu estudo, as atividades de gerenciamento do treinamento em promoção da saúde são essenciais. O treinamento foca na mudança do paradigma do cuidado com a doença para a melhoria da saúde e, toda a equipe envolvida no programa de promoção de saúde, composta por médicos, enfermeiros, psicoterapeutas, psicólogos, consultores em gerenciamento e engenheiros, foram obrigados a participar dos treinamentos. Os resultados encontrados por Kaijser, em 2005, mostraram que o retorno financeiro foi cinco vezes maior do que o estimado no início do estudo, em relação às despesas médico-hospitalares.

Em 2001, Trembaly et al.¹³⁴, no Canadá, relacionaram o treinamento intensivo de médicos com intervenções mais eficientes na prática clínica para a cessação do tabagismo. Após 3 anos de oficinas de trabalho, publicação de artigos e de guidelines, os médicos canadenses, especialmente as mulheres, mostraram-se habilitados para identificar as fases de prontidão para a cessação do tabagismo, bem como as estratégias para atuar em cada fase. A oferta de material informativo sobre a cessação

do tabagismo, para tabagistas em contemplação, passou de 55,0% para 73,2% ($p = 0,004$). Para aqueles no estágio de preparação, a média de médicos que negociaram uma data para parar de fumar aumentou de 67,0% para 85,8% ($p < 0,001$) após o treinamento.

Mendonça ¹³⁵, que estudou as atividades dos profissionais de saúde no Centro de Promoção da Saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sua tese de doutorado de 2005, defende que o profissional que trabalha com promoção da saúde precisa estar consciente do que faz, e não apenas agir intuitivamente, necessitando de treinamento adequado, embora aconselhamento para promoção da saúde ainda não faça parte, sistematicamente, dos currículos de formação de profissionais de saúde.

d) Impacto das mudanças organizacionais

Finalmente, outra hipótese a ser discutida é o impacto das mudanças organizacionais ocorridas, em especial com redução de pessoas, sobre a saúde dos trabalhadores remanescentes.

É razoável supor que as mudanças organizacionais ocorridas no decorrer deste estudo tenham tido impacto negativo sobre os indivíduos que trabalhavam nos locais onde houve mudanças organizacionais significativas, podendo ter prejudicado a motivação e a mudança de comportamentos de risco para a saúde.

Os efeitos das alterações organizacionais sobre a saúde, em especial com a redução de pessoas e a insegurança no emprego, estão bem estabelecidas. Vários estudos mostram que a redução de pessoas no ambiente de trabalho, com reorganização das tarefas, estratégia conhecida como *downsizing* é associada ao aumento do estresse e afeta não apenas as pessoas que perdem o emprego, mas também as que ficam e são conhecidas como “sobreviventes”.

Em 2005, Dragano et al.¹³⁶ conduziram um estudo com 12.240 homens e 10.319 mulheres, entre 16 e 59 anos, que “sobreviveram” a um grande *downsizing* na Alemanha. As queixas de saúde nestes trabalhadores aumentaram até quatro vezes (OR = 4,41 em homens; OR = 5,37 em mulheres), em comparação com grupos de pessoas não expostas à mesma situação, incluindo sintomatologia psicossomática e piora da autopercepção de saúde.

Dados semelhantes foram relatados por Pepper et al.¹³⁷, em 2003, em uma empresa de energia nos Estados Unidos, onde houve aumento de queixas de saúde, sugerindo que a redução de pessoas tem efeito negativo sobre a saúde física e mental dos que permanecem no emprego.

Na Suíça, estudo conduzido em 2000 entre 2.024 trabalhadores¹³⁸ de tempo integral e parcial, sorteados aleatoriamente entre a população geral, correlacionou o medo do desemprego com dez indicadores de saúde (auto-percepção de saúde; alto nível de estresse auto-referido; baixa auto-estima; consumo diário ou semanal de tranqüilizantes; distúrbios do sono; aumento das consultas médicas; lombalgia; tabagismo; consumo regular de álcool e

temor em procurar ajuda médica). Os resultados mostraram que o estresse psicossocial induzido pela insegurança no emprego (medo do desemprego) tem efeito negativo, estatisticamente significativo, em sete dos dez indicadores, incluindo tabagismo. Dados semelhantes foram relatados no Canadá por McDonough ¹³⁹ em 2000 na população geral, com um aumento de desordens relacionadas ao estresse e uso de medicamentos, associado a altos níveis de insegurança no emprego.

Finalmente, entre 1997 e 2000, Vahtera et al ^{140, 141} acompanharam 530 trabalhadores na Finlândia antes, durante e após um período de recessão com insegurança de emprego. Os estudos mostraram que mudanças negativas no ambiente psicossocial de trabalho tem efeitos negativos sobre a saúde dos trabalhadores, sendo pior quanto maior o risco de perda do emprego. No estudo, a taxa de absenteísmo aumentou 2,3 vezes após a maior redução de pessoas.

Já a relação do estresse no ambiente de trabalho e os fatores de risco para a saúde, como sedentarismo, tabagismo e Índice de Massa Corpórea está parcialmente estabelecido, como mostram Brisson et al ¹⁴². Os dados coletados a partir do questionário organizado por Karasek ¹⁴³ para avaliação da demanda psicossocial no ambiente de trabalho foram relacionados a fatores de risco como tabagismo, sedentarismo e Índice de Massa Corpórea. A prevalência de tabagismo foi mais elevada para as mulheres que se encontravam no percentil mais alto (OR = 1,2). Prevalência de sedentarismo foi mais elevada entre os que se enquadraram no percentil mais baixo (OR =

1,3) e no grupo passivo (OR = 1,3). Índice de Massa Corpórea não mostrou associação significativa com nenhum percentil.

Por estas razões, pode-se supor que mesmo que o Grupo A tenha tido melhores condições ambientais de suporte, como ambulatório médico e restaurante com nutricionista, o aumento de demanda psicossocial no ambiente de trabalho pode ter tido um impacto negativo sobre a saúde destes trabalhadores, afetando mudanças comportamentais que poderiam ocorrer em condições mais favoráveis.

4.3. PERFIL DOS ESTÁGIOS DE MUDANÇA COMPORTAMENTAL

Apesar de não terem sido detectadas mudanças objetivas do hábito de fumar, atividade física, alimentação visando ao controle do excesso de peso, e suas possíveis causas já discutidas, em relação às fases de prontidão para mudança comportamental, evidenciou-se uma progressão dos estágios iniciais (pré-contemplação e contemplação) para estágios mais avançados (preparação, ação e manutenção), estatisticamente significativa no teste de Mann Withney, para o aumento de atividade física em ambos os grupos ($p = 0,008$ para o Grupo A e $p = 0,001$ para o Grupo B) e para a redução do IMC ($p = 0,001$ para o Grupo A). Esta progressão foi identificada entre os indivíduos que necessitavam mudar seus comportamentos (sedentários e com excesso de peso).

Estes resultados podem ter sido decorrentes das ações de promoção da saúde que foram desenvolvidas para o Grupo A, melhorando sua motivação para o aumento da atividade física. No entanto, o Grupo B não recebeu as mesmas intervenções e também apresentou a mesma tendência. É possível que o Grupo B, tenha percebido a aplicação do questionário como uma intervenção de promoção da saúde. Naturalmente, o mesmo pode ter acontecido com o Grupo A. Estudos mostram que intervenções pontuais podem ser percebidas e, portanto serem efetivas, em alguns indicadores. Em 2006, Griffin-Blake e Dejoy ¹⁴⁴ demonstraram que intervenções simples, como a divulgação de material informativo impresso, modificaram as fases de prontidão para a prática de atividade física, movendo-as para estágios mais avançados.

A questão neste caso é discutir o quanto o aconselhamento recebido pelos integrantes do Grupo A possa ter impactado este resultado, visto que não havia suporte organizacional para a prática de atividade física. E quanto este resultado poderia ter sido melhor se as grandes mudanças organizacionais ocorridas durante o estudo, devido à incorporação da empresa, não tivessem acontecido. Em suma, embora mais acolhido pelas ações de promoção da saúde, este grupo sofreu mais com a pressão psicossocial.

Por outro lado, o Grupo B, embora menos acolhido, não foi alvo das grandes mudanças estruturais pelas quais passou a companhia, como a redução de pessoas, o que pode tê-lo tornado mais sensível a intervenções simples, como a aplicação do questionário desta pesquisa.

Já para a melhora da alimentação e redução do peso e, portanto do Índice de Massa Corpórea, os estágios de mudança comportamental apresentaram progressão estatisticamente significativa apenas para o Grupo A ($p= 0,001$), e não para o Grupo B ($p = 0,227$). Neste caso, faz sentido supor que as ações de promoção da saúde, incluindo suporte dos restaurantes nas fábricas, possa ter influenciado este resultado.

Em relação ao Grupo B é possível que uma combinação de fatores tenha atuado sobre os indivíduos. Mesmo que o questionário tenha sido percebido como uma intervenção de promoção da saúde, como que se supõe ter ocorrido com atividade física, é possível que esta ação não tenha sido forte o suficiente para neutralizar barreiras como a ausência de suporte organizacional, a necessidade de fazer refeições em locais diferentes quase diariamente, a não regularidade de horários e, principalmente, a alta prevalência de sobrepeso e obesidade neste grupo que era de 79,3%.

Não foram identificados mudanças ou fatores que tenham influenciado os estágios de mudança comportamental para deixar de fumar devido ao tamanho das amostras de tabagistas (17 respostas para o Grupo A e 6 respostas para o Grupo B), o que impediu a aplicação de modelos estatísticos confiáveis.

Quando os estágios de mudança comportamental são analisados por regressão logística, em relação a todas as outras variáveis, pertencer ao grupo A ou B não se mostrou estatisticamente significativa, pois na análise multivariada, o *Odds Ratio* (OR) dos estágios em relação ao grupo ao qual pertencia o trabalhador, para o aumento de atividade física foi de 0,66 (IC =

0,21-2,06) e, para alimentação e redução de peso, o OR foi de 1,01 (IC = 0,37-2,73).

Na regressão logística simples, considerando os estágios em relação ao aumento de atividade física, escolaridade e renda mostraram-se variáveis estatisticamente significantes, com OR de 2,81 (IC = 1,27-6,20) e OR de 2,56 (IC = 1,21-5,38), respectivamente. No entanto, esta associação não se confirmou na regressão logística multivariada, quando outras variáveis foram adicionadas ao modelo, sugerindo que a possível significância estatística inicial da escolaridade e renda estava na verdade diluída entre os outros fatores de controle (idade, gênero, tempo de empresa).

As proporções de mudanças identificadas sugerem uma movimentação significativa entre estágios mais iniciais (pré-contemplação e contemplação) e estágios mais avançados, como preparação, ação e manutenção. Para atividade física, a proporção de mudança foi de 0,43 para o Grupo A e 0,57 para o Grupo B, enquanto que para alimentação e controle de peso, foi de 0,55 para o Grupo A e 0,52 para o Grupo B. Embora estas mudanças possam ocorrer em ambos os sentidos das fases de progressão, se mantém a tendência de progressão para fases mais avançadas como mostram as Figuras 11, 12 e 13.

Estes dados são compatíveis com a literatura. O estudo de Norris et al ¹²² demonstrou que, apesar da prática de atividade física não ter aumentado em seis meses de aconselhamento médico, os pacientes em contemplação progrediram para estágios mais avançados, quando comparados com o grupo controle (p=0,03).

Estes dados estão alinhados com os achados de Griffin-Blake e Dejoy¹⁴⁴, que encontraram progressões nos estágios de mudança comportamental para a prática de atividade física, mediante intervenções simples, bem como são compatíveis com o modelo trans-teórico. Segundo o modelo transteórico, revisitado por Boudereaux et al.¹⁴⁵, em 2003, as mudanças comportamentais ocorrem após um processo de mudanças nos estágios, durante o qual o balanço decisório de prós e contras oscila no sentido de que os prós superem os contras e, desta maneira, os indivíduos progredam para estágios mais avançados, a partir das quais, as mudanças comportamentais efetivamente começam a acontecer.

Em 2000, Hammond et al.¹⁴⁶ também identificaram mudanças nos estágios de mudança comportamental a partir de intervenções individuais para a prática de atividade física com suporte organizacional, entre 1192 trabalhadores. Segundo os autores, 86% dos trabalhadores em contemplação e 64% daqueles em preparação referiram avanço para estágios mais avançados.

Entre 1999 e 2001, Steptoe et al.^{147, 148} conduziram um ensaio clínico controlado randomizado com 883 trabalhadores, no qual houve breve intervenção com aconselhamento baseado nos estágios de mudança, para tabagismo, atividade física, controle de colesterol e de peso, com seguimento por 4 e 12 meses. Os autores identificaram progressão para os estágios de ação/manutenção, estatisticamente significativa, no grupo intervenção, para a prática de atividade física com OR de 1,89 (IC = 1,07-3,36) e para a redução de peso com OR de 2,15 (IC = 1,30-3,56). Foram

identificadas melhorias nos fatores relacionados à prática de atividade física, mas não houve mudança do hábito de fumar, do nível de colesterol, pressão arterial e Índice de Massa Corpórea.

Portanto, as progressões nos estágios de mudança comportamental para a prática de atividade física e para uma alimentação saudável com redução de peso, estão alinhadas com o encontrado na literatura atual.

4.4. PERFIL DE QUALIDADE DE VIDA EM SAÚDE

O questionário SF-36 foi aplicado neste estudo por ser uma das ferramentas mais utilizadas na avaliação da percepção de qualidade de vida em saúde. O questionário teve sua utilidade comprovada internacionalmente por Ware et al ^{149, 150}, e foi traduzido para o português e validado no Brasil por Ciconelli ¹⁵¹, em 1997.

O questionário, composto de 36 itens, avalia os seguintes domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Os domínios são mensurados a partir do cálculo de *scores* que variam de 0 (pior desempenho) a 100 (melhor desempenho).

Em 2003, ambos os grupos tiveram um comportamento bastante parecido entre si, com *scores* acima de 70 em sua grande maioria, o que era esperado para uma população saudável que se mantém ativa no trabalho.

Quando calculadas as médias dos *scores* por domínios, os grupos também têm um comportamento bastante semelhante, sendo a menor média para vitalidade (68,4 para o Grupo A e 69,6 para o grupo B) e a maior para capacidade funcional (89,0 para o Grupo A e 90,1 para o Grupo B). O comportamento dos demais domínios também apresentou um padrão, com diferença apenas na ordem de importância dos aspectos emocionais e sociais (Tabela 13).

Os domínios podem também ser agrupados de maneira a mensurar a saúde física (capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral de saúde) e a saúde mental (vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental).

Analisando sob este ponto de vista, podemos dizer que não houve melhora nos *scores* do Grupo A, entre os anos de 2003 e 2004, e, portanto, não houve impacto das ações de promoção da saúde sobre a percepção dos trabalhadores a respeito de sua qualidade de vida em saúde. O Grupo B, no entanto, apresentou melhora nos domínios vitalidade ($p = 0,003$), aspectos emocionais ($p = 0,005$) e saúde mental ($p = 0,001$).

Como não houve melhora dos indicadores objetivos pesquisados, supõe-se que esta melhora na percepção de qualidade de vida em relação à saúde mental do Grupo B não teve correlação com as ações de promoção da saúde incluídas no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, mas pode ter correlação com o fato de que o grupo de vendedores tinha uma maior satisfação com o trabalho, pelo fato de terem sido contratados em 2002. Também é possível que a percepção do grupo em relação à sua

qualidade de vida em saúde tenha não sofrido impacto negativo, visto que ele não foi alvo do *downsizing* da empresa.

Estudo conduzido recentemente por Martinez et al., em 2004, relacionou a satisfação com aspectos psicossociais e a saúde dos trabalhadores, utilizando o SF-36¹⁵². Os autores encontraram associação entre satisfação com o trabalho e os domínios Capacidade Funcional e Saúde Mental. Estes dados corroboram os achados de nossa pesquisa.

A relação entre estilo de vida de pessoas saudáveis e qualidade de vida em saúde não está bem documentada na literatura pesquisada. Pesquisa efetuada no MedLine com o termo “SF-36” remete a centenas de avaliações sobre a percepção de qualidade de vida relacionada a doenças. Apenas um estudo, conduzido em 2000 por Kimura et. al¹⁵³, foi encontrado sobre a utilização do SF-36 em trabalhadores saudáveis como instrumento de avaliação em promoção da saúde.

Recentemente, em 2006, Jiang e Hesses¹⁵⁴ publicaram um estudo relacionando fatores de risco para a saúde e percepção de qualidade de vida, a partir de um perfil obtido entre 3843 moradores de Rhode Island, nos Estados Unidos. Segundo os autores, valores menores encontrados no HRQOL (*Health Related Quality of Life*) foram associados a obesidade, ausência de exercícios e tabagismo.

4.5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Agregando os resultados sobre os indicadores de saúde, qualidade de vida e os estágios de mudança comportamental, o que este estudo sugere é que as mudanças na motivação precedem as mudanças comportamentais propriamente ditas, o que está de acordo com várias publicações previamente citadas.

Este estudo apresentou algumas limitações como o pequeno tamanho das amostras, que prejudicou algumas análises estatísticas. É possível que com amostras maiores, os resultados sejam mais facilmente demonstrados, bem como mudanças comportamentais possam ser identificadas.

Considerando o aumento do número de evidências sobre a efetividade das ações de promoção de saúde no local de trabalho, bem como a oportunidade oferecida pela obrigatoriedade legal da elaboração e manutenção do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), mais estudos poderiam ser conduzidos para avaliar o impacto de ações de promoção da saúde aplicadas à saúde ocupacional.

5. CONCLUSÕES

5. CONCLUSÕES

Em relação ao impacto das ações de promoção da saúde, incluídas no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional da empresa, e acompanhadas por 12 meses, podemos concluir que:

1. Não houve mudança estatisticamente significativa nos indicadores objetivos de prevalência de tabagismo, atividade física, alimentação e controle de peso.
2. Houve progressão dos estágios de mudança comportamental em relação a atividade física (Grupos A e B) e alimentação e controle de peso (Grupo A).
3. Não houve impacto significativo sobre os fatores de saúde relacionados à qualidade de vida, segundo a percepção dos trabalhadores.
4. A significativa reorganização estrutural ocorrida na empresa avaliada pode ter influenciado os resultados obtidos no período estudado.

6.REFERÊNCIAS

-
- ¹ Winslow, CEA. The untilled fields of public health. *Science*, 51:23, 1920.
- ² Sigerist, H. The social sciences in the medical school. In: Sigerist, H (Ed): *The University at the Crossroad*. New York: Henry Schumann Publisher, 1946.
- ³ Leavell, H & Clark, EG. *Preventive Medicine for the Doctor in his Community*. New York: McGraw-Hill, Inc., 1965.
- ⁴ Buss, PM. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: *Promoção da Saúde, conceitos, reflexões, tendência*. Ed. Fiocruz: 15-38. 2003.
- ⁵ Lalonde, M. El concepto de “campo de la salud”: una perspectiva canadiense. In: *Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Promoción de la Salud: una antologia*. Washington: Opas, 1996.
- ⁶ What is Healthy People. 2006. Available from www.healthypeople.gov
- ⁷ Ministério da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde*. Brasília. MS, 2002. Disponível em www.saude.gov.br/bvs/conf_tratados.
- ⁸ WHO 1988. Declaração de Adelaide, pp. 19-30. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. *Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sunsvall e Santa Fé de Bogotá*. Ministério da Saúde. Brasília.
- ⁹ WHO 1991. Declaração de Sundsvall, pp. 31-40. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. *Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sunsvall e Santa Fé de Bogotá*. Ministério da Saúde. Brasília.

¹⁰ Health Promotion Agency. 2006. Available from www.healthpromotionagency.org.uk

¹¹ McAvoy, BR et cols. Our Healthier Nation: are general practioners willing and able to deliver? A survey of attitudes to and involvement in health promotion and lifestyle counselling. Br J Gen Pract 1999. Mar; 49 (440): 187-90.

¹² WHO 1997. Declaración de Yakarta, pp. 174-78. In Buss PM (ed) 1998. Promoção da Saúde e Saúde Pública. ENSP, Rio de Janeiro.

¹³ A Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde no Mundo Globalizado. 2005. Disponível em www.nusp.ufpe.br/projetos.

¹⁴CTFPHC History/Metodology. 2006. Available from www.ctfphc.org

¹⁵ US Preventive Services Task Force. Technical methodology. 2006. Available from <http://www.ahrq.gov/clinic/epcindex.htm#methodology>

¹⁶ Declaração de Santafé de Bogotá. Conferência Internacional de Promoção da Saúde; 9-12 de novembro 1992; Santafé de Bogotá; Co. In: Ministério da Saúde (BR). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 15.

¹⁷ Buss PM. Promoção da Saúde e Qualidade de vida. Ciênc. Saúde Coletiva, 2000. Vol 5, no. 1. p 163-177.

¹⁸ II Mostra de Produção em Saúde da Família – dez anos do Programa de Saúde da Família. Brasília. MS, 2004. Disponível em www.saude.gov.br/portal/saude.

¹⁹ Machado K. Saúde da Família se firma como estratégia permanente do SUS. Radis 23, Jul 2004, p 10-11.

²⁰ Cavalcante T. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. Ver Psiq Clin: 32(5); 283-300, 2005.

²¹ Quer parar de fumar? Rio de Janeiro. INCA, 2005. Disponível em www.inca.gov.br/tabagismo.

²² Tabagismo: dados e números. 2002. Disponível em www.inca.gov.br/tabagismo

²³ Ferreira Junior M, Martins MA. Centro de Promoção da Saúde: um novo conceito de ensino, pesquisa e prestação de serviços preventivos de saúde na clínica geral. Revista de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde, ano 1 (4), p. 49-51, 2000.

²⁴ Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 1999. Disponível em www.hcnet.usp.br

²⁵ Associação Brasileira de Promoção da Saúde. 2004. Disponível em <http://www.abps.org.br/>

²⁶ Agita São Paulo. 2006. Disponível em www.agitasp.com.br

²⁷ Move for Health. 2005. Available from <http://www.who.int/moveforhealth/countries>

²⁸ Política Nacional de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde. 2005. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria687_2006_anexo1.pdf.

²⁹ O'Donnel, MP. Health Promotion in the Workplace, p 3-39. Ed. Delmar, 1996.

³⁰ Boles M, Pelletier B, Lynch W. The relationship between health risks and work productivity. *J Occup Environ Med.* 2004 Jul, 46 (7): 737-745

³¹ Goetzel RZ, Ozminkowski RJ. Health and productivity management: emerging opportunities for health promotion in the 21st century. *Am J Health Promotion.* 2000; 14:211-14.

³² Pronk NP, Martinson B, Kessler RC, Beck A et cols. The association between work performance and physical activity, cardiorespiratory fitness, and obesity. *J Occup Environ Med.* 2004 Jan, 46 (1): 19-25.

³³ Serxner AS, Gold DB, Grossmeier JJ, Anderson DR. The relationship between health promotion program participation and medical costs: a dose response. *J Occup Environ Med.* 2003 Nov, 45 (11): 1196-1200.

³⁴ Aldana, SG. Financial impact of health promotion programs: a comprehensive review of the literature. *Am J Health Promot.* 2001 May/Jun; 15 (5): 296-320.

³⁵ . MS/SVS/DASIS. Sistema de Informações sobre Mortalidade. 2002. Disponível em www.datasus.gov.br

³⁶ World Health Organization. *Bulletins.* 2005. Avaliabe from www.who.int/bulletin/volumes/83/11/mendis1105

³⁷ Goetzel RZ, Ozminkowski RJ, Bruno JA, Rutter, KA et cols. The long-term impact of Johnson & Johnson's Health & Wellness Program on Employee Health Risks. *J Occup Environ Med.* 2002 May; 44 (5): 417-424.

³⁸ Fikry I, Flynn MS. Johnson & Johnson LIVE FOR LIFE® Program: Now and The. *Am J Health Promot.* 2001; 15 (5): 365-367.

³⁹ Jones RC, Bly JL, Richardson JE. A study of a worksite health promotion program and absenteeism. *J Occup Med* 1990; 32: 95-99.

⁴⁰ Breslaw I, Fielding J, Hermann A, Wilbur C. Worksite health promotion: its evolution and the Johnson & Johnson experience. *Prev Med.* 1990; 19: 13-21.

⁴¹ Goetzel RZ, Dunn RL, Ozminkowski RJ, Satin K, Whithead DA, Cahill K. Differences between descriptive and multivariate estimates of the impact of Chevron's Health Quest Program on Medical Expenditures. *J Occupa Environ Med.* Jun 1998; 40 (6): 538-545.

⁴² Whitehead DA. A Corporate Perspective on Health Promotion: Reflections and Advice from Chevron. *Am J Health Promot.* 2001; 15 (5): 367-369.

⁴³ Ozminkowski RJ, Goetzel RZ, Amith MW, Cantor RI, Shaughnessy AM, Harrison MJD. The Impact of the Citibank, NA, Health Management Program on Changes in Employee Health Risks Over Time. *J Occup Environ Med.* Ay 2000; 42 (5): 502-511.

⁴⁴ Cruse SM, Forster NJ, Thurgood G, Sys L. Smoking cessation in the workplace: results of an intervention programme using nicotine patches. *Occup Med.* 2001 Dec; 51 (8): 501-506.

⁴⁵ Stave GM. The Glaxo Wellcome Health Promotion Program: The Contract for Health and Wellness. *Am J Health Promot* 2001; 15 (5): 358-360.

⁴⁶ Baase C. An Optimistic View from the Corporate Perspective. *Am J Health Promot* 2001; 15 (5): 363-365.

-
- ⁴⁷ Prêmio Nacional de Qualidade de Vida. Premiados dos Anos Anteriores. 1996. Disponível em http://www.abqv.org.br/inst_pnqv_premiados.php
- ⁴⁸ Matos MFD, Fiszman R. Estratégias de prevenção para doenças cardiovasculares e promoção da saúde. Universidade Federal do Rio de Janeiro e CENPES – Centro de Pesquisas da Petrobrás.
- ⁴⁹ Healthy People 2010 On Line Documents. Volum I: Understanding and Improving Health. 2000. Available from <http://www.healthypeople.gov>
- ⁵⁰ Department of Health. Publications and Statistics. 2006. Available from www.dh.gov.uk
- ⁵¹ Plano de Orçamento Familiar (POF). Ministério da Saúde. 2003. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude>
- ⁵² Dados Epidemiológicos Apurados em Inquérito – Prevalência de Obesidade e Excesso de Peso Estimada para a População Brasileira. 1997. Disponível em <http://www.abeso.org.br>
- ⁵³ Mortalidade relacionada ao uso de tabaco. Organização Mundial da Saúde. 2003. Disponível em www.who.org
- ⁵⁴ Tabagismo: dados e números. INCA, 2004. Disponível em www.inca.gov.br
- ⁵⁵ U.S. Department of Health and Human Services. 1996. Physical Activity and health. A report of the Surgeon General. Atlanta, GA: Author.
- ⁵⁶ Goetzel RZ. The financial impact of health promotion and disease prevention programs – why is it so hard to prove value? Am J Health Promotion. 2001; 15(5): 277-80.

⁵⁷ Healthy People – What is the History? 2006. Available from <http://www.healthypeople.gov/>

⁵⁸ Anderson DR, Serxner SA, Gold DB. Conceptual framework, critical questions, and practical challenges in conducting research on the financial impact of worksite health promotion. *Am J Health Promotion*. 2001; 15(5): 281-88.

⁵⁹ Whitmer RW, Dundon MW. Health Enhancement Research Organization (HERO). *Am J Health Promotion*. 1997; 11: 388-93.

⁶⁰ Anderson DR, Whitmer RW, Goetzel RZ, Ozminkowski, RJ, Dunn RL, Wasserman J, Serxner S. The relationship between modifiable health risks and group-level health care expenditures. Health Enhancement Research Organization (HERO) Research Committee. *Am J Health Promotion*. 2000; 15(1): 45-52.

⁶¹ Pronk N, Goodman M, O'Connor P et al. Relationship between modifiable health risks and short-term health care charges. *JAMA*. 1999; 282:2235-39.

⁶² Edington D, Yen L, Witting O. The financial impact of changes in personal health practices. *J Occup Environ Med*. 1997; 39: 1037-46.

⁶³ Bertera R. The effects of workplace health promotion on absenteeism and employment costs in a large industrial population. *Am J Public Health*. 1990; 80: 1101-05.

⁶⁴ Ozmoninkowski R, Dunn R, Goetzel R et al. A return on investment evaluation of the Citibank N.A., health management program. *Am J Health Promot*. 1999; 14: 31-43.

⁶⁵ Aldana SG. Financial impact of health promotion programs: a comprehensive review of the literature. *Am J Health promotion*. 2001; 15: 296-320.

⁶⁶ Goetzel RZ, Juday TR, Ozminkowski RJ. What's the ROI? A systematic review of return-on-investment studies of corporate health and productivity management initiatives. *AWHP's Worksite Health*. 1999; 6(3): 12-21.

⁶⁷ Pronk NP, Tan AW, O'Connor PJ. Obesity and illness, willingness to communicate and health care costs. *Med Sci Sports Exec*. 1999; 31: 1531-43.

⁶⁸ Pronk NP, Goodman MJ, O'Connor PJ, Matinson BC. Relationship between modifiable health risks and short-term health care charges. *JAMA*. 1999; 282: 2235-39.

⁶⁹ O'Donnell M. Mechanisms linking health, productivity and profit. *Am J Health Promotion*. 2000 Mar-Apr;14(4):215-7

⁷⁰ Basen-Enquist K, Hudmon KS, Tripp M, Chamberlain R. Worksite health and safety climate: scale development and effects of a health promotion intervention. *Prev Med*. 1998 Jan-Feb; 27(1):111-9.

⁷¹ Aldana SG. Financial impact of health promotion programs: a comprehensive review of the literature. *Am J Health Promot*. 2001; 15: 296-320.

⁷² Golaszewski T, Snow D, Lynch W et al. A benefit to cost analysis of a worksite health promotion program. *J Occup Med*. 1992;34:1164-72.

⁷³ Skinner BF, Holland JG. *A análise do comportamento*; 1961. São Paulo, E.P.U., Ed. Da Universidade de São Paulo, 12^a. reimpressão.

-
- ⁷⁴ Beck J. Terapia cognitiva: teoria e prática. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- ⁷⁵ Skinner BF. What is the Experimental Analysis of Behavior? Journal of the Experimental Analysis of Behavior. May, 1966; 9(3): 213-18.
- ⁷⁶ Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 19, 276-288.
- ⁷⁷ Treating Tobacco Use and Dependence. 2000. Available from <http://www.ahrq.gov/path/tobacco.htm>
- ⁷⁸ O'Connell D, Velicer WF. A decisional balance measure and the stages of change model. The International Journal of the Addictions, 23: 729-50. 1988.
- ⁷⁹ DiClemente CC, Hughes SO. Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. Journal of Substance Abuse, 2: 217-35. 1990.
- ⁸⁰ Marcus BH, Rakowski W, Rossi JS. Assessing motivational readiness and decision-making for exercise. Health Psychology, 11 (4): 257-61. 1992.
- ⁸¹ Prochaska JO, Velicer WF. The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. Am J Health Promotion 1997; 12(1): 38-48.
- ⁸² Prochaska JO. Systems of Psychotherapy: a Transtheoretical Analysis. 2nd ed. Pacific Grove, California: Brooks-Cole, 1984.
- ⁸³ US Department of Health and Human Services. The Health Benefits of Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General. DHHS Publication No. CDC 90-8416. Washington, DC: US Government Printing Office, 1990.

⁸⁴ Prochaska JO, Velicer WF, DiClemente CC et al. Measuring the processes of change: applications to the cessation of smoking. *J Consult Clin Psychol*, 1988; 56: 520-8.

⁸⁵ Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS et al. Stages of change and decisional balance for twelve problem behaviors. *Health Psychol* 1994; 13: 39-46.

⁸⁶ Bandura A. Self efficacy mechanism in human agency. *Am Psychol* 1982; 34: 122-47.

⁸⁷ Marcus BH, Owen N. Motivational readiness, self-efficacy and decision-making for exercise. *Journal of Applied Social Psychology* 1992; 22: 3-16.

⁸⁸ Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Abordagem e Tratamento do Fumante. Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001

⁸⁹ Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Ajudando seu paciente a deixar de fumar. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

⁹⁰ Fiore MC et al. Treating Tobacco Use and Dependence. US Department of Health and Human Services. June 2000.

⁹¹ Arora NK, Ayanian JZ, Guadagnoli E. Examining the relationship of patient's attitudes and beliefs with their self-reported level of participation in medical decision-making. *Med Care*. 2005 Sep; 43 (9): 865-73.

⁹² Kreuter MW, Chheda SG, Bull FC. How does physician advice influence patient behavior? Evidence for a priming effect. *Arch Fam Med*. 2000 May; 9 (5): 426-33.

⁹³ Glasgow RE, Eakin EG, Fisher EB, Bacak SJ, Browson RC. Physician advice and support for physical activity: results from a national survey. *Am J Prev Med.* 2001 Oct; 21 (3): 189-96.

⁹⁴ Lawlor DA, Keen S, Neal RD. Can general practitioners influence the nation's health through a population approach to provision of lifestyle advice? *Br J Gen Pract.* 2000 Jun; 50 (455): 455-9.

⁹⁵ Twardella D, Brenner H. Lack of training as a central barrier to the promotion of smoking cessation : a survey among general practitioners in Germany. *Eur J Public Health.* 2005 Apr; 15 (2): 140-5.

⁹⁶ Eckstrom E, Hickam DH, Lessler DS, Buchner DM. Changing physician practice of physical activity counseling. *J Gen Intern Med.* 1999 Jun; 14 (6): 376-8.

⁹⁷ Albright CL, Cohen S, Gibbons L, Miller S et al. Incorporating physical activity advice into primary care: physician-delivered advice within the activity counseling trial. *Am J Prev Med.* 2000 Apr; 18 (3): 225-34.

⁹⁸ Al-Shahri MZ, Al-Almaei SM, Mian MH. Promotion of healthy lifestyle: knowledge and attitudes of primary care physicians. *Patient Educ Couns.* 1997 Jun; 31 (2): 125-30.

⁹⁹ Mendes R. O Impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde dos trabalhadores. I Morbidade. *Rev Saúde Públ.* 1988; 22 (4): 311-26.

¹⁰⁰ Mendes R. O Impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde dos trabalhadores. II Mortalidade. *Rev Saúde Públ.* 1988; 22 (5): 441-57.

¹⁰¹ Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Rev Saúde Públ.* 1991; 25 (5): 341-9.

¹⁰² Dias EC, Gontijo ED, Oliveira RB. Formação, educação continuada e certificação em Medicina do Trabalho: uma proposta orientada pelas competências requeridas para o exercício profissional. Rev Bras Méd Trab. 2003; 1 (1): 6-21.

¹⁰³ Occupational Medical Practice Committee. American College of Occupational and Environmental Medicine. Scope of Occupational and Environmental Health: Programs and Practice. J Occup Me. 1992; 34 (4): 436-40.

¹⁰⁴ MacDonald EB, Ritchie KA, Gilmour WH. Requirements for occupational medicine training in Europe: a Delphi study. Occup Environ Med. 2000; 57: 98-105.

¹⁰⁵ Reetoo KN, Harrington JM, MacDonald EB. Required competencies of occupational physicians: a Delphi survey of UK customers. Occup Environ Med. Jun 2005; 62 (6): 406-413.

¹⁰⁶ Lang T, Nicand V, Slama K, Hirsch A et cols. Smoking cessation at the workplace. Results of a randomised controlled intervention study. Worksite physicians from the AIREL group. J Epidemiol Community Health. 2000 May; 54 (5): 349-54.

¹⁰⁷ Norma Regulamentadora nº 7 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional. Ministério do Trabalho e Emprego. 1994. Disponível em www.mte.gov.br/empregador/segsau/comissoestri/ctpp/oquee/conteudo/nr7

¹⁰⁸ Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Ministério da Previdência Social. 2001. Disponível em www.previdenciasocial.gov.br

¹⁰⁹ Bordin R, Nipper VB, Silva JO. Prevalência de tabagismo entre escolares em município da área metropolitana da região sul, Brasil. Cad. Saúde Públ. 1993; 9 (2): 185-189.

¹¹⁰ A Saúde no Combate ao Sedentarismo. Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul. 1997. disponível em www.celafiscs.org.br.

¹¹¹ Behavioral Counseling in Primary Care to Promote Physical Activity. 2002 July. Available from www.ahrq.gov/clinic.

¹¹² Obesidade e Excesso de Peso. Organização Mundial de Saúde. Disponível em www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity

¹¹³ Heatherton, TF; Kozlowski, LT; Frecker, RC; Fagerström, K. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Br J Addict 1991; 86: 1119-27.

¹¹⁴ Prochaska JO, Wayne FV. The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. Am J Health Promotion. 1997; 12(1):38-48.

¹¹⁵ Ciconelli R et cols. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Ver. Bras Reumatol 1999. Mai/Jun; 3 (39): 143-50.

¹¹⁶ Treating Tobacco Use and Dependence. June 2000. Available from www.ahrq.gov/clinic.

¹¹⁷ Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Ajudando seu paciente a deixar de fumar. Rio de Janeiro: INCA; 1997. 52 p.

¹¹⁸ Landim F, Silva CS, Oliveira JS. Promoção da Saúde no Ambiente de Trabalho: uma Análise de Dados. UFRJ – Instituto de Matemática – IM. 2006. Rio de Janeiro.

¹¹⁹ Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF 2002-2003. Disponível em www.ibge.gov.br.

¹²⁰ Dagan Y, Doljansky JT, Green A, Weiner A. Body Mass Index (BMI) as a first-line screening criterion for detection of excessive daytime sleepiness among professional drivers. *Traffic Inj Prev*. 2006 Mar; 7 (1): 44-8.

¹²¹ Baun W. Program management of workplace health promotion programs. In *Health Promotion in the Workplace*. 3rd Ed. 2002: 78-115.

¹²² Norris SL, Grothaus LC, Buchner DM, Pratt M. Effectiveness of physician-based assessment and counseling for exercise in a staff model HMO. *Prev Med*. 2000; 30: 513-523.

¹²³ Proper KI, Hildebrandt VH, Van der Beek AJ, Twisk JWR, Mechelen WV. Effect of individual counseling on physical activity fitness and health. A randomized controlled trial in a workplace setting. *Am J Prev Med*. 2003; 24 (3): 218-26.

¹²⁴ Sorensen G, Emmons K, Hunt MK, Johnston D. Implications of the results of community intervention trial. *Annu Rev Public Health*. 1998; 19: 379-416.

¹²⁵ Bertera RL. Behavioral risk factor and illness day changes with workplace health promotion: two-years results. *Am J Health Promot*. 1993; 7: 365-73.

¹²⁶ Matson-Koffman DM, Brownstein JN, Neiner JA, Greaney ML. A site-specific literature review of policy and environmental interventions that

promote physical activity and nutrition for cardiovascular health: what works?
Am J Health Promot. 2005; 19(3): 167-193.

¹²⁷ Farrelly MC, Evans WN, Sfekas AE. The impact of workplace smoking bans: results from a national survey. Tob Control. 1999; 8 (3): 272-7.

¹²⁸ O'Donnell MP. Design of workplace health promotion programs. In Health Promotion in the Workplace. 3rd Ed. 2002.

¹²⁹ Anderson DR, Seth AS, Gold DB. Conceptual framework, critical questions, and practical challenges in conducting research on the financial impact of worksite health promotion. Am J Health Promotion. 2001; 15 (5): 281- 88.

¹³⁰ O'Donnell MP. Simple framework to describe what works best: improving awareness, enhancing motivation, building skills and providing opportunity. Am J Health Promotion. 2005; 20 (1): 1-6.

¹³¹ Verheijden MW, Bakx JC, Delemarre ICG et al. GP's assessment of patients' readiness to change diet, activity and smoking. British Journal of General Practice. 2005; 55: 452-7.

¹³² Korzeniowska E. Understanding of workplace health promotion by occupational medicine physicians and perception of their roles in the implementation of relevant programs. Med. Pr. 2003; 54 (6): 495-501.

¹³³ Kaijser CF. Health Promotion in occupational health. Methods Inf Méd. 2005; 44 (2): 285-7.

¹³⁴ Tremblay M, Gervais A, Lacroix C, O'Loughlin J, Makni H, Paradis G. Physicians taking action against smoking: an intervention program to

optimize smoking cessation counselling by Montreal general practitioners. *CMAJ* 2001; 165 (5):601-7.

¹³⁵ Mendonça LGT. Análise do processo de um grupo de reeducação alimentar em um hospital universitário. Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo. 2005.

¹³⁶ Dragano N, Verde PE, Siegrist J. Organisational downsizing and work stress: testing synergistic health effects in employed men and women. *J Epidemiol Community Health*. 2005 Aug; 59 (8): 694-9.

¹³⁷ Pepper L, Messinger M, Weinberg J, Campbell R. Downsizing and health at the United States Department of Energy. *Am J Ind Med*. 2003 Nov; 44 (5): 481-91.

¹³⁸ Domenighetti G, D'Avanzo B, Bisig B. Health effects of job insecurity among employees in the Swiss general population. *Int J Health Serv*. 2000; 30 (3): 477-90.

¹³⁹ McDonough P. Job insecurity and health. *Int J Health Serv*. 2000; 30 (3): 453-76.

¹⁴⁰ Vahtera J, Kivimaki M, Pentti J, Theorell T. Effect of change in the psychosocial work environment on sickness absence: a seven year follow up of initially healthy employees. *J Epidemiol Community Health*. 2000 Jul; 54 (7): 484-93.

¹⁴¹ Vahtera J, Kivimaki M, Pentti J. Effect of organisational downsizing on health of employees. *Lancet*. 1997 Oct 18; 350 (9085): 1124-8.

¹⁴² Brisson C, Larocque BMA, Moisan J, Vezina M, Dagenais GR. Psychosocial factors at work, smoking, sedentary behaviour and Body Mass

Index: a prevalence study among 6995 white collar workers. *J Occup Environ Med.* 2000 ; 42 (1) : 40-49.

¹⁴³ Karasek R. Job content questionnaire and user's guide. Los Angeles, CA : Department of Industrial and Systems Engineering, University of Southern Los Angeles; 1985.

¹⁴⁴ Griffin-Blake CS, Dejoy DM. Evaluation of social-cognitive versus stage-matched, self-helped physical activity interventions at the workplace. *Am J Health Promot.* 2006; 20 (3): 200-209.

¹⁴⁵ Boudereaux ED, Wood KB, Mehan D et. al. Congruence of readiness to change, self-efficacy, and decision balance for physical activity and dietary fat reduction. *Am J Health Promot.* 2003; 17: 329-336.

¹⁴⁶ Hammond SL, Leonard B, Fridinger F. The Centers for Disease Control and Prevention director's physical activity challenge: an evaluation of a worksite health promotion intervention. *Am J Health Promot.* 2000; 15: 17-20.

¹⁴⁷ Steptoe A, Doherty S, Rink E, Kerry S, Kendrick T, Hilton S. The impact of behavioural counselling on stage of change in fat intake, physical activity, and cigarette smoking in adults at increased risk of coronary heart disease. *Am J Public Health.* 2001; 91:265-269.

¹⁴⁸ Steptoe A, Doherty S, Rink E, Kerry S, Kendrick T, Hilton S. Behavioural counselling in general practice for the promotion of healthy behaviour among adults at increased risk of coronary heart disease: randomised trial. *BMJ.* Oct 1999; 319: 943-8.

¹⁴⁹ Ware JE, Sherbourne D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992; 30: 473-81.

¹⁵⁰ McHorney CA, Ware JE, Raczek AE. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care*. 1993; 31: 247-63.

¹⁵¹ Ciconelli RM. Tradução para o português do questionário de avaliação de qualidade de vida “Medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36)”. Tese de Doutorado. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1997.

¹⁵² Martinez MC, Paraguay AIBB, Latorre MRDO. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38 (1): 55-61.

¹⁵³ Kimura T, Ogushi Y, Haruki Y, Okada Y. Is interest in art effective in health related quality of life? Results of a cross-sectional survey on lifestyle and health promotion. *Tokai J Exp Clin Med*. 2000 Oct; 25(3): 141-9.

¹⁵⁴ Jiang Y, Hesses JE. Associations between health-related quality of life and demographics and health risks. Results from Rhode Island’s 2002 behavioral risk factor survey. *Health and quality of life outcomes*. 2006, 4: 14.

ANEXO I

CARTA CONVITE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

São Paulo, 1^o maio de 2003.

Prezado Sr (a)

O **Centro de Promoção da Saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP)** está realizando uma pesquisa científica para avaliar o nível de saúde das pessoas e o impacto do aconselhamento médico em suas vidas. A pesquisa está sob a responsabilidade da **Dra. Márcia Bandini**, Médica do Trabalho e Gerente de Saúde Ocupacional da (EMPRESA). Este projeto também foi avaliado e aprovado pela **Comissão de Ética para Análises de Projetos de Pesquisa (CAPPesq)** do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

Um programa de computador, específico para este tipo de pesquisa, sorteou 626 pessoas para responder um questionário sobre condições de saúde. **Você foi um dos sorteados** e sua participação ajudará a melhorar nosso conhecimento sobre promoção da saúde.

Para que você possa participar da pesquisa, compareça ao ambulatório da sua unidade (EMPRESA), levando esta carta. Lá você receberá um questionário. Você levará **apenas 15 (quinze) minutos** para respondê-lo.

Saiba que esta pesquisa não acarretará nenhum risco a você e que todas as informações obtidas serão tratadas sigilosamente, dentro da Universidade, sem divulgação de seu nome.

Sua participação não é obrigatória, mas para que os dados obtidos sejam cientificamente confiáveis, precisamos da maior adesão possível. Gostaria muito de poder contar com você!

Muito obrigada,

Dra. Márcia Bandini
CRM 70.916 - Médica e Pesquisadora

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO

LIVRE E ESCLARECIDO



**FACULDADE DE MEDICINA
DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

Nome:
Documento de Identidade (R.G.):
Data de Nascimento:...../...../..... Sexo: M F
Empresa:
Endereço Comercial:
Tel. Com.:
E-mail:

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:

"IMPACTO DE AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE INCLUÍDAS NO PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL DE EMPRESA DO RAMO ALIMENTÍCIO"

PESQUISADORA EXECUTANTE: Dra. Marcia Bandini, médica inscrita no Conselho Regional de Medicina de São Paulo sob o nº 70916

CARGO/FUNÇÃO: Doutoranda da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Prof. Dr. Mario Ferreira Junior, médico inscrito no Conselho Regional de Medicina de São Paulo sob o nº 40177.

CARGO/FUNÇÃO: Médico Responsável pelo Centro de Promoção de Saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CPS-HCFMUSP).

2. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo).

SEM RISCO ()

RISCO MÍNIMO (X)

RISCO MÉDIO ()

RISCO BAIXO ()

RISCO ALTO ()

3. DURAÇÃO DA PESQUISA:

2 ANOS

III - REGISTROS DA EXPLICAÇÃO DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

O objetivo desta pesquisa é avaliar certas condições de risco para a saúde e a percepção da qualidade de vida entre pessoas que trabalham na (EMPRESA). Para tanto, serão analisados dados como: número de fumantes, número de pessoas que não praticam atividade física regular, índice de massa corpórea (obtido a partir do peso e da altura), circunferência abdominal, de cintura e quadril, além de itens gerais sobre qualidade de vida.

A avaliação destas condições será feita através de questionário e das medições citadas anteriormente. Você será convidado a participar da pesquisa em 3 (três) ocasiões, com intervalo de 12 meses. É de suma importância que você responda todas as questões nas 3 (três) vezes em que for contatado para que os resultados sejam bem representativos da realidade.

A pesquisadora responsável estará disposta a qualquer esclarecimento que se faça necessário ao longo da pesquisa através dos contatos relacionados no Anexo V.

É importante que você saiba que esta pesquisa não acarretará nenhum risco a você. Todas as informações obtidas serão tratadas sigilosamente pelos pesquisadores. Seu nome não será divulgado em nenhum momento.

Os resultados desta pesquisa serão analisados e considerados em tese de doutorado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

1. Você terá acesso, a qualquer momento, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para tirar eventuais dúvidas.
 2. Você terá liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso lhe traga prejuízo.
 3. Você terá salvaguarda da **confidencialidade, sigilo e privacidade** de todas as informações.
 4. Não há riscos de danos à sua saúde durante a realização desta pesquisa.
-

V - INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS

Dra. Marcia Bandini

End. Com.: /Tel: / E-mail:

Prof. Dr. Mario Ferreira Junior

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Caixa Postal 8091 - São Paulo - SP

Tel.: 3069-6746 - r. 20

VI - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador, e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

São Paulo, de de 200....

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura do Pesquisador

ANEXO III

QUESTIONÁRIO APLICADO



**FACULDADE DE MEDICINA
DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

Orientações

Este questionário contém as informações que serão analisadas e consideradas em tese de doutorado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

O questionário está estruturado da seguinte maneira:

I - Dados de identificação do sujeito da pesquisa, conforme exigência de metodologia científica.

II - Indicadores de saúde

A - Tabagismo

B - Atividade física

C - Alimentação e controle de peso

III - Avaliação de Qualidade de Vida

É fundamental que você preencha todos os campos, principalmente os dados de identificação, caso seja necessário entrar em contato com você, no decorrer da pesquisa. Se você tiver qualquer dúvida ou dificuldade, converse com a pesquisadora, Dra. Márcia Bandini. **Saiba que todas as informações aqui contidas serão tratadas com o mais absoluto sigilo.**

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

Data do preenchimento:/...../.....

Nome: Sexo: M F

RG: Data de Nascimento:/...../.....

Escolaridade:

Universitário completo

Universitário incompleto

Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º. grau)

Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º. grau)

Ensino fundamental (antigo ginásial ou 1º. grau)

Estado civil:

Solteiro

Divorciado/separado

Casado

Outros

Estrutura doméstica: Mora só
Mora com a família (pais)
Mora com cônjuge/companheiro (a) sem filhos
Mora com cônjuge/companheiro (a) com filhos
Mora com filhos sem cônjuge/companheiro (a)

Qual sua renda familiar? (considerar os rendimentos de todos que moram em sua casa)

Até R\$ 1000 Entre R\$ 1000 e R\$ 2000
Entre R\$ 2000 e R\$ 3000 Entre R\$ 3000 e R\$ 5000
Entre R\$ 5000 e R\$ 8000 Acima de R\$ 8000

Quantas pessoas do seu convívio dependem desta renda?

Em média, você trabalha quantas horas por semana?

Cargo/função:..... Setor:

Data de admissão:/...../.....

Tels. Com.: E-mail com.....

Endereço residencial:

Tels. Res.: E-mail res.:

Indicar pessoa (nome e telefone) que possa mediar contato, se necessário (caso você mude de endereço comercial ou residencial até o término da pesquisa):

.....
.....
.....

II - INDICADORES DE SAÚDE

A - TABAGISMO

A-1. Você: Nunca fumou
Já fumou mas parou completamente (em que ano parou?)
É fumante e já tentou parar de fumar
(quantas vezes tentou parar?)
(fuma quantos cigarros por dia?)
É fumante e nunca tentou parar de fumar
(fuma quantos cigarros por dia?)

A-2. No último ano, sua **empresa** adotou ou manteve alguma **política** anti-tabagismo (proibição do fumo em locais de trabalho, subsídio de remédios ou outros tratamentos, por exemplo)?

Sim Não

ATENÇÃO – As perguntas a seguir (A-3 até A-16) são destinadas aos fumantes ou às pessoas que pararam de fumar no último ano. Caso você não esteja nestas categorias, passe diretamente para as perguntas do bloco B, NA PÁGINA 4.

A-3. No último ano, você recebeu alguma **orientação dada por médico (a)** para deixar de fumar?

Sim Não
Com quem? Médico da sua Empresa Outro médico

A-4. No último ano, você recebeu **apoio e/ou acompanhamento direto** feito por **médico (a)** para deixar de fumar?

Sim Não
Com quem? Médico da sua Empresa Outro médico

A-5. No último ano, você recebeu **apoio e/ou acompanhamento direto** feito por **outro profissional de saúde** (enfermeira, psicólogo (a), farmacêutico, etc) para deixar de fumar?

Sim Não

A-6. No último ano, você **reduziu o número de cigarros** que fuma por dia?

Sim Não

A-7. No último ano, você teve alguma **iniciativa por conta própria** para deixar de fumar (por exemplo, kit de piteiras, grupos de auto-ajuda, chicletes, adesivos, etc)?

Sim Não

A-8. No último ano, você **tentou parar** de fumar?

Sim Quantas vezes? Não

A-9. No último ano, você teve algum **motivo maior, exceto problema de saúde**, que o levou a **tentar parar** de fumar (por exemplo, pedido de uma pessoa da família ou amigo, morte na família ou de conhecido por doença relacionada ao cigarro, casamento ou novo relacionamento, etc)?

Sim Qual? Não

A-10. No último ano, você teve algum **problema de saúde** que o levou a **tentar parar** de fumar?

Sim Qual? Não

2. Você acha difícil **não fumar** em lugares **proibidos** como igrejas, bibliotecas, etc?
Sim Não
3. Qual o cigarro do dia que traz **mais satisfação**?
O primeiro da manhã Outros
4. **Quantos cigarros** você fuma por dia?
Menos de 10 De 11 a 20
De 21 a 30 Mais de 31
5. Você fuma mais freqüentemente pela **manhã**?
Sim Não
6. Você fuma **mesmo doente** quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?
Sim Não

A-16. Em relação a **parar de fumar**, você diria que a frase que melhor expressa o momento em que você se encontra é:

"Não penso em fazer qualquer alteração na minha vida."

"Estou pensando em realizar alterações, mas ainda não estou muito certo disto."

"Estou decidido a fazer alterações e só estou pensando como realizá-las."

"Já estou realizando alterações importantes, mas tenho enfrentado dificuldades."

"Já estou realizando alterações importantes e com sucesso."

ATENÇÃO – As perguntas a seguir são destinadas todas as pessoas Para respondê-las, considerar como atividade física: correr, fazer ginástica, jogar futebol, pedalar bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos, carregar peso, jogar vôlei ou atividades similares.

B - ATIVIDADE FÍSICA

B-1. No último ano, você praticou atividade física **regularmente**?

Sim Não

B-2. Somando os tempos dedicados às atividades descritas no quadro (**considerar pelo menos 10 minutos de atividade contínua**), a sua prática de atividade física atinge o total de **120 (cento e vinte) minutos por semana**?

Sim Não

B-3. Se sim, qual(is) a(s) **atividade(s)** que você pratica com **mais frequência**?

Caminhadas

Natação/hidroginástica

Esportes coletivos (futebol, vôlei, etc)

Esportes individuais (tênis, etc)

Outros (especificar):

Corridas

Andar de bicicleta

Atividades domésticas

Academia

B-4. Se não, **no último ano** você tentou praticar alguma atividade física regularmente?

Sim Quantas vezes tentou?

Não

B-5. Se não, quais os **fatores decisivos** para que você não pratique atividade física regularmente?

Falta de tempo

Problemas de saúde

Incompatibilidade de horário

Outros (especificar):

Falta de dinheiro

Família

Desmotivação

B-6. No último ano, você recebeu alguma **orientação dada por médico (a)** para praticar atividade física?

Sim

Não

Com quem?

Médico da sua Empresa

Outro médico

B-7. No último ano, você recebeu **apoio e/ou acompanhamento** direto feito por **médico (a)** para praticar atividade física?

Sim

Não

Com quem?

Médico da sua Empresa

Outro médico

B-8. No último ano, você recebeu **apoio e/ou acompanhamento** direto feito por **outro profissional de saúde** (enfermeira, psicólogo, fisioterapeuta, educador físico, etc) para praticar atividade física?

Sim

Não

B-9. No último ano, você teve alguma **iniciativa por conta própria** para praticar atividade física regularmente (por exemplo, procurar academia, frequentar grupos de caminhadas, etc)?

Sim

Não

B-10. No último ano a sua **empresa** adotou/patrocinou/subsidiou algum **programa** contínuo de **incentivo** à atividade física aos funcionários?

Sim Qual?

Não

B-11. No último ano, você teve algum **motivo maior, exceto problema de saúde**, que o tenha obrigado a iniciar ou reiniciar ou aumentar sua **atividade física regular** (por exemplo, pedido de uma pessoa da família ou amigo, morte na família ou de conhecido por doença relacionada ao sedentarismo, casamento ou novo relacionamento, etc)?

Sim Qual? Não

B-12. No último ano, você teve algum **problema de saúde** que o tenha obrigado a iniciar ou reiniciar ou aumentar sua **atividade física regular**?

Sim Qual? Não

B-13. Dos **fatores** relacionados abaixo, qual ou quais você considera ter (em) sido **decisivo (s)** para você iniciar ou reiniciar ou aumentar sua **atividade física regular**?

Apoio da empresa onde trabalha	Sim	Não
Apoio dos colegas de trabalho	Sim	Não
Apoio de familiares e amigos	Sim	Não
Apoio do médico da empresa	Sim	Não
Apoio de outro médico	Sim	Não
Apoio de outro profissional de saúde	Sim	Não
Informação disponível na mídia	Sim	Não
Mudanças gerais no seu contexto de vida	Sim	Não
Força de vontade própria	Sim	Não
Outros (especificar):		

B-14. Em relação a **praticar atividade física regular**, você diria que a frase que melhor expressa o momento em que você se encontra é:

"Não penso em fazer qualquer alteração na minha vida."

"Estou pensando em realizar alterações, mas ainda não estou muito certo disto."

"Estou decidido a fazer alterações e só estou pensando como realizá-las."

"Já estou realizando alterações importantes, mas tenho enfrentado dificuldades."

"Já estou realizando alterações importantes e com sucesso."

C - ALIMENTAÇÃO E CONTROLE DE PESO

C-1. Qual sua altura?

C-2. Qual seu peso atual? quilos e gramas

C-3. Qual seu peso habitual? quilos e gramas

C-4. Qual sua Circunferência Abdominal?..... cm
(é só medir, com uma fita métrica comum, seu abdome na altura do umbigo, sem encolher a barriga)

C-5. Neste último ano, **em relação aos anos anteriores**, você:

Manteve seu peso Aumentou seu peso Diminuiu seu peso

C-6. Neste último ano, em relação aos anos anteriores, você considera a sua **alimentação**:

Mais saudável Menos saudável Igual

C-7. No último ano, você recebeu alguma **orientação dada por médico (a)** para melhorar sua alimentação e manter um peso adequado?

Sim Não
Com quem? Médico da sua Empresa Outro médico

C-8. No último ano, você recebeu **apoio e/ou acompanhamento** direto feito por **médico (a)** para melhorar sua alimentação e manter um peso adequado?

Sim Não
Com quem? Médico da sua Empresa Outro médico

C-9. No último ano, você recebeu **apoio e/ou acompanhamento** direto feito por **outro profissional de saúde** (nutricionista, enfermeira, psicólogo, etc) para melhorar sua alimentação e manter um peso adequado?

Sim Não

C-10. No último ano, você teve alguma **iniciativa por conta própria** para melhorar sua alimentação e manter um peso adequado (por exemplo, iniciou dieta por conta própria, começou a utilizar produtos lights, reduziu a quantidade de alimentos ingeridos, etc)?

Sim Não

C-11. No último ano a sua **empresa** adotou/patrocinou/subsidiou algum **programa** contínuo de incentivo à **alimentação** saudável e controle de peso?

Sim Qual? Não

C-12. No último ano você teve algum **motivo maior, exceto problema de saúde**, que o obrigou/motivou a **mudar a sua alimentação ou reduzir seu peso** (por exemplo, pedido de uma pessoa da família ou amigo, morte na família ou de conhecido por doença relacionada a obesidade, casamento ou novo relacionamento, etc)?

Sim Qual? Não

C-13. No último ano você teve **algum problema de saúde**, que o obrigou/motivou a **mudar a sua alimentação ou reduzir seu peso**?

Sim Qual? Não

C-14. No último ano, você precisou de **apoio medicamentoso** para manter um **peso adequado**?

Sim Qual? Não

C-15. Dos **fatores** relacionados abaixo, qual ou quais você considera ter (em) sido **decisivo (s)** para você **mudar a sua alimentação ou reduzir seu peso**?

Apoio da empresa onde trabalha Sim Não

Apoio dos colegas de trabalho Sim Não

Apoio de familiares e amigos Sim Não

Apoio do médico da empresa Sim Não

Apoio de outro médico Sim Não

Apoio de outro profissional de saúde Sim Não

Informação disponível na mídia Sim Não

Mudanças gerais no seu contexto de vida Sim Não

Força de vontade própria Sim Não

Outros (especificar):

C-16. Em relação a **mudar a sua alimentação ou controlar seu peso**, você diria que a frase que melhor expressa o momento em que você se encontra é:

"Não penso em fazer qualquer alteração na minha vida."

"Estou pensando em realizar alterações, mas ainda não estou muito certo disto."

"Estou decidido a fazer alterações e só estou pensando como realizá-las."

"Já estou realizando alterações importantes, mas tenho enfrentado dificuldades."

"Já estou realizando alterações importantes e com sucesso."

III - QUALIDADE DE VIDA
(Medical Outcomes Short-Form Health Survey - SF-36)

Instruções: este questionário, desenvolvido em Boston e validado no Brasil, questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades da vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro ou em dúvida em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é: (circule **uma** opção)

Excelente	Muito boa	Boa	Ruim	Muito ruim
1	2	3	4	5

2. **Comparada a um ano atrás**, como você classificaria sua saúde em geral, **agora?** (circule **uma** opção)

Muito melhor	Um pouco melhor	Quase a mesma	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido a sua saúde**, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto? (circule **um número em cada linha**)

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a. Atividades vigorosas, que exigem esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	1	2	3
b. Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d. Subir vários lances de escada	1	2	3
e. Subir um lance de escada	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h. Andar vários quarteirões	1	2	3
i. Andar um quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante **as últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de sua saúde física?** (circule **uma em cada linha**)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava-se ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex.: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante **as últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, **como consequência de algum problema emocional** (como sentir-se deprimido ou ansioso)? (circule **uma em cada linha**)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava-se ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as **últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo? (circule **uma opção**)

De forma alguma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7. Quanta **dor no corpo** você teve durante as **últimas 4 semanas**? (circule **uma opção**)

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora como dentro de casa)? (circule **uma opção**)

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante **as últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação às **últimas 4 semanas**. (circule **um número para cada linha**)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas **4 semanas**, quanto do seu tempo a sua **saúde física** ou **problemas emocionais** interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)? (circule **uma opção**)

Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?
(circule **um número em cada linha**)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer outra pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c. Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

FIM

OBRIGADO

ANEXO IV

ROTEIRO DE PROCEDIMENTOS BÁSICOS

DO CENTRO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA GERAL
HCFMUSP
Prof. Dr. Milton de Arruda Martins

**CENTRO DE PROMOÇÃO DA
SAÚDE CPS**

ROTEIRO DE PROCEDIMENTOS BÁSICOS

Coordenador: Dr. Mario Ferreira Junior

São Paulo
2.003

Sumário

- Apresentação
- 1. Introdução
- 2. A anamnese com enfoque preventivo
- 3. Rotina de Rastreamento Básico – RRB
 - 3.1. Questionários específicos
 - 3.2. Exame físico e manobras específicas
 - 3.3. Exames complementares
- 4. Rastreamento para Grupos de Risco – RGR
 - 4.1. Risco de doenças ocupacionais
 - 4.2. Risco aumentado de câncer
 - 4.3. Risco aumentado de distúrbios metabólicos ou vasculares
 - 4.4. Risco aumentado de doenças transmissíveis
 - 4.5. Risco de deficiência auditiva em idade avançada
- 5. Aconselhamento
 - 5.1. Atividade física
 - 5.2. Alimentação
 - 5.3. Higiene bucal
 - 5.4. Tabagismo
 - 5.5. Abuso de álcool e drogas
 - 5.6. Prática sexual
 - 5.6.1. *Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST)*
 - 5.6.2. *Prevenção de gravidez indesejada*
 - 5.7. Exposição a raios UV
 - 5.8. Acidentes e violência
 - 5.8.1. *Veículos movidos a motor*
 - 5.8.2. *Atividades domésticas e recreativas*
 - 5.8.3. *Violência juvenil*
- 6. Imunizações e quimioprofilaxia
 - 6.1. Vacinas
 - 6.2. Medicamentos

Anexo 1. Fluxogramas, formulários e outros dispositivos gerais

Anexo 3.1.A. Questionário CAGE – Rastreamento de abuso de álcool

Anexo 3.1.B. Questionário AUDIT – Rastreamento de abuso de álcool

Anexo 5. Mudança de hábitos e comportamentos (Prof. Letícia Tunala)

Anexo 5.1. Atividade Física (Prof. Dr. Celso carvalho)

Anexo 5.2. Alimentação (Prof. Dra. Isabela Benseñor)

Anexo 5.4. Tabagismo (Prof. Dra. Eliane Correa)

Anexo 5.9. Estresse (Prof. Letícia Tunala)

Anexo 6.1. Vacinas (Prof. Dra. Eliana B. Gutierrez)

Apresentação

O **Centro de Promoção da Saúde – CPS** é uma iniciativa do **Serviço de Clínica Médica Geral do HCFMUSP** que, desde 1999, se dedica ao ensino, pesquisa e prestação de serviços à comunidade na área de prevenção de doenças e promoção da saúde.

O atendimento básico é do tipo ambulatorial individual com médicos, pré e pós-consulta estruturadas pela enfermagem e serviço social, e grupos de intervenção com profissionais de várias disciplinas, como: psicologia, enfermagem, nutrição, fisioterapia e educação física. Trata-se, portanto, de um trabalho multiprofissional e multidisciplinar integrado.

Em princípio, os procedimentos adotados dentro das rotinas do CPS são baseados na existência prévia de evidências clínicas e epidemiológicas que atestem a sua efetividade ou a sua validade para as práticas coletivas de saúde. A maioria deles é originária dos trabalhos desenvolvidos pela *US Preventive Services Task Force* e pela *Canadian Task Force for Preventive Health Care*, após revisão cuidadosa de um grupo de estudos formado por assistentes e residentes da Clínica Geral e especialistas convidados.

A lista de procedimentos, obviamente, não é completa nem definitiva. Outros poderão ser incorporados, como resultado das análises das evidências mais recentes feitas pelo grupo de estudos encarregado da padronização de condutas do **CPS**, ou de pesquisas que vierem a ser realizadas como parte de suas atividades. Assim, toda a contribuição no sentido de melhorar este Roteiro é bem-vinda.

O objetivo maior do CPS é tornar-se o gerador, processador e divulgador dos conhecimentos ligados à **prática clínica preventiva baseada em evidências**, que, espera-se, passe a fazer parte integrante do atendimento de saúde nos ambulatórios e consultórios de atenção primária ou de especialidades, nas enfermarias, nas consultas domiciliares, locais de trabalho ou outro tipo de situação onde exista o contato dos profissionais de saúde com seus clientes.

A Coordenação

1. Introdução

O Exame Periódico de Saúde (EPS) ou *check-up* consiste na visita espontânea ou estimulada ao ambulatório ou consultório médico, com a finalidade de obter uma fotografia do estado atual da saúde do indivíduo, a presença de fatores de risco de problemas futuros, e, eventualmente, o diagnóstico precoce de doenças, através da busca ativa de casos.

Na prática clínica preventiva e de promoção da saúde, deve-se estar atento não somente às queixas atuais do cliente, mas, principalmente, a tudo o que possa colocar em risco a sua integridade física e mental, no momento e no futuro. Ou seja, deve-se associar o raciocínio baseado em fatores de risco ao raciocínio clínico baseado em queixas.

Dentro desta perspectiva, a consulta médica (entendida dentro do seu contexto mais amplo, que vai da pré à pós-consulta e retornos) deve ser estruturada de modo a contemplar o **rastreamento** de doenças e fatores de risco (*screening*), o **aconselhamento** para mudanças de hábitos de vida não saudáveis e a **profilaxia** específica de certas moléstias.

O **Centro de Promoção da Saúde - CPS** do HCFMUSP recomenda a introdução de práticas preventivas no bojo dos mais variados tipos de atendimento à saúde, como, por exemplo, *check-ups*, exames médicos ocupacionais, consultas espontâneas, internações hospitalares, visitas domiciliares. No caso de indivíduos assintomáticos, indica-se pelo menos um EPS completo a cada dois anos para menores que 50 anos e anual a partir de então.

2. A anamnese com enfoque preventivo

Identificando ou não queixas agudas específicas por parte do cliente que se submete a EPS, cabe à equipe de saúde investigar, ativamente, a presença de fatores de risco que possam justificar a solicitação de exames complementares de rastreamento, aconselhamentos visando à supressão ou atenuação de riscos para o futuro ou a indicação de um meio de profilaxia.

A anamnese com enfoque preventivo de um **indivíduo adulto** deve incluir:

- a. Identificação: ênfase especial à idade, sexo, procedência, atividade de trabalho, local de moradia.
- b. Descrição da atividade de trabalho e do local de moradia.
- c. Pesquisa de hábitos e comportamentos de vida: alimentação, atividade física, exposição a raios UV, uso de álcool, drogas e

medicamentos, tabagismo, estresse, atividade sexual, risco de acidentes (trânsito, ocupacional e doméstico), violência, higiene bucal.

- d. Antecedentes mórbidos individuais, doenças crônicas em tratamento ou acompanhamento médico.
- e. Pesquisa de queixas de perda de acuidade visual e auditiva em idosos.
- f. Antecedentes familiares: ênfase em diabetes, hipertensão, hipercolesterolemia, doença coronariana precoce, e cânceres (mama, próstata e colo-retal).
- g. Testes de rastreamento (*check-up*) feitos de rotina e sua periodicidade.
- h. Histórico vacinal.

Como os fatores de risco podem ser mais importantes do que as queixas (quando elas existem), o médico deve estar preparado a lançar mão de técnicas adequadas, dentro da sua relação com o cliente, que maximizem a qualidade das informações obtidas, pois muitos dos assuntos abordados podem gerar constrangimentos (p.ex. comportamento sexual, uso de álcool ou droga). De um modo geral, recomenda-se:

- a) inspirar confiança, garantindo o total sigilo das informações obtidas;
- b) evitar inferência ou juízo de valor sobre os itens abordados;
- c) dar espaço para que o cliente fale e ouvi-lo atentamente;
- d) ter paciência e respeitar o silêncio do cliente;
- e) adequar a linguagem a cada cliente, sem vulgarizá-la;
- f) individualizar o atendimento;
- g) ser objetivo quanto aos itens a serem abordados;
- h) manter uma lista com os principais “problemas” em local de destaque no prontuário.

Para os indivíduos cuja anamnese não revela qualquer problema de saúde, e que não se enquadram em grupos de risco para doenças futuras, pode-se utilizar como base de investigação a **Rotina de Rastreamento Básico**, abaixo descrita. Para indivíduos sintomáticos ou portadores de fatores de risco genético, ocupacional, ambiental, ou decorrente de estilo de vida pessoal, outros exames podem ser solicitados, dentro do **Rastreamento para Grupos de Risco**.

3. Rotina de Rastreamento Básico - RRB

Rastreamento de doenças (*screening*) é uma denominação reservada à execução de procedimentos clínicos ou exames complementares feitos na ausência de sintomas ou sinais que os

justifiquem. Aplica-se, portanto, a indivíduos assintomáticos ou àqueles cujos eventuais sintomas ou sinais não têm qualquer relação com os testes efetuados. A realização de manobras ou exames complementares que tenham relação com queixas ou alterações de exame físico dos clientes fazem parte da investigação diagnóstica, não sendo, portanto, considerados rastreamento.

A Rotina de Rastreamento Básico (RRB) pode incluir questionários dirigidos, manobras de exame físico e exames complementares, que se aplicam a qualquer indivíduo, dependendo apenas do sexo e faixa etária, ou seja, independentemente da presença de outros fatores de risco para a saúde. Os procedimentos apresentados a seguir são aqueles para os quais existe evidência científica segura de eficácia e efetividade, e são os adotados e recomendados pelo CPS, no momento¹.

As recomendações aplicam-se a adultos. Mulheres em período de gestação, lactentes, crianças e adolescentes podem ser objeto de procedimentos específicos que fogem ao escopo deste texto, embora muitos dos citados sejam indicados também para estes grupos.

3.1. Questionários específicos

a. Abuso de bebida alcoólica

CAGE (Anexo 3.1.A) ou AUDIT (Anexo 3.1.B): indicado periodicamente.

b. Depressão

O rastreamento da depressão está indicado para adultos que tenham acesso a tratamento adequado, através de duas questões preliminares:

1. Nas últimas 2 semanas, você tem se sentido para baixo, deprimido, sem esperança?
2. Nas 2 últimas semanas, você tem sentido pouco interesse ou prazer nas coisas?

3.2. Exame físico e manobras específicas

O exame físico é um complemento importante da anamnese, principalmente, quando se busca identificar as causas de determinadas queixas e o diagnóstico de determinada doença. Além disso, o “toque” do médico costuma ser um fator importante para o fortalecimento da

¹ Os procedimentos apresentados resumem, basicamente, as recomendações da *US Preventive Services Task Force* e da *Canadian Task Force for Preventive Health Care* revistos e adaptados pelo grupo de estudos do Centro de Promoção da Saúde – CPS – HCFMUSP.

relação médico-paciente, fazendo com que o cliente se sinta “bem atendido”, confiante e seja mais receptivo às orientações e tratamentos.

Embora não exista evidência segura na literatura médica que justifique a realização de exame físico completo em pessoas assintomáticas submetidas a EPS, ele pode ser realizado e os seus achados devem ser objeto de ponderação criteriosa por parte do médico examinador quanto aos seus possíveis desdobramentos (solicitação de exames complementares, tratamento clínico ou cirúrgico) e o real benefício destes para a saúde do cliente (redução de morbi-mortalidade).

De todas as manobras de exame físico existentes, aquelas que apresentam evidência de benefício no sentido de mudar a evolução natural de doenças, com impacto positivo na vida das pessoas, e que, portanto, deveriam obrigatoriamente fazer parte da rotina adotada, são as seguintes:

- a. **Medida da Pressão Arterial (PA):** indicada na primeira consulta e, se normal, a cada 1 a 2 anos.
- b. **Medida de peso e altura** (cálculo do índice de massa corpórea – $IMC = P/A^2$ em Kg/m^2): indicada na primeira consulta e periodicamente.
- c. **Medida da circunferência abdominal:** indicada na primeira consulta e periodicamente.
- d. **Palpação de aorta abdominal:** indicada periodicamente para homens, fumantes, acima de 60 anos de idade
- e. **Teste com Tabela de Snellen:** indicado periodicamente, em idosos acima de 65 anos de idade.

3.3. Exames complementares

Os exames subsidiários abaixo indicados por faixa etária e sexo são aqueles para os quais há evidências suficientes que validam o seu uso como prática coletiva na prevenção de doenças:

- a. **Dosagem do colesterol total e frações (HDL e LDL):** a cada 3 a 5 anos, em homens acima de 35 anos e mulheres acima de 45 anos de idade.
- b. **Glicemia de jejum:** a cada 3 a 5 anos, todos acima dos 45 anos de idade.
- c. **Papanicolaou:** mulheres, a partir do início da vida sexual, e que tenham colo de útero. Inicialmente, a cada ano, e, no caso de 2 exames subsequentes classe I ou II, a cada 3 anos. Discutível acima

de 60 anos, se exames anteriores realizados nos últimos anos foram normais.

- d. Mamografia:** a cada 1 a 2 anos, em mulheres entre 50 e 69 anos de idade. O benefício da mamografia (redução de mortalidade) é crescente a partir dos 40 anos de idade.
- e. Pesquisa de sangue oculto nas fezes:** a cada ano, todos acima de 50 anos de idade.
- f. Densitometria óssea:** periodicamente, em todas mulheres acima de 65 anos de idade

4. Rastreamento para Grupos de Risco – RGR²

Ao contrário da RRB, que se aplica a indivíduos da população geral, o Rastreamento para Grupos de Risco (RGR) é reservado para aqueles em que na anamnese clínica foi evidenciada a presença de algum(ns) fator(es) de risco para doença(s) ou evento(s) cujos efeitos podem ser atenuados ou eliminados, desde que o diagnóstico seja feito precocemente. O RGR, portanto, complementa a RRB em situações de risco especial.

A indicação de procedimentos de rastreamento nestas situações nem sempre é acompanhada de evidências suficientes. Alguns são obrigatoriedade legal (rastreamento de doenças ocupacionais), mas a maioria se baseia em resultados de estudos isolados, opinião de especialistas, ou na perspectiva de que o valor preditivo positivo (VPP) de determinados testes aumenta em grupos onde a prevalência esperada da doença ou evento seja maior.

4.1. Risco de doenças ocupacionais³

a. Avaliação clínica:

- a.1. Indicada a cada ano para todo trabalhador menor que 18 anos ou maior que 45 anos, ou ainda, que corra risco de doença relacionada com o trabalho.
- a.2. Indicada a cada 2 anos para todo trabalhador entre 18 e 45 anos, que não corra risco de doença relacionada com o trabalho, nem seja portador de doença crônica.

² Este RGR resume-se aos exames complementares que são obrigatórios por lei, no Brasil, ou para os quais existe evidência científica suficiente que justifique a sua recomendação, conforme a *USPSTF*.

³ Estes procedimentos fazem parte da legislação específica do Ministério do Trabalho e Emprego. Não estão incluídos os Indicadores Biológicos de Exposição a agentes químicos (também obrigatórios por lei), pois, como **índices de exposição ocupacional** não são considerados testes de *screening* para doenças.

- b. **Audiometria tonal:** indicada na admissão, no 6º mês, anualmente a partir de então, e na demissão, para trabalhadores expostos a ruído acima dos limites de tolerância (dose equivalente a 85 dB(A) por 8 horas para ruído contínuo ou 120 dB(C) para ruído de impacto), durante as atividades diárias de trabalho.
- c. **Telerradiografia de tórax:**
 - c.1. Indicada na admissão e anualmente, para trabalhadores expostos a AERODISPERSÓIDES FIBROGÊNICOS, acima dos limites de tolerância específicos, durante as atividades diárias de trabalho.
 - c.2. Indicada na admissão e a cada 3 anos, para trabalhadores expostos, por menos de 15 anos, a AERODISPERSÓIDES NÃO-FIBROGÊNICOS, acima dos limites de tolerância específicos, durante as atividades diárias de trabalho.
 - c.3. Indicada na admissão e a cada 2 anos, para trabalhadores expostos, por mais de 15 anos, a AERODISPERSÓIDES NÃO-FIBROGÊNICOS, acima dos limites de tolerância específicos, durante as atividades diárias de trabalho.
- d. **Espirometria:** indicada na admissão e a cada 2 anos, para trabalhadores expostos a AERODISPERSÓIDES FIBROGÊNICOS ou NÃO-FIBROGÊNICOS, acima dos limites de tolerância específicos, durante as atividades diárias de trabalho.
- e. **Radiografias das articulações coxo-femorais e escápulo-umerais:** indicadas na admissão e anualmente, para trabalhadores submetidos a pressões acima de 1 ATM, durante as atividades de trabalho.
- f. **Hemograma completo com plaquetas:** indicado na admissão e semestralmente, para trabalhadores expostos a radiações ionizantes ou a benzeno, durante as atividades de trabalho.
- g. **Testosterona total ou plasmática livre, LH e FSH:** indicados para homens expostos ao risco de absorção de hormônios sexuais femininos, durante as atividades de trabalho.

4.2. Risco aumentado de câncer

4.2.1. Câncer de mama

- **Mamografia:** anual, para mulheres a partir de 40 anos com parentes de primeiro grau com história de câncer de mama; ou mulheres em uso de TRH.

4.2.2. Câncer colo-retal

- **Pesquisa de sangue oculto nas fezes anual e colonoscopia** a cada 10 anos, para indivíduos a partir de 40 anos com parentes de primeiro grau com história de câncer colo-retal ou polipose adenomatosa familiar
- **Colonoscopia:** a critério do médico, para indivíduos de qualquer idade com antecedentes pessoais de pólipos adenomatosos, câncer colo-retal ou doença inflamatória intestinal

4.3. Risco aumentado de distúrbios metabólicos ou vasculares

- **Colesterol total e frações (HDL e LDL):** a critério médico, para pessoas com história de hipercolesterolemia familiar ou hipertensas ou diabéticas ou com IMC acima de 30, independente do sexo e idade
- **Glicemia de jejum:** a critério médico, para pessoas hipertensas ou com IMC acima de 30, independente do sexo e idade
- **Urina tipo I (proteinúria):** a critério médico, para diabéticos de qualquer sexo e idade
- **Fundo de olho:** a critério médico, para diabéticos de qualquer sexo e idade
- **Eletrocardiograma de esforço:** antes de iniciar atividade física intensa, para indivíduos com mais de 40 anos de idade e com pelo menos 2 fatores de risco de doença cardiovascular (hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia, tabagismo, antecedentes familiares de doença coronariana precoce)
- **Ultra-sonografia de aorta abdominal:** homens, fumantes, com mais de 60 anos de idade
- **Densitometria óssea:** mulheres acima de 60 anos de idade com fatores de risco para osteoporose (magras, brancas, tabagistas)

4.4. Risco de doenças transmissíveis

O rastreamento de doenças transmissíveis deve ser feito através de anamnese cuidadosa que investigue hábitos e comportamentos de risco, como, por exemplo, a prática de sexo sem proteção adequada, condições precárias de vida e higiene, ou a falta de vacinas. Pode ser direcionada, principalmente, para os itens abaixo:

- a. **Reações Sorológicas para Sífilis:** indicadas para pessoas e seus parceiros sexuais, que trocam sexo por dinheiro (trabalhadores do sexo) ou drogas; ou pessoas com outras DST (incluindo HIV), ou que mantenham contato sexual com portadores de sífilis.

- b. **Bacterioscopia ou cultura de gonococo:** indicada para mulheres que troquem sexo por dinheiro (trabalhadores do sexo) ou drogas; ou que tiveram 2 ou mais parceiros sexuais no último ano; ou cujo(s) parceiro(s) tenha(m) múltiplos contatos sexuais; ou que apresentam episódios repetidos de infecção gonocócica.
- c. **ELISA para HIV (com testes de confirmação para os casos positivos):** indicada para homens que fizeram sexo com homens após 1975; ou que receberam transfusões de sangue freqüentes; indivíduos e seus parceiros que são usuários de drogas injetáveis (no presente ou no passado), trocam sexo por dinheiro (trabalhadores do sexo) ou drogas; tenham múltiplos contatos sexuais com pessoas diferentes ou desconhecidos; ou pessoas cujos parceiros sexuais sejam HIV-positivo; ou que procuram tratamento para outras DST.
- d. **PPD:** portadores do HIV ou outras condições médicas de risco ou associadas à tuberculose; indivíduos que mantêm contato íntimo com portadores suspeitos ou conhecidos de tuberculose; ou profissionais de saúde; ou pessoas sem acesso à assistência médica; população de baixa renda (p. ex. “sem-teto”); alcoólatras; usuários de droga injetável; institucionalizados em geral.
- e. **História de imunidade para rubéola, adquirida por doença ou vacina:** indicada para mulheres em idade fértil, complementada pela vacinação, caso necessário.

4.5. Risco de deficiência auditiva em idade avançada

- **Audiometria tonal:** indicada para pessoas com mais de 65 anos, que apresentam sinais exteriores de dificuldade auditiva (p.ex. queixas de parentes).

5. Aconselhamento

Aconselhamento, entendido como o uso de técnicas apropriadas que estimulem a adesão à prática preventiva e de promoção da saúde, é parte integrante e fundamental do EPS. A simples verificação de resultados anormais em testes de rastreamento nem sempre acarreta as necessárias mudanças de hábitos e comportamentos. A equipe de saúde deve estar capacitada, portanto, a aconselhar seu cliente em relação aos

principais fatores de risco, e a trabalhar, em conjunto com o mesmo, a melhor maneira de atenuá-los ou eliminá-los.

De um modo geral, a busca da adesão para os itens cujas recomendações básicas estão descritas mais adiante depende de uma abordagem disciplinada por parte dos profissionais de saúde, detalhada no Anexo 5 deste texto.

5.1. Atividade física (ver também Anexo 5.1)

- O aconselhamento para a atividade física regular é recomendado para todos, visando a reduzir riscos de doença coronária, hipertensão, obesidade e diabetes.
- Deve-se determinar o nível de atividade física ideal para cada cliente, as principais barreiras encontradas para a sua realização, e fornecer as informações adequadas sobre os seus benefícios.
- Deve-se ajudar o cliente a encontrar o tipo de exercício que mais se adapte ao seu perfil e à sua rotina diária, com vistas à melhora da saúde e a adesão à prática.
- Pessoas sedentárias devem ser incentivadas a incorporar atividade física auto-dirigida, moderada e regular na vida diária (p.ex. subir escadas, caminhar ou pedalar, varrer, cortar grama); a meta de curto prazo seria estabelecer um nível de atividade ligeiramente superior aos níveis de base.
- Como meta de longo prazo (em vários meses), a prática de exercícios físicos aeróbios regulares (caminhar rápido, correr, pedalar, nadar), com duração de 30 minutos por sessão, a maioria dos dias da semana, seria ideal.
- Concomitantemente, deve-se desenvolver e manter a força muscular e a flexibilidade das articulações.
- Como regra geral, exercícios vigorosos devem ser desencorajados.

5.2. Alimentação (ver também anexo 5.2)

- Dieta e exercício devem ser dimensionados de modo a manter o peso desejado, através do equilíbrio entre a ingestão calórica e o dispêndio energético.
- Todos os indivíduos devem limitar a ingestão de gordura (especialmente saturada) e colesterol, manter o balanço calórico na sua dieta, dando preferência a frutas, verduras, legumes e grãos contendo fibras.
- É recomendada a redução da gordura total ingerida a menos de 30% do total de calorias e o colesterol a menos de 300mg/dia. Gordura saturada deve ser reduzida a menos de 10% do total de calorias.

Deve-se enfatizar o consumo variado de peixe, aves sem pele, carnes magras, e derivados de leite desnatado. Dar prioridade a produtos a base de grãos, cereais, legumes, verduras e frutas.

- Mulheres devem ser encorajadas a consumir quantidades de cálcio adequadas para a idade (até 25 anos, 1220 a 1550mg/dia; de 25 a 50 anos, 1000mg/dia; pós-menopausa, 1000 a 1500mg/dia).
- A equipe de atenção primária à saúde deve estar preparada a obter uma história alimentar completa, identificar as barreiras a serem superadas para a mudança de hábito alimentar, e oferecer orientação suficiente para a implantação de um plano nutricional, incluindo seleção e preparação de alimentos. Caso isto não ocorra, deve-se recorrer a especialistas qualificados (nutricionistas).

5.3. Higiene bucal

- Indivíduos devem ser orientados a adotar hábitos diários de higiene bucal (escovação com pasta fluorada e o uso de fio dental), ingerir dieta não cariogênica (pobre em sacarose, com 3 refeições regulares, espaçadas de várias horas, evitando ingerir alimentos ou bebidas freqüentes nos intervalos), evitar o tabaco e bebidas alcoólicas, e visitar dentistas regularmente (cada 6 meses).
- Pais devem ser encorajados a supervisionar a escovação dos filhos, a quantidade de pasta utilizada, ou a limpar externamente os dentes ou mesmo as gengivas de crianças muito pequenas. Permitir o uso de mamadeiras na cama é desaconselhado.

5.4. Tabagismo (ver também Anexo 5.4)

- É recomendado o aconselhamento visando à cessação do uso de todas as formas de tabaco, para pessoas de qualquer faixa etária.
- Grávidas e pais fumantes devem ser informados quanto aos possíveis efeitos deletérios do tabagismo sobre a saúde fetal e das crianças.
- A prescrição de adesivos ou gomas de nicotina é recomendada como tratamento adjuvante para clientes selecionados.
- As estratégias que podem aumentar a adesão dos clientes são:
 - Conselhos diretos e sugestões: informar os benefícios de parar de fumar, ressaltando a capacidade do cliente para tanto; motivar o cliente resistente à idéia, se necessário, com várias visitas; marcar, em conjunto, o “dia de parar”, preparando o cliente para os sintomas de abstinência; assegurar àqueles que já pararam e voltaram que isto é a regra e não a exceção.
 - Reforços e lembretes: visitas de apoio ou acompanhamento por telefone são necessárias, principalmente durante as 2 primeiras semanas de abstinência; usar sistemas de registros e de bilhetes adesivos nos prontuários, que garantam que as mensagens anti-tabaco sejam passadas a cada visita ou mesmo à distância.

- Material de auto-promoção da saúde: colocar à disposição pacotes ou *kits* com dispositivos de informação que podem motivar e ajudar a maioria dos usuários de tabaco a parar por si próprios.
- Programas comunitários: a equipe de saúde deve estar preparada para encaminhar o cliente para serviços que ofereçam programas coletivos, mas cuja eficácia já esteja comprovada.
- Terapia medicamentosa: a prescrição de nicotina (goma de mascar ou adesivos) só se justifica após a interrupção do uso do produto com tabaco.
- Mensagens contra o início do uso de tabaco devem ser passadas para os pais ou responsáveis por crianças e adolescentes, e para adultos jovens.

5.5. Abuso de álcool e drogas

- Pessoas com sinais de abuso ou uso perigoso de álcool ou drogas devem ser orientadas e aconselhadas. O aconselhamento deve incluir a discussão do papel do álcool como causa de problemas médicos e psíquicos, conselho direto para reduzir o consumo, e planos para acompanhamento regular.
- Pessoas que referem uso potencialmente perigoso de drogas devem ser informadas a respeito dos riscos e aconselhadas a parar.
- Pacientes com evidência de dependência alcoólica ou de outras drogas devem ser encaminhados para tratamento com especialistas ou programas comunitários, sempre que possível.

5.6. Prática sexual

5.6.1. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST)

- Todos devem ser informados sobre os fatores de risco de DST e aconselhados sobre medidas efetivas para reduzi-los. O aconselhamento deve ser individualizado. A abordagem deve se basear na história dos hábitos sexuais e de uso de drogas.
- A história deve incluir questões sobre o número e a natureza dos parceiros sexuais, antecedentes de DST, uso de preservativos ou outro tipo de prevenção, e práticas particularmente de alto risco, como relações anais.
- O aconselhamento para a prevenção de DST seria no sentido da manutenção de relações monogâmicas restritas com parceiro não portador de DST, uso regular de preservativos de borracha, evitar o contato sexual com parceiros casuais ou indivíduos de alto risco (p.ex. profissionais do sexo, pessoas com múltiplos parceiros).
- Pessoas que mantenham contato com parceiros de alto risco, casuais ou sabidamente portadores de DST, devem ser aconselhadas a evitar o sexo anal e a usar preservativos em todos os tipos de relações.

- Mulheres devem ser informadas sobre alternativas de prevenção de DST, quando os parceiros masculinos se negam a usar preservativos, como o uso do preservativo feminino, embora a eficácia deste seja menos comprovada do que a do preservativo masculino.
- Durante o aconselhamento, deve-se enfatizar que o uso de álcool e drogas pode levar a comportamento sexual de alto risco. Usuários de drogas devem ser encaminhados para centros especializados e orientados a evitar o compartilhamento de seringas e agulhas.
- Usuários de drogas devem ser informados quanto à necessidade de fazer sorologia para o vírus da AIDS (HIV), o uso regular de preservativos com parceiros casuais ou fixos, e os cuidados na preparação e com o equipamento de injeção de drogas.

5.6.2. Prevenção de gravidez não programada

- Aconselhamento sobre planejamento familiar é recomendado para mulheres e homens em situação de risco para gravidez não programada, e deve ser baseado em história cuidadosa que inclua: atividade sexual (hábitos, preocupações, medos), uso atual ou no passado de contraceptivos (orientação de alternativas), nível de preocupação com a gravidez, antecedente de gravidez não programada, e risco de DST.
- Instruções claras devem ser dadas a respeito de métodos anticoncepcionais. Hormônios (pílula, injetável), diafragma e DIU deveriam ser recomendados como os métodos mais efetivos de prevenção da gravidez em pessoas sexualmente ativas. A satisfação e a aderência ao método escolhido deve ser monitorada.
- Equipe de saúde, pais e adolescentes devem ser encorajados a manter discussão aberta a respeito do desenvolvimento sexual e métodos efetivos de prevenção da gravidez não programada. As atitudes em relação ao assunto devem ser exploradas entre os jovens que ainda não mantêm atividade sexual, como forma de antecipar as suas futuras necessidades. Adolescentes devem ser consultados sem a presença dos pais.

5.7. Exposição a raios UV

- As pessoas devem ser aconselhadas a evitar a exposição direta a raios ultra-violeta, como forma de prevenção do câncer de pele.
- Recomenda-se:
 - a) evitar a exposição direta à luz solar, pelo menos entre 10:00 e 16:00 horas;
 - b) usar roupas leves e chapéus quando da exposição à luz solar;

- c) procurar permanecer à sombra ou em locais protegidos;
- d) no caso de se expor diretamente, espalhar bloqueador solar pelo corpo com frequência, ao longo do período de exposição.

5.8. Acidentes e violência

5.8.1. Veículos movidos a motor

- O profissional de saúde deve aconselhar regularmente os seus clientes quanto ao uso de cintos de segurança para motoristas e passageiros, mesmo que o veículo disponha de *air bag*.
- Bebês e crianças pequenas devem ser transportadas em assentos de segurança compatíveis com a idade e tamanho, sempre no banco traseiro, de preferência no centro. Crianças ou outros passageiros não devem ser transportados nas áreas de carga de caminhões, *pickups*, ou outros utilitários, a menos que os mesmos sejam dotados de assentos e cintos de segurança.
- Motociclistas devem ser aconselhados a usar capacetes de segurança.
- Aconselhar quanto aos riscos de conduzir veículos sob a ação de álcool e drogas, ou mesmo de ser transportado por alguém que esteja sob os efeitos destas substâncias.
- Adolescentes e adultos jovens, em particular, devem ser estimulados a evitar o uso de álcool ou outras drogas antes de conduzir veículos, procurando-se alternativas para atividades sociais, como festas, bailes, etc. (p.ex. taxi, transporte público, sorteio de condutor abstinente).
- Apesar da falta de evidências, visando à prevenção de acidentes com pedestres, principalmente crianças e escolares, pode-se orientar o uso de roupas coloridas e brilhantes, e cuidados especiais (supervisão, acompanhamento) durante deslocamentos em vias públicas.

5.8.2. Atividades domésticas e recreativas

- É recomendado o aconselhamento de pais sobre medidas que reduzam o risco de acidentes não intencionais provocados por incêndios domiciliares, queimaduras por água quente, afogamento, ciclismo, armas de fogo e quedas.
- Usuários de álcool ou drogas devem ser identificados e aconselhados a evitar ciclismo, natação, esportes aquáticos, manipulação de arma de fogo, e de fumar na cama, principalmente se estiver intoxicado.
- Adolescentes e adultos (inclusive idosos) devem receber orientação para prevenir acidentes domésticos ou em atividades recreativas. Deve-se estar atento à possibilidade de crianças e idosos estarem sendo vítimas de negligência ou abuso em casa.

- Pais, avós e outros responsáveis por crianças em casa devem ser orientados a guardar medicamentos, substâncias tóxicas e fósforos em locais seguros. Devem ser aconselhados, também, a manter o número de uma central de intoxicações à mão.
- Ciclistas, condutores de motos de baixa cilindrada e pais devem ser aconselhados a respeito da importância do uso de capacetes e a evitar a circulação em local de trânsito pesado de veículos movidos a motor.
- As famílias e responsáveis por condomínios devem ser aconselhados a proteger piscinas com cercas, janelas e balcões com grades ou redes, escadas com portões removíveis, em edifícios ou locais de alto risco de quedas.
- A guarda de armas de fogo em casa deve ser desestimulada. Caso contrário, deve ser guardada descarregada e em local inacessível.
- O aconselhamento de idosos ou seus responsáveis sobre medidas que reduzam o risco de quedas, incluindo a prática de exercício físico, medidas de proteção, como, pisos ou calçados anti-derrapantes, correção de irregularidades e desníveis no chão, e monitoração e ajuste de medicação (p.ex. drogas psicoativas, anti-hipertensivos) é recomendado.

5.8.3. *Violência juvenil*

- Em situações de alta prevalência de violência, clínicos deveriam perguntar aos jovens a respeito de comportamento violento, uso de álcool e drogas, e o acesso e manuseio de armas de fogo.
- Os indivíduos identificados como de alto risco de violência deveriam ser informados a respeito da associação de ferimentos com o fácil acesso a armas e intoxicação por álcool e drogas.

6. **Imunizações e quimioprofilaxia**

Além do rastreamento de doenças e o aconselhamento em relação a hábitos e comportamentos de risco para a saúde, cabe à equipe de saúde responsável pelo atendimento de primeira linha recomendar a profilaxia de determinadas moléstias através da indicação de vacinas ou de medicamentos.

6.1. Vacinas

A vacinação de adultos jovens e idosos é uma prática relativamente nova em nosso meio, embora venha crescendo de forma vertiginosa às custas da maior disponibilidade e melhor qualidade dos imunógenos. Em geral, algumas situações devem ser observadas: a) indicação universal, de acordo com a faixa etária; b) indicação restrita a determinados grupos de risco; c) disponibilidade do imunógeno na rede pública.

A lista mínima de vacinas indicadas para adultos, conforme o Setor de Imunizações do HCFMUSP, seria a seguinte (ver lista completa no Anexo 6.1.):

- **Dupla do adulto (dT):** reforço a cada 10 anos para indivíduos já imunizados contra tétano e difteria, ou esquema completo (3 doses) para os não imunizados.
- **Hepatite B:** 3 doses, em qualquer idade, nos indivíduos não imunizados.
- **MMR:** dose única, em qualquer idade, nos indivíduos não imunizados contra sarampo, caxumba ou rubéola.
- **Pneumocócica:** dose única, indicada para pessoas acima de 60 anos de idade, ou portadores de doença cardíaca ou respiratória crônica, diabetes mellitus insulino-dependente, e asplenia anatômica ou funcional.
- **Influenza:** dose anual, indicada para pessoas acima de 60 anos de idade, ou portadores de doenças crônicas, doenças metabólicas

(inclusive diabetes mellitus), hemoglobinopatias, imunossupressão, disfunção renal, e seus contactantes.

6.2. Medicamentos

6.2.1. Terapia de Reposição Hormonal (TRH)

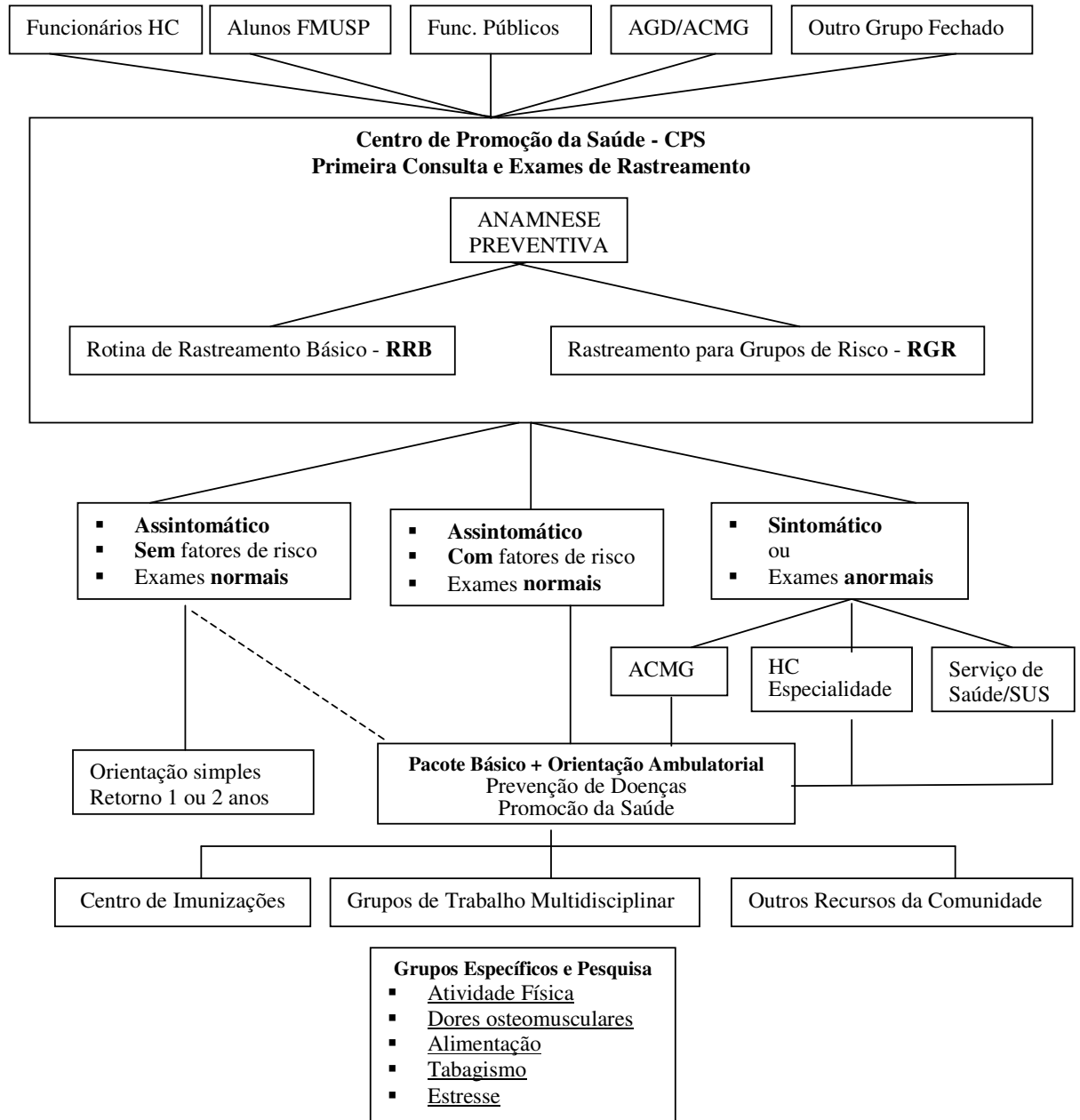
- A indicação de TRH de rotina não é recomendada. Porém, todas as mulheres interessadas ou já em uso de TRH devem receber informação atualizada sobre os riscos e eventuais benefícios da reposição hormonal em relação a: sintomas do climatério, osteoporose, distúrbios cardiovasculares e câncer.

6.2.2. Acido acetil salicílico

- Discutir a administração de ácido acetil salicílico está indicada para todos os indivíduos em situação de risco cardiovascular aumentado (hipertensos, diabéticos, hipercolesterolêmicos, tabagistas, com antecedentes familiares de doença coronariana precoce).

ANEXO 1

Anexo 1.A - Fluxograma do Atendimento do CPS



Anexo 1.B - Atendimento ambulatorial

1.1. Pré-consulta

1.1.1. Serviço Social

Grupo de Recepção: “Papel do CPS e a importância da Promoção de Saúde”.

1.1.2. Enfermagem

Realização de manobras básicas: PA, peso/altura, medida da circunferência abdominal

1.2. Consulta e Retornos de Consulta (máximo de 3 em 3 meses)

1.2.1. Médicos Residentes

Consulta para *screening* das doenças e orientação preliminar sobre fatores de risco.

1.2.2. Médicos Assistentes

Discussão de procedimentos e condutas com os residentes.

1.3. Pós-consulta

1.3.1. Serviço Social

Seleção e indicação de recursos alternativos na comunidade.
Orientação para retornos de longo prazo.

1.3.2. Enfermagem

Orientação para realização de exames complementares, retirada de receitas médicas, aplicação de vacinas e retornos.

2. Palestra dinâmica: “Pacote Básico de Promoção da Saúde”

Reunião multidisciplinar abordando de forma didática e participativa os principais temas da promoção da saúde (atividade física, nutrição, higiene dentária, comportamento sexual e prevenção de acidentes).

3. Grupos de Aconselhamento

Estão à disposição intervenções em grupo, compostas de 5 a 8 sessões, coordenadas por especialistas em: atividade física e dores osteomusculares, nutrição, tabagismo e estresse.

Anexo 1.C – Grupos de Aconselhamento **(Coordenação: Psic. Leticia Gaspar Tunala Mendonça)**

De acordo com a triagem médica (critérios de inclusão), os pacientes poderão ser encaminhados para os grupos específicos de intervenção com sessões de 1:30 h, que ocorrem semanalmente, por 5 a 8 semanas. Após esta fase o cliente que obtiver sucesso passará para a fase de manutenção, com reuniões mensais durante 12 meses, na qual são priorizadas estratégias de prevenção da recaída do comportamento trabalhado.

Cada grupo de aconselhamento conta com 2 coordenadores, especialistas em: atividade física e dores osteomusculares, nutrição, tabagismo e estresse, conforme o tema de cada grupo ou sessão.

Para que o cliente tenha mais chance de obter sucesso na intervenção de grupo, sugerimos que o médico que esteja realizando a indicação responda às seguintes perguntas:

- O paciente encontra-se devidamente motivado para realizar a mudança de comportamento sugerida (ou seja, encontra-se na fase de preparação ou ação. Veja anexo 5)?
- Você sente que conseguiu estabelecer uma boa relação de confiança para que o paciente aceite sua proposta de frequentar o grupo?
- A estratégia de grupo de aconselhamento parece boa para ele?
- Você explicou para ele o que é e como funciona um grupo de aconselhamento?
- Ele possui disponibilidade de tempo para frequentar as sessões semanais que duram cerca de 1h e 30 min?
- Você informou que ele possivelmente terá que esperar algum tempo até que haja vaga no grupo?
- Você propôs alguma atividade relacionada à mudança de comportamento enquanto ele espera pela vaga?

Caso você sinta que alguma das perguntas acima não obteve uma resposta satisfatória, procure orientar ou preparar seu paciente antes de encaminhá-lo.

O CPS conta com atividades de grupo para os temas abaixo. A entrada em cada grupo depende do encaminhamento do médico e da disponibilidade de vagas.

1) Grupo de Atividade Física

Objetivo principal: incorporar a prática física às atividades diárias
Público alvo: pessoas sedentárias, com dores ou alto risco cardiovascular
Estrutura: 5 sessões semanais de 1 hora e 30 minutos
Conteúdo: informações técnicas, exercícios e abordagem comportamental para grupos de 15 pessoas

2) Grupo de Nutrição

Objetivo principal: adotar dieta equilibrada ou redução de peso
Público alvo: pessoas com IMC acima de 25
Estrutura: 6 sessões semanais de 1 hora e 30 minutos
Conteúdo: informações técnicas e abordagem comportamental para grupos de 15 pessoas
IMPORTANTE: Pacientes com outros problemas nutricionais, que necessitem orientação específica, devem ser encaminhados com a folha amarela para outro setor do serviço de Nutrição da Clínica Geral.

3) Grupo de Tabagismo

Objetivo principal: cessar o tabagismo
Público alvo: fumantes
Estrutura: de 6 a 8 sessões semanais de 1 hora e 30 minutos
Conteúdo: informações técnicas e abordagem comportamental para grupos de 15 pessoas. Há a utilização de nicotina transdérmica.
IMPORTANTE: Solicitamos que aos pacientes com risco aumentado para o uso da nicotina transdérmica, como gestantes e pacientes com problemas cardíacos, sejam encaminhados munidos de uma autorização por escrito e carimbada.

4) Grupo de Estresse

Objetivo principal: aprendizado de estratégias de enfrentamento do estresse
Público alvo: pessoas triadas na consulta e nos outros grupos
Estrutura: 8 sessões semanais de 1 hora e 30 minutos
Conteúdo: informações técnicas e abordagem comportamental para grupos de 15 pessoas

CENTRO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
HCFMUSP

CLAS. SOCIAL:

COLAR ETIQUETA

	Ano	2001	2002								
	Idade	52	52								
	Data	11.10	11.2								
FATOR DE RISCO IDENTIFICADO	Cons.	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª
Sedentarismo	Situa.	P	A								
Alimentação inadequada	Situa.	P	A								
Estresse	Situa.	C	C								
Higiene bucal precária	Situa.	A	C								
Tabagismo	Situa.	I	I								
Álcool	Situa.	I	I								
Drogas	Situa.	I	I								
Comportamento sexual de risco	Situa.	C	C								
Risco de acidente de trânsito	Situa.	C	C								
Risco de acidente doméstico	Situa.	C	C								
Risco de acidente de trabalho	Situa.	C	C								
Risco de violência	Situa.	C	C								
Exposição a raios UV	Situa.	I	I								
	Situa.										
	Situa.										
	Situa.										
	Situa.										
	Situa.										
	Situa.										
DOENÇA DIAGNOSTICADA											
<i>Obesidade</i>	Situa.	P	A								
<i>Hipertensão arterial</i>	Situa.	P	C								
	Situa.										
	Situa.										
	Situa.										

SITUAÇÃO: P = PREOCUPANTE (RISCO ALTO) A = ATENÇÃO (RISCO MODERADO) C = CONTROLADA (RISCO BAIXO)
I = IDEAL (RISCO NULO) G = ENCAMINHADO PARA GRUPO DE ACONSELHAMENTO

CENTRO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
HCFMUSP

		Ano	2001	2002	2003								
		Idade	52	52	53								
		Data	11.10	11.2									
RASTREAMENTO		Cons.	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	
IMC = P/A ²	periódico	Result.	32,4	29,5	P								
Circunf. Abdominal	periódico	Result.	90	85	P								
Pressão arterial	cada 1-2a	Result.	150x95	130x85	P								
Teste de Snellen	>= 65a periódico	Result.											
Alcoolismo (quest.)	periódico	Result.	N										
Colesterol T H >=35a M >=45a cada 5a		Result.	210		P								
HDL/LDL-C H >=35a M >=45a cada 5a		Result.	39/160										
Glicemia de jejum	>= 45a cada 5a	Result.	98										
Sangue oculto fezes	>= 50a anual	Result.	Neg.		P								
Mamografia	M 50-69a cada 1-2a	Result.	N		P								
Papanicolaou	M <= 65a cada 1-3a	Result.	G 1										
Densitometria Óssea	M >= 65a	Result.											
		Result.											
		Result.											
		Result.											
		Result.											
		Result.											
		Result.											
		Result.											
		Result.											
		Result.											
PROFILAXIA PRESCRITA													
Vac. Tétano/Difteria		Situaç.	N										
Vac. Sarampo/Caxumba/Rubéola		Situaç.											
Vac. Hepatite B		Situaç.											
Vac. Influenza		Situaç.	R										
Vac. Pneumocócica		Situaç.	N										
Med. Aspirina		Situaç.											
		Situaç.											
		Situaç.											
ACONSELHAMENTO DADO													
Higiene bucal (B)	Exposição UV (UV)												
Nutrição (N)	Atividade física (F)	Tipo	N										
Tabagismo (T)	Álcool (Al)												
Acidentes (A)	Drogas (D)	Tipo	F										
Comp. sexual (S)	Violência (V)												
		Tipo	U, B										
		Tipo											

CÓDIGOS: N = Normal A = Alterado R = Recusado F = Feito fora P = Pedido/Programado

Anexo 3.1.A. Questionário CAGE – Rastreamento de Alcoolismo

C (<i>cut</i>) -	Já passou pela sua cabeça, alguma vez, que você precisa parar de beber?
A (<i>annoyed</i>)	As pessoas têm aborrecido você criticando-o por beber?
G (<i>guilty</i>)	Alguma vez você se sentiu aborrecido ou culpado pelo tanto que está bebendo?
E (<i>eye-opener</i>)	Alguma vez você teve que tomar alguma bebida logo cedo de manhã para acalmar os nervos ou espantar a ressaca?

Comentários:

- A interpretação é feita caso-a-caso.
- Apesar de apresentar boa sensibilidade e especificidade, o CAGE não serve para rastrear o uso/abuso de álcool, mas apenas casos de alcoolismo em franco desenvolvimento ou com sinais de dependência.

Anexo 3.1.B – Questionário AUDIT – Rastreamento de abuso de álcool

AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test (O.M.S.)

Questão	O	1	Escore 2	3	4
Com que frequência você toma bebida alcoólica?	Nunca	1 vez por mês ou menos	2 a 4 vezes por mês	2 a 3 vezes por semana	4 ou mais por semana
Quantos copos você costuma beber num típico dia em que você está bebendo?	Nenhum	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 a 9*
Com que frequência você toma quase 6 ou mais copos de bebida em uma única ocasião?	Nunca	Não chega a ser mensal	Mensal	Semanal	Diária ou
Com que frequência, durante o quase último ano, você se achou incapaz de parar de beber uma vez que tinha começado?	Nunca	Não chega a ser mensal	Mensal	Semanal	Diária ou
Com que frequência, durante o quase último ano, você falhou em suas atividades normais esperadas por causa da bebida?	Nunca	Não chega a ser mensal	Mensal	Semanal	Diária ou
Com que frequência, durante o quase último ano, você precisou de uma primeira bebida logo cedo pela manhã, para se manter ativo após ter bebido muito no dia anterior?	Nunca	Não chega a ser mensal	Mensal	Semanal	Diária ou
Com que frequência, durante o quase último ano, você se sentiu culpado ou com remorso após ter bebido?	Nunca	Não chega a ser mensal	Mensal	Semanal	Diária ou
Com que frequência, durante o quase último ano, você foi incapaz de lembrar o que aconteceu na noite anterior por ter bebido?	Nunca	Não chega a ser mensal	Mensal	Semanal	Diária ou
Você ou outra pessoa já sofreu algum tipo de acidente como resultado de você ter bebido?	Nunca	Sim, mas não durante o último ano (2 pontos)		Sim, durante o (4 pontos)	
Algum parente, médico ou outro profissional de saúde já se interessou pelo fato de você beber ou já sugeriu que você parasse?	Nunca	Sim, mas não durante o último ano (2 pontos)		Sim, durante o (4 pontos)	

* 5- pontos se a resposta for "10 ou mais copos num dia típico".

COMENTÁRIO:

No caso da soma dos escores ser maior que 8 (do total de 41 pontos possíveis), é sugestiva a existência de abuso de bebida alcoólica e indica a necessidade do aprofundamento da investigação clínica. No caso da soma dos escores ser maior que 10, diminui a probabilidade de se classificar erradamente os casos sugestivos de abuso de bebida alcoólica.

Anexo 5. Mudança de hábitos e comportamentos

Prof. Letícia Gaspar Tunala Mendonça

Há muitos modelos e formas de compreensão de como e porquê as pessoas mudam. Dentro do campo da Promoção da Saúde existem alguns mais citados na literatura e que têm demonstrado vantagens ao serem aplicados, a saber:

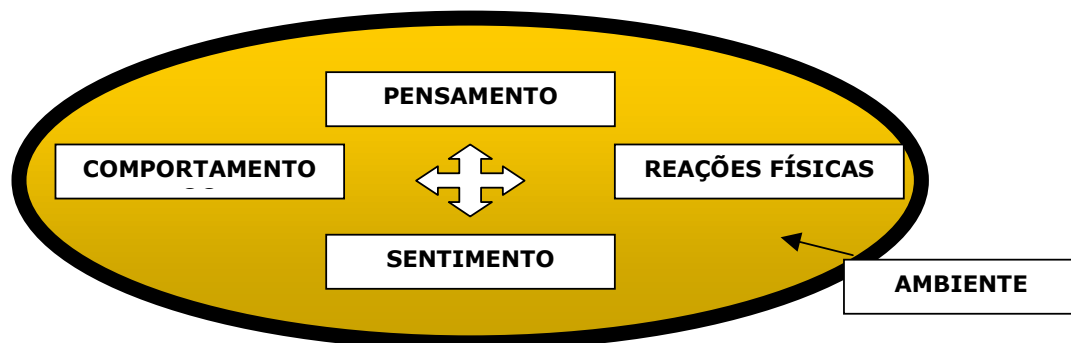
- Modelo cognitivo (Aaron Beck)
- Modelo comportamental (Skinner)
- Modelo transteórico (Prochaska)

Baseando-me nos principais conceitos e recomendações destes modelos tecerei alguns comentários relevantes para auxiliar o profissional na tarefa de mediar o processo de mudança de seu cliente, uma vez que o processo de mudança de hábitos e comportamentos nocivos à saúde pode ser estimulado ou monitorado através de um conjunto de medidas.

MODELO COGNITIVO

Este modelo sustenta a afirmativa de que nossos comportamentos, afetos, sensações físicas e reações ao ambiente estão sustentados por pensamentos e crenças que adquirimos ao longo de nossa existência. Assim, quando temos saúde mental, física e social adequadas diz-se que nossos pensamentos são funcionais, ou seja, eles não nos causam sofrimento de nenhuma ordem.

Porém, quando percebemos que esta harmonia está prejudicada é possível que estejamos produzindo pensamentos ou crenças considerados disfuncionais. No entanto, na maioria das vezes, não temos consciência da existência dos mesmos, pois são automáticos, ou seja, a velocidade com que aparecem é tão alta que sequer percebemos sua existência ou sua qualidade. O problema é que mesmo sem reconhecê-los eles exercem influência em nossos sentimentos e comportamentos como demonstra a figura abaixo.



A principal recomendação deste modelo reside na possibilidade de auxiliar seu cliente a identificar e modificar seus *pensamentos disfuncionais automáticos*.

Concretamente, é possível que um paciente que tenha parado de fumar conviva com outros fumantes. Apesar das recomendações sugeridas, ele não consegue utilizar nenhuma estratégia de redução da influência deste convívio durante a fase de manutenção. Conversando com ele encontramos a crença de que se ele solicitar aos colegas ou familiares que não fumem em sua frente, ou ainda que saia do ambiente nestas ocasiões, ele estaria se tornando um “ex-fumante chato, intolerante”, como outros que conheceu enquanto era fumante. Uma vez percebida a influência desta crença, podemos auxiliá-lo.

Existem alguns recursos que facilitam a verificação dos pensamentos e sua relação com outros aspectos. Recomendarei um que creio ser de fácil aplicação na prática clínica:

1) Sugira ao seu cliente que faça um diário como o que segue:

O que estava acontecendo. (ambiente)	O que senti. (sentimento)	O que fiz. (comportamento)	O que pensei. (pensamento)	O que senti fisicamente (reações físicas)

2) Ele deve fixar uma das colunas. Por exemplo, supondo que ele queira entender seu hábito de comer compulsivamente, ele deve fixar a coluna O que fiz, uma vez que este é o comportamento a ser decifrado, e preencher as demais.

O que estava acontecendo. (ambiente)	O que senti. (sentimento)	O que fiz. (comportamento)	O que pensei. (pensamento)	O que senti fisicamente (reações físicas)
		<i>Comi compulsivamente.</i>		

3) Após uma semana ou na próxima consulta, quando ele trouxer a tabela preenchida, será possível ter mais clareza e controle sobre o que se passa com o cliente e assim negociar estratégias mais eficazes em relação ao comportamento-problema.

MODELO COMPORTAMENTAL

Este modelo ajuda-nos, no que diz respeito à Promoção da Saúde, a compreender melhor a formação de automatismos (respostas/comportamentos automáticos) e a manutenção do comportamento por recompensas.

Muitos de nossos comportamentos estão tão condicionados que se tornam automáticos, isto é, agimos sem nos darmos conta se realmente desejamos fazê-lo. Por exemplo, há anos chegamos em casa, colocamos nossos pertences numa mesa à direita, entramos na cozinha e pegamos algo para comer, pegamos o jornal, sentamos na cadeira em frente à televisão, e fumamos um cigarro. Se um dia alguém tirar a mesa do lugar, esvaziar a geladeira, etc., acharemos estranho e questionaremos. Do contrário, simplesmente, fazemos.

Outro condicionamento comum é aquele que se dá quando realizamos um comportamento e obtemos uma recompensa, seja algo prazeroso ou o alívio de um desconforto. Assim, num dia difícil presenteamo-nos com uma caixa de bombons ou com cigarros. Se acharmos que estes prazeres foram realmente recompensadores, é possível que, numa próxima vez em que o dia for duro, procuremos recompensas semelhantes.

Assim, vamos criando e mantendo hábitos.

No trabalho com os pacientes é importante que através destes mecanismos sejam formuladas e oferecidas dicas que auxiliem a substituir comportamentos que desejamos modificar por outros mais saudáveis (contra-condicionamento). No entanto não deve ser esquecido que a pessoa visa a uma recompensa similar àquela obtida anteriormente.

Dicas de contra-condicionamento:

- Alterar rotinas;
- Alterar a posição de móveis;
- Aumentar os recursos de obtenção de prazer;
- Sugerir que colegas/familiares sirvam de “observadores” para ajudarem a perceber quais são os automatismos mais comuns e como podem auxiliar na sua alteração;
- Se deseja que um comportamento de um paciente vire um hábito, ajude-o a condicioná-lo, como por exemplo, colocá-lo sempre num mesmo horário ou próxima a uma atividade rotineira.

MODELO TRANSTEÓRICO

Este modelo sustenta o que segue:

- A mudança de comportamento dá-se de maneira gradual, em etapas e a recaída é uma delas (fases de motivação);
- O questionamento sobre os prós e os contras da mudança (balanço decisório) permanecem durante todo o processo;
- Quanto maior for a percepção que a pessoa tem de sua capacidade de mudar, maiores serão suas chances de sucesso (auto-eficácia).

Nem todas as pessoas estão prontas para agir efetivamente em relação a mudança, no entanto há algo a ser feito por elas. Abaixo descreverei as fases de motivação e as estratégias sugeridas para lidar com cada uma delas:

Pré-contemplação:

Aqui o cliente demonstra-se tão refratário à mudança que pode até sentir-se incomodado com o assunto, ou sequer dar importância a ele. Seu balanço decisório aponta para as desvantagens de mudar e para as vantagens de permanecer do jeito em que está. Muitas vezes a pessoa encontra-se neste estágio por já ter realizado outras tentativas de mudança mal sucedidas no passado. Os grupos de apoio ou qualquer estratégia de ação **não** são recomendáveis nesta fase, pois além de ser difícil que a pessoa siga as orientações propostas, ela pode se tornar ainda mais resistente pelo possível insucesso gerado.

Recomenda-se que:

- 1) em relação ao balanço decisório sejam enfatizadas as **vantagens** de uma possível mudança a fim de contrabalançar as barreiras apontadas. É uma forma de tornar relativos os pontos negativos, pois quanto mais eu vejo os positivos, mais fácil superar os primeiros;
- 2) aumente a conscientização da pessoa sobre o problema, através de conversas, panfletos, leituras, recomendações de filmes sobre o assunto, testemunhos de outros etc;
- 3) faça uma avaliação emocional e ambiental identificando quais pessoas poderiam servir de modelos positivos para o cliente.

Contemplação:

Neste estágio o cliente já avançou, pois já considera a possibilidade da mudança embora enfatize mais as barreiras do que as vantagens da mudança. Aqui, recomendam-se as mesmas estratégias acima mencionadas, além de:

- 1) combinar avaliações cognitivas e afetivas sobre a auto-imagem do cliente com ou sem o hábito não saudável. Por exemplo sugerir que ele faça uma descrição detalhada de si mesmo ou do hábito, agora, e outra depois da mudança: como seria seu dia, como seus amigos/familiares o veriam/tratariam, etc.

Preparação:

O paciente demonstra claramente o desejo de mudar e o papel do profissional é **negociar** a estratégia ou o plano de ação mais apropriado para ele. Sugerimos que:

- 1) o enfoque do balanço decisório deve ser o de minimizar as barreiras;
- 2) enfatize o compromisso dele com a mudança, elaborando um “contrato” verbal que inclua data de início e planejamento das ações. Não esqueça de dizer que se ele "falhar", a qualquer momento, poderá contar com você.

Ação:

Nesta fase o paciente colocará em prática o plano de ação, portanto:

- 1) continue trabalhando na redução da percepção de barreiras;
- 2) reforce cada avanço conseguido;
- 3) incentive a busca de relacionamentos que possam servir de apoio;
- 4) sugira uma verificação do ambiente (ver dicas do modelo comportamental);
- 5) esteja apto e aberto a negociar novas estratégias de ação;
- 6) não considere qualquer “escorregão” como uma recaída que necessite começar tudo novamente. Ajude seu paciente a aprender mais sobre si com esta nova situação.

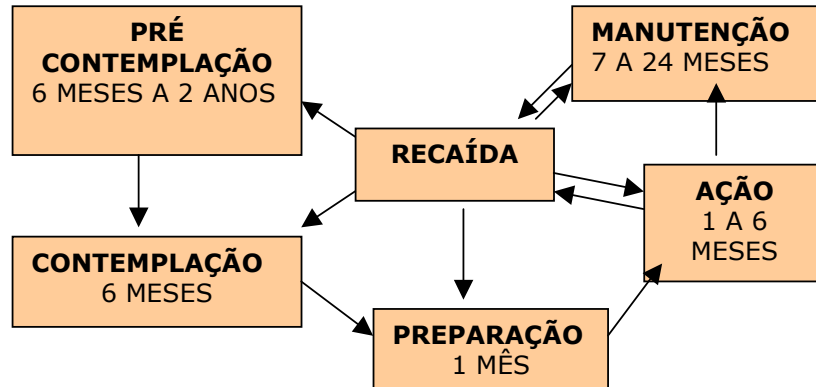
Manutenção/Recaída⁴:

O paciente já alterou seu comportamento e precisa ser incentivado a continuar. É uma fase extremamente importante pois a probabilidade da recaída torna-se mais alta nesta fase e as recomendações acima valem neste estágio. Atente apenas para:

- 1) algumas pessoas têm dificuldade de perceber que elas fizeram boa parte do trabalho e pensam que, sem o profissional que as auxiliou, irão fracassar. Espace as consultas para ela adquirir mais autonomia;
- 2) caso haja, indique e trabalhe os mecanismos de auto-sabotagem (tentativas auto-dirigidas, não

⁴ A recaída pode ocorrer a partir dos estágios em que tentará fazer algo na prática, no entanto dela ele poderá partir para qualquer um dos estágios.

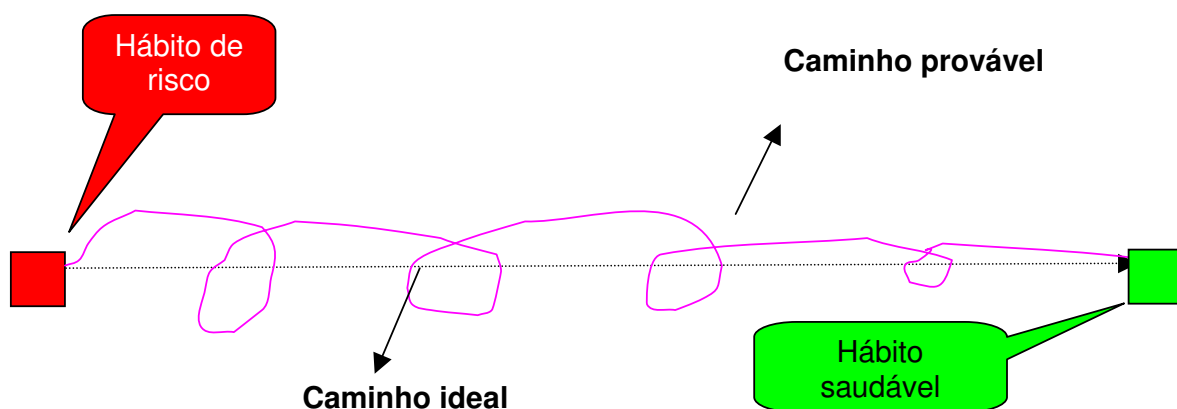
intencionais, de abortar o processo de mudança) que ela apresente, pois muitas vezes trata-se de medo de ficar sem apoio.



Quadro de recomendações gerais

- a. Detecção dos fatores de risco para a saúde (anamnese clínica e rastreamento).
- b. Definição dos fatores de risco prioritários e as intervenções mais adequadas a cada um, em parceria com o cliente.
- c. Manutenção de um nível ideal de comunicação com o cliente, levando em conta, por exemplo, diferenças de linguagem.
- d. Informação ao cliente sobre a real necessidade da prevenção ou de promoção da saúde, abordando inclusive crenças e aspectos culturais.
- e. Esclarecimento adequado em relação às vantagens e desvantagens das medidas e procedimentos recomendados.
- f. Obtenção do comprometimento do cliente ao processo de mudança que se pretende iniciar ou dar continuidade, e começar a agir o mais cedo possível.
- g. Planejamento de programas de curto, médio e longo prazo, conforme escala de prioridades definida ao longo das consultas médicas.
- h. Estabelecimento de metas conjuntas, que sejam realistas e viáveis na prática; reforçando, positivamente, mesmo os pequenos ganhos.
- i. Proposta de planos de trabalho factíveis, de evolução progressiva (passo-a-passo), e que sejam flexíveis, para o caso de necessitar de modificação.
- j. Implantação de um sistema de monitoração do progresso e de antecipação de eventuais retrocessos (em geral, fazem parte do processo de mudança), que garantam a continuidade do programa.

A **história natural** do processo de mudança



Anexo 5.1. Atividade Física

Prof. Dr. Celso Carvalho

RASTREAMENTO DAS RESTRIÇÕES PARA ATIVIDADE FÍSICA

Durante a anamnese com enfoque preventivo, é recomendada a investigação sobre o nível de atividade física diária do cliente, que deve incluir perguntas sobre as atividades do dia-a-dia, laborais e de lazer. Dentre as atividades do dia-a-dia deve-se perguntar, por exemplo, se em casa executa tarefas como lavar, varrer, encerar; como se desloca para o trabalho; se sobe e desce escadas e caminha bastante, ou só usa escadas rolantes, elevadores e veículos motorizados. Nas atividades laborais, perguntar se o cliente trabalha sentado ou se o trabalho permite alternância postural; se faz compras e conduz as crianças à escola, a pé, ou só se desloca de carro. Nas atividades (ou horas) de lazer verificar se realiza alguma atividade física, ou apenas entretenimentos como ler, assistir TV, jogar videogame, navegar na *Internet*, etc. Para os indivíduos que referirem algum tipo de exercício físico regular, atual ou no passado, é importante que seja detalhado o tipo, a frequência, a intensidade e a duração do mesmo.

Em paralelo à identificação do perfil de atividade física do cliente, deve-se questionar sobre: a motivação e possíveis empecilhos para realização da mesma; fatores de risco de doença coronariana (hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia, tabagismo, história familiar de doença cardíaca precoce); sintomas induzidos pelo exercício; meios de suporte social para a prática de exercícios, na família, no trabalho, entre amigos; a disponibilidade de tempo (agenda diária); antecedentes de distúrbios osteomusculares. O exame físico deve focar, principalmente, os sistemas cardiovascular e músculo-esquelético, alvos principais das complicações da atividade física.

Tabela 1. *Physical Activity Readiness Questionnaire (PAR-Q)*

Sim	Não	
()	()	1. Alguma vez seu médico lhe disse que você tem algum problema de origem cardíaca e que você só pode se exercitar sob orientação médica?
()	()	2. Você sente dor no peito quando pratica atividade física?
()	()	3. No mês passado, você teve dor no peito quando estava praticando atividade física?
()	()	4. Você perde seu equilíbrio por causa de tontura ou já perdeu a consciência?
()	()	5. Você tem algum problema ósseo ou articular que poderia piorar com a alteração da sua atividade física?
()	()	6. Seu médico está lhe prescrevendo alguma medicação (por exemplo, diuréticos) para sua pressão arterial ou seu coração?
()	()	7. Você sabe de algum motivo de saúde que lhe impediria de realizar atividade física?

Obs.: Se todas as respostas forem negativas o indivíduo pode iniciar atividade física leve ou moderada. Em caso de algum item ser positivo, é recomendada orientação médica.

Como procedimento preliminar, o Departamento Nacional de Saúde e Bem-Estar do Canadá criou o *Physical Activity Readiness Questionnaire (PAR-Q)* (Tabela 1), um questionário auto-aplicável com o qual se procura identificar os indivíduos que devem ser submetidos a uma avaliação médica, antes de iniciar uma atividade física regular. A aplicação deste instrumento, pode ser útil antes ou durante a consulta médica, pois a sensibilidade para rastrear indivíduos com restrição à prática de exercícios (Tabela 2) é de 100%.

Tabela 2. Contra-indicações à realização de exercícios

ABSOLUTAS	RELATIVAS
- IAM recente descontrolada	- HAS grave não tratada ou
- angina instável	- estenose aórtica moderada
- taquicardia ventricular/outras arritmias de risco	- estenose subaórtica moderada
- aneurisma dissecante de aorta	- disritmias supraventriculares
- insuficiência cardíaca congestiva	- aneurismo ventricular
- estenose aórtica grave complexa	- ectopia ventricular freqüente ou
- miocardite ou pericardite (suspeita ou em atividade)	- cardiomiopatia
- tromboflebite ou trombo intracardíaco (diabetes,	- doença metabólica não controlada
- embolia sistêmica ou pulmonar recente	tireodopatia) ou anormalidade
eletrolítica	- doença infecciosa crônica ou
- infecção aguda recorrente	- doença reumatológica, neuromuscular ou
	osteomuscular que são exacerbadas pelo
	exercício
	- gravidez complicada

Ao final da avaliação clínica, além de identificar o nível de atividade física do cliente (p.ex. sedentário completo, praticante de atividade irregular ou esporádica, praticante de exercício regular), deve-se estar apto a classificar os indivíduos que pretendem iniciar ou aumentar o nível de atividade física em três grupos de risco para doença coronariana (Colégio Americano de Medicina Esportiva):

- 1. Aparentemente saudáveis:** assintomáticos com, no máximo, 1 fator de risco coronariano.
- 2. Risco aumentado:** apresentam sinais ou sintomas sugestivos de doença cardiopulmonar ou metabólica e/ou 2 ou mais fatores de risco coronariano).
- 3. Doença conhecida:** portadores de doença cardiopulmonar ou metabólica.

Levando em consideração a classificação do indivíduo em relação aos itens acima e a intensidade do exercício⁵ que se pretende adotar, o Colégio Americano de Medicina Esportiva recomenda (ver, também, a Tabela 3):

1. Indivíduos **aparentemente saudáveis** podem iniciar **exercício moderado** (ou leve) sem a realização de qualquer exame ou teste especial, se o exercício for aumentado gradualmente e monitorados sinais e sintomas de problemas.
2. Homens acima de 40 ou mulheres acima de 50 anos, que tenham 2 ou mais fatores de risco coronariano ou sinais/sintomas suspeitos de doença cardio-respiratória ou metabólica, que pretendem iniciar programa de **exercício intenso**, devem ser submetidos à **avaliação clínica e teste de esforço**.
3. Indivíduos portadores de doença cardio-respiratória ou metabólica devem ser submetidos à **avaliação clínica e teste de esforço**, antes de iniciar programa de **exercício moderado**.

Tabela 3. Recomendações do Colégio Americano de Medicina Esportiva para avaliação clínica e teste de esforço antes de iniciar exercícios regulares

CONHECIDA [†]	ESTADO DE SAÚDE DO INDIVÍDUO				
	APARENTEMENTE SAUDÁVEL		RISCO AUMENTADO [#]		DOENÇA
	JOVEM [*]	IDOSO	ASSINTOMÁTICO	SINTOMÁTICO	
EXERCÍCIO MODERADO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
EXERCÍCIO INTENSO	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM

* HOMENS ≤ 40 ANOS E MULHERES ≤ 50 ANOS

PESSOAS COM 2 OU MAIS FATORES DE RISCO CORONARIANO

† PACIENTES COM DOENÇA CARDÍACA, PULMONAR OU METABÓLICA

Além das restrições de saúde que limitem a prática física, deve-se atentar, também, para outros obstáculos referidos pelo cliente, como, falta de tempo e motivação, desprazer em fazer exercícios, falta de continuidade da prática, dentre outros. Ao mesmo tempo, deve-se ter em mente a importância de mensagens de reforço positivo. Fatores motivadores que podem ajudar o cliente a abandonar o sedentarismo: melhorar o sono, perder peso, controlar o estresse, melhorar o bem-estar

⁵Exercício leve: atinge 35-59% da FCmáx ou 30-49% do VO₂máx (p.ex. andar a velocidade normal)

Exercício moderado: atinge 60-79% da FCmáx ou 50-74% do VO₂máx (p.ex. andar rápido)

Exercício intenso: atinge 80-89% da FCmáx ou 75-84% do VO₂máx (p.ex. correr)

Exercício muito intenso: atinge >90% da FCmáx ou >85% do VO₂máx (p.ex. correr maratona)

e a auto-estima, aumentar a disposição sexual, atender à pressão de colegas, amigos ou familiares, prevenir doenças.

ACONSELHAMENTO PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

Identificado o nível de atividade física e os possíveis fatores restritivos à sua realização, a equipe de saúde deve adotar uma rotina de aconselhamento específica para este fim. É importante ressaltar que a estratégia pode ser individualizada no contexto da consulta médica propriamente dita, ou coletiva, através de grupos de intervenção com orientador especializado. O conteúdo do aconselhamento pode ser dividido em 2 estágios básicos:

Estágio 1: *Introduzir atividade física nos hábitos normais do dia-a-dia*

Os indivíduos sedentários, de qualquer idade, devem ser estimulados a adotar hábitos que incluam movimentação sem grande sobrecarga física, como por exemplo:

1. **andar mais**, sempre que possível, substituindo o uso de veículos motorizados nos pequenos trajetos ou quando este for dispensável, aumentando, propositadamente, os deslocamentos a pé (para pegar ônibus ou metrô, fazer compras, buscar crianças na escola, etc.), incluindo caminhadas entre as atividades de lazer ou nos fins de semana, diminuindo o tempo sentado no trabalho, etc.;
2. **subir e descer escadas**, no trabalho ou no local onde mora, trocando os elevadores ou escadas rolantes, ou mesmo o uso de telefone e outros meios de comunicação (em pequenas distâncias), pelo hábito de caminhar;
3. **executar tarefas domésticas** que mesclam lazer com exercícios, como cortar a grama do jardim, regar e podar plantas, varrer ou lavar o quintal, efetuar pequenos consertos e reparações em casa, e qualquer outro tipo de atividade que envolva movimentação de membros superiores e/ou inferiores;
4. **substituir uma parte do lazer sedentário**, como ler, escrever, ouvir música, assistir TV, pintar telas, jogar no computador, navegar na *Internet*, por outras atividades que envolvam exercícios físicos, como dançar, brincar com crianças, passear em praças ou parques, dentre outras.

Os itens acima são exemplos de atividades que podem ser incorporadas ao dia-a-dia de qualquer indivíduo sem acarretar maiores riscos, uma vez que são leves, e cuja intenção principal é desencadear um processo de modificação do hábito sedentário. Entretanto, estudos

recentes demonstraram que a incorporação, a longo prazo, da atividade física no estilo de vida diário, por si só, já apresenta impacto positivo em indicadores de risco coronariano, semelhante ao produzido por sessões regulares de exercícios em academias ou clubes.

Em resumo, como conduta do **CPS-HCFMUSP**, o aconselhamento de Estágio 1, voltado para a incorporação de exercício físico em todas as atividades diárias em que isto for possível, deve ser incluído e monitorado, já a partir da primeira consulta, em **todos os contatos com os clientes** que apresentem características de sedentarismo, como uma etapa inicial para a mudança de comportamento, mas já com efetividade na redução do risco cardiovascular.

Estágio 2. Iniciar um programa de exercício regular moderado

Indivíduos aparentemente saudáveis, que incorporaram a atividade física como parte do seu dia-a-dia, ou aqueles que não conseguiram mas que estão motivados a iniciar alguma atividade física com regularidade (em horários fixos, por exemplo), devem ser estimulados a praticar exercícios moderados (FC durante o exercício até 79% da FC_{máx}⁶) de rotina com as seguintes características:

a) **Duração:** mínimo de 15 minutos para garantir o seu efeito aeróbio, ou seja, que ele aumente a capacidade cardio-respiratória, entretanto, sessões de 20 a 30 minutos, excluindo-se o tempo de aquecimento e desaquecimento, proporcionam maior gasto calórico e maior condicionamento cardiovascular.

b) **Tipo e frequência:**

b.1: exercícios cardio-respiratórios (p.ex. andar rápido, correr, nadar, pedalar, dançar, patinar): pode ser aconselhado que eles sejam realizados diariamente, mas entre 3 a 5 sessões semanais já surtem efeito;

b.2: exercícios resistivos (musculação ou exercícios com pesos), devem ser realizados em dias alternados e, preferencialmente, sob supervisão especializada, principalmente em idosos;

c) **Progressão:** implementação gradual do programa, iniciando com 3 sessões semanais de, pelo menos, 15 minutos, e leve intensidade, com aumento progressivo de tempo e intensidade, até atingir 4 a 5 sessões semanais, de 30 minutos, de exercício moderado. Idealmente, ainda na faixa de exercício moderado, deve-se propor a realização de sessões diárias de até 30 minutos cada.

d) **Conteúdo da sessão:** toda sessão de exercícios deve, preferencialmente, compreender 3 fases:

⁶ FC_{máx} = 208 - (0,7 x idade). A fórmula antiga era FC_{máx} = 220-idade

a) aquecimento de 5 minutos com uma série de alongamentos e/ou início de exercício em leve intensidade; b) exercícios, propriamente ditos, com duração de 30 minutos; c) desaquecimento de 5 minutos, com exercício em intensidade decrescente ou uma outra série de alongamentos.

De todos os tipos de exercícios, andar é aquele que pode ser recomendado com maior frequência, pois a sua prática não depende de aprendizado, não requer orientação educacional especial, não implica em onerar o cliente e pode ser ajustado, de forma relativamente simples, a rotinas diárias e locais os mais diferentes. O cliente deve ser orientado a usar um calçado fechado, confortável e de solado de borracha. A velocidade da caminhada deve ser orientada como “a mais rápida possível”.

Andar rápido, com a movimentação simultânea dos membros superiores, é um exercício de intensidade moderada, indicado, portanto, para **indivíduos aparentemente saudáveis**, com vigilância de sintomas, ou de **risco aumentado** ou com **doença conhecida**, sob orientação e acompanhamento médico. Em todos os casos, a progressão deve ser lenta e gradual até atingir, o máximo aconselhado no item “c” acima, ou usando como base a tabela abaixo:

PROPOSTA DE PLANO DE TRABALHO EVOLUTIVO PARA EXERCÍCIOS AERÓBIOS MODERADOS

Fase 1 – Plano de marcha forçada - Iniciação

Semana	Tempo (minutos)							Total	Velocidade
	Seg.	Ter.	Qua.	Qui.	Sex.	Sáb.	Dom.		
1ª	folga	10	folga	10	folga	folga	10	30	Normal
2ª	folga	10	folga	10	folga	folga	10	30	Normal
3ª	folga	20	folga	20	folga	folga	20	60	Normal
4ª	folga	20	folga	20	folga	folga	20	60	Normal
5ª	folga	20	folga	20	folga	folga	20	60	Rápida
6ª	folga	20	folga	20	folga	folga	20	60	Rápida
7ª	folga	20	folga	20	folga	folga	30	70	Rápida
8ª	folga	20	folga	20	folga	folga	30	70	Rápida
9ª	folga	20	folga	20	folga	folga	20	60	Forçada
10ª	folga	20	folga	20	folga	folga	30	70	Forçada
11ª	folga	20	folga	30	folga	folga	30	80	Forçada
12ª	folga	20	folga	30	folga	folga	30	80	Forçada
13ª	folga	30	folga	30	folga	folga	30	90	Forçada

Fase 2 - Plano de marcha forçada - Desenvolvimento

Semana	Tempo (minutos)							Total	Velocidade
	Seg.	Ter.	Qua.	Qui.	Sex.	Sáb.	Dom.		
1ª	folga	folga	folga	folga	folga	folga	folga	folga	Descanso
2ª	folga	20	folga	20	folga	folga	20	60	Forçada
3ª	folga	20	folga	20	folga	20	20	80	Forçada
4ª	folga	20	folga	20	folga	20	30	90	Forçada
5ª	folga	20	folga	30	folga	20	30	100	Forçada
6ª	folga	20	folga	30	folga	20	40	110	Forçada
7ª	folga	30	folga	30	folga	30	30	120	Forçada
8ª	folga	30	folga	30	folga	30	40	130	Forçada
9ª	folga	30	folga	40	folga	30	40	140	Forçada
10ª	folga	30	folga	40	folga	30	50	150	Forçada
11ª	folga	40	folga	30	folga	30	60	160	Forçada
12ª	folga	40	folga	30	folga	40	60	170	Forçada
13ª	folga	30	folga	40	folga	50	60	180	Forçada

Fase 3A - Plano de marcha forçada - Manutenção - 2 horas por semana

Semana	Tempo (minutos)							Total	Velocidade
	Seg.	Ter.	Qua.	Qui.	Sex.	Sáb.	Dom.		
1ª	folga	folga	folga	folga	folga	folga	folga	folga	Descanso
2ª	folga	30	folga	30	folga	40	folga	100	Forçada
3ª	30	folga	40	folga	20	folga	40	130	Forçada
4ª	folga	40	folga	30	folga	40	folga	110	Forçada
5ª	30	folga	40	folga	20	folga	40	130	Forçada
6ª	folga	40	folga	30	folga	60	folga	130	Forçada
7ª	20	folga	30	folga	30	folga	40	120	Forçada
8ª	folga	40	folga	30	folga	50	folga	120	Forçada
9ª	20	folga	40	folga	20	folga	60	140	Forçada
10ª	folga	30	folga	30	folga	40	folga	100	Forçada
11ª	20	folga	30	folga	20	folga	40	110	Forçada
12ª	folga	40	folga	30	folga	60	folga	130	Forçada
13ª	20	folga	30	folga	30	folga	40	120	Forçada

Fase 3B - Plano de marcha forçada - Manutenção avançada - 3 horas por semana

Semana	Tempo (minutos)							Total	Velocidade
	Seg.	Ter.	Qua.	Qui.	Sex.	Sáb.	Dom.		
1ª	folga	folga	folga	folga	folga	folga	folga	folga	Descanso
2ª	folga	30	folga	40	folga	30	50	150	Forçada
3ª	folga	30	folga	50	folga	40	60	180	Forçada
4ª	folga	40	folga	40	folga	50	80	210	Forçada
5ª	folga	30	folga	50	folga	40	60	180	Forçada
6ª	folga	50	folga	30	folga	50	70	200	Forçada
7ª	folga	40	folga	30	folga	30	60	160	Forçada
8ª	folga	30	folga	50	folga	40	60	180	Forçada
9ª	folga	30	folga	40	folga	30	50	150	Forçada
10ª	folga	30	folga	50	folga	40	50	170	Forçada
11ª	folga	40	folga	30	folga	50	70	190	Forçada
12ª	folga	40	folga	40	folga	50	80	210	Forçada
13ª	folga	30	folga	50	folga	40	60	180	Forçada

Para os indivíduos que pretendem partir para um programa de exercício regular intenso, visando melhorar o condicionamento físico, o aconselhamento deve ser feito no sentido de procurar orientação especializada, em função dos riscos crescentes de complicações do próprio exercício

Quadro 1. Dicas para aumentar o prazer pela atividade física regular e, conseqüentemente, garantir maior adesão a longo prazo.
<ol style="list-style-type: none">1. Escolher uma modalidade de exercício que seja agradável e afeita à personalidade do cliente, p.ex., prática solitária (nadar, correr) ou coletiva (jogar futebol).2. Para os menos motivados a companhia de familiares, amigos ou colegas pode ser um incentivo a mais.3. Ler, ouvir música ou assistir TV enquanto se exercita em bicicleta ou esteira ergométrica é uma mescla interessante de atividades de lazer.4. Alternar o tipo de exercícios (natação, ciclismo, caminhada, corrida, etc.), ao longo da semana ou entre semanas, pode diminuir o tédio.5. Fragmentar uma sessão mais longa em outras curtas de, no mínimo, 12 minutos, pode facilitar a adesão sem prejuízo dos efeitos para a saúde.6. Participar periodicamente de competições ou torneios pode funcionar como fator motivador e garantir a continuidade.7. Procurar formas saudáveis de recompensa sempre que as metas estabelecidas são atingidas e mantidas.

Anexo 5.2. Alimentação

Prof. Dra. Isabela M. Benseñor

Atualmente, muitas das doenças crônicas são em parte determinadas por fatores de risco ligados a alimentação. Os padrões alimentares, são por sua vez definidos por hábitos sociais, conceitos divulgados na mídia, conhecimentos científicos e formas de comportamento culturais e familiares.

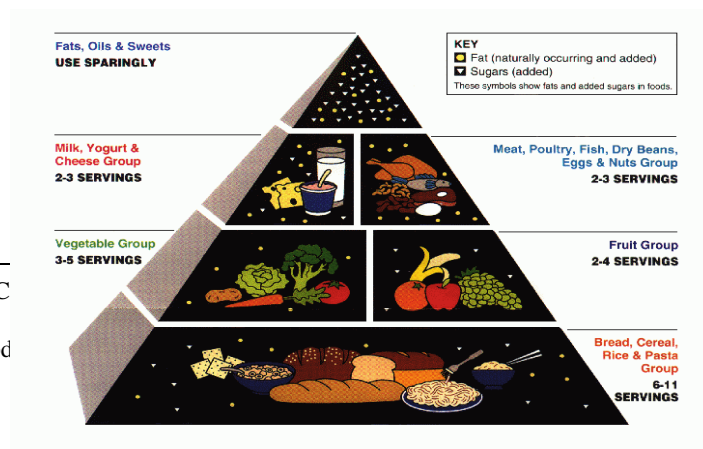
Se grande parte das doenças crônicas se associa a fatores de risco ligados a alimentação e acúmulo de gordura no organismo⁷, é fácil concluir que a prática de um hábito alimentar saudável terá um importante efeito em termos de prevenção de doenças como câncer e doenças cardiovasculares, duas das principais causas de mortalidade na população mundial e também no Brasil.

Novos conceitos em dieta

Desde a década de 90, principalmente nos Estados Unidos, tentou-se padronizar o que a população deveria comer e para isso usou-se como símbolo a Pirâmide de Alimentos. Na pirâmide fica fácil saber o que se pode comer a vontade (os alimentos da base); e o que se deve evitar com frequência (os alimentos do topo).

A mais famosa pirâmide foi criada no início da década de 90 pelo Departamento de Agricultura dos Estados Unidos (USDA), e se transformou em um ícone, divulgado como o modo correto de se comer de forma saudável. Entretanto, alguns conceitos fundamentais foram introduzidos no decorrer da década e essa pirâmide tão conhecida se tornou ultrapassada. (1)

A figura 1 mostra a Pirâmide de Alimentos criada nos USA no início da década de 90.



⁷ Índice de Massa C
mórbido ≥ 40
Circunferência abd

Obeso

Quais os problemas com essa pirâmide?

Gorduras

As gorduras foram transformadas no grande vilão das doenças cardiovasculares e alguns tipos de câncer já foram associados ao consumo de gordura, como o câncer de mama, embora estudos recentes não confirmam essa hipótese. Apesar da tendência atual, as gorduras não devem ser banidas da dieta.

A maior parte das gorduras presentes na nossa alimentação é formada por triglicérides compostos por três ácidos graxos ligados por uma molécula de glicerol. Entretanto, os ácidos graxos não se constituem em um grupo homogêneo. Existem pelo menos 4 tipos de ácidos graxos descritos no quadro abaixo.

Tipos de gorduras			
<i>Tipo</i>	<i>Fonte</i>	<i>Estado em temperatura ambiente</i>	<i>Efeito sobre o colesterol comparada aos carboidratos</i>
Monoinsaturada (apresenta somente uma ligação dupla)	Azeite de oliva, azeitonas, óleo de canola e amendoim, castanhas, amêndoas e abacate	Líquidas	Abaixam LDL e aumentam HDL
Poliinsaturada (apresenta duas ou mais ligações duplas)	Óleos de milho e soja, peixes	Líquidas	Abaixam LDL e aumentam HDL
Saturada (não apresenta ligações duplas)	Leite, manteiga, queijos, sorvete, carne vermelha, e côco	Sólidas	Aumentam LDL e HDL
"Trans" (o hidrogênio fica na posição "trans")	Margarinas, gordura vegetal hidrogenada, óleo vegetal parcialmente hidrogenado, biscoitos amanteigados	Sólidas ou semi-sólidas	Aumentam LDL*

Adaptado de Willet, VC. Eat, drink and be healthy. Harvard School of Public Health.

Os triglicérides não se misturam com o sangue por não serem hidrossolúveis. Isso exige que após a sua absorção pelo organismo, eles sejam transportados de forma especial pelas lipoproteínas que são classificadas de acordo com a quantidade de proteína que elas contêm em relação à proporção de gorduras. As partículas ricas em proteínas com pouca gordura são mais pesadas, mais densas (HDL-colesterol) em relação às que transportam mais gordura com um envelope protéico menor (LDL-colesterol). O LDL-colesterol tende a se depositar na parede dos vasos, onde acaba sendo atacado por radicais livres, transformando-se no LDL-oxidado, que lesa a parede arterial e causa obstrução do vaso. O HDL-colesterol, pelo contrário, funciona como uma esponja que recolhe o excesso de colesterol da parede dos vasos, transportando-o para o fígado. O HDL-colesterol também auxilia a síntese hepática de outras lipoproteínas.

Gorduras mono e poliinsaturadas diminuem o LDL (que se deposita nos vasos) e aumentam o HDL (que são um fator protetor para a doença cardiovascular) sendo, portanto, **importantes na nossa alimentação diária e não devem ser banidas**. Por outro lado, gorduras saturadas, e principalmente as gorduras "trans", têm um papel extremamente maléfico em relação à doença cardiovascular.(2) As gorduras "trans" são uma novidade em termos de conhecimento científico. Elas surgiram no processo de produção das margarinas, quando se saturava parcialmente o óleo vegetal. O processo de saturação quebra as duplas ligações e coloca um átomo de hidrogênio na posição "trans" (hidrogenação parcial) que nas gorduras naturais ficam na posição "cis". Comparadas às gorduras monoinsaturadas ou poliinsaturadas, as gorduras tipo "trans" aumentam o LDL, diminuem o HDL e aumentam os triglicérides.

Por que a indústria hidrogenou os óleos vegetais?

Porque assim eles ficam mais estáveis e não se tornam rançosos levando à produtos alimentícios com maior tempo de validade. Outro ponto é que na confecção de alguns tipos de alimentos como biscoitos amanteigados, tem que ser usada gordura sólida ou semisólida senão o biscoito não fica crocante. As gorduras "trans" são um dos principais problemas da atualidade já que muitas margarinas são ricas nesse tipo de gordura, e existe uma associação entre gordura "trans" e doença cardiovascular muito maior do que para a gordura saturada.

Há vários outros motivos para não se banir as gorduras de uma forma geral. As gorduras são um componente fundamental das membranas celulares, das bainhas de mielina e para a produção de alguns hormônios. A maioria das gorduras no nosso organismo é produzida a partir de outras gorduras ou carboidratos. Entretanto, há gorduras essenciais e a

maior parte delas pertence ao grupo das insaturadas. Essas devem vir da alimentação diária. Outro ponto importante é que cortar as gorduras da dieta, leva à perda de peso nos primeiros meses e depois ocorre um novo ganho de peso, independente de se manter a mesma dieta, e, dentro de um ano, volta-se ao peso original.

Colesterol

Os consumo de ovos caiu devido ao alto teor de colesterol na gema. Novos estudos, entretanto, mostraram que o consumo de uma gema por dia, aumenta muito pouco o colesterol, aumentando o risco de doença cardiovascular em somente 10%. Por outro lado, os ovos são ricos em gordura poliinsaturada, ácido fólico e vitamina B.

Em relação ao colesterol, é importante destacar que os indivíduos podem ser divididos em "responsivos" e "não responsivos". Indivíduos "responsivos" são aqueles que respondem a aumentos na ingestão de colesterol na dieta com aumentos dos seus níveis sanguíneos, e indivíduos "não responsivos" são aqueles que absorvem quantidades muito pequenas de colesterol na dieta, excretando a maior parte, sem alteração dos níveis séricos. Estudo recente em 120.000 profissionais da área da saúde do sexo feminino e masculino mostrou que pessoas que consumiam um ovo por dia não apresentavam taxas de doença cardiovascular isquêmica ou cerebrovascular maior do que as pessoas que não comiam ovos.(3)

Vários estudos de coorte mostraram que os níveis de colesterol total não se correlacionam com a mortalidade por doença cardiovascular já que muitas vezes, o efeito da subida do HDL compensa a elevação do LDL. Há trabalhos mostrando que substituindo 5% do total de calorias vindas de gordura saturada por gordura insaturada, reduziria o risco de infarto em 40%. Em compensação, substituindo-se 2% da ingestão calórica vinda das gorduras "trans" pelo mesmo número de calorias vindo de gordura poliinsaturada, reduziria o risco em 50%.(4) A reposição da gordura saturada com carboidratos como recomenda a pirâmide, mostraria reduções muito menores no risco e, como será discutido adiante, levará provavelmente a um aumento do peso.(5)

O Lyon Heart Study testou a dieta do Mediterrâneo na prevenção secundária de infarto do miocárdio comparada à dieta da AHA (American Heart Association), mostrando uma redução de 70% na mortalidade geral refletindo um efeito importante na mortalidade por doença cardiovascular e câncer.(6)

Omega-3

Existe um subtipo de gordura poliinsaturada com benefícios extremamente importantes: os omega-3. Eles são ácidos graxos essenciais existentes nos peixes, nas nozes, no óleo de canola e de soja, sendo os mais conhecidos o eicosapentaenoico (EPA) e o docosahexanoico (DHA). Eles são componentes importantes das membranas celulares das células dos olhos, do cérebro e do esperma e componentes de vários hormônios. Eles tem um ação protetora na mortalidade por doença cardiovascular por uma ação antiarritmogênica. Embora, eles não diminuam a prevalência de doença cardiovascular, eles diminuem a incidência de morte súbita por arritmias nos pacientes que já apresentam a doença. Esses ácidos são destruídos no processo de hidrogenação parcial e isso é um dos objetivos da indústria justamente por eles se tornarem rançosos e alterar o sabor dos alimentos industrializados.(7, 8)

Resumindo:

1. Gorduras não são necessariamente o grande vilão e muitas têm efeitos benéficos como as poliinsaturadas.
2. Cortar gorduras não significa perda de peso.
3. Gorduras não devem ser substituídas por carboidratos porque isso leva a um aumento de peso que é fator de risco para hipertensão e diabetes mellitus.
4. Gorduras saturadas devem ser evitadas, substituindo laticínios e carne vermelha por peito de frango, peixe, nozes em geral (castanha de caju, nozes, amêndoas) e legumes.
5. Alimentos que sejam fonte de ácido omega 3 como peixe, nozes e óleo de canola devem ser preferidos. O óleo de soja, dos quais o Brasil é um dos maiores produtores mundiais, contém ômega 3, devendo o seu consumo ser incentivado em lugar das gorduras sólidas e de origem animal.

Carboidratos

A base da Pirâmide de Alimentos (Figura 1) é constituída pelo que se chama de carboidratos complexos, ricos em amido (arroz, pão, macarrão e batatas). Os carboidratos complexos fornecidos por estes alimentos, entretanto, são rapidamente quebrados no organismo e transformados em glicose. Ocorre um aumento rápido dos níveis glicêmicos após a ingestão desses alimentos, e um pico sucessivo de liberação de insulina, com queda dos níveis glicêmicos e fome, novamente. Portanto, batatas, arroz,

macarrão e pão são alimentos com índices glicêmicos tão elevados quanto os açúcares livres.(9)

Os carboidratos que devem compor a base da pirâmide são os que provêm de alimentos integrais como o arroz integral, o macarrão integral e as fibras integrais. Os carboidratos de alimentos integrais fazem os níveis glicêmicos subir lentamente, os níveis de insulina também sobem lentamente, e a fome demora mais tempo para aparecer.

Quando se retira a gordura dos alimentos, ela acaba sendo substituída pelos carboidratos. Carboidratos, mesmo os complexos, logo estimulam a fome, e com o tempo ocorre ganho de peso. Por outro lado, em países como a China, a dieta é a base de carboidratos e os indivíduos são magros, principalmente, por serem sociedades onde se exerce um alto grau de atividade física. Dietas ricas em carboidratos, entretanto, diminuem os níveis de HDL e aumentam os picos de insulina, aumentando o risco de diabetes. Elas também têm como efeito o aumento dos níveis de triglicérides. Os carboidratos da dieta também podem vir de frutas e verduras, além dos grãos com a vantagem de se aumentar também o consumo de fibras. As fibras, no trato gastrointestinal, retêm açúcares e gorduras que deixam de ser absorvidos na sua presença, sendo eliminados nas fezes.(10)

Nesse aspecto, o principal teste da pirâmide foi a substituição das gorduras na dieta americana por carboidratos complexos. Nas últimas décadas, o consumo de gorduras como fonte de calorias caiu de 40 para 34%, graças à introdução no mercado dos alimentos *fat-free*. Isso gerou um grande ganho de peso por parte da população que se refletiu em um grande aumento da prevalência de diabetes. Isso fez com que a taxa de mortalidade por doença cardiovascular que vinha caindo, se estabilizasse na última década, podendo voltar a aumentar novamente nos próximos anos.

O que está acontecendo no Brasil?

Em alguns aspectos, o Brasil não é tão diferente dos Estados Unidos. Estudos populacionais nos últimos 20 anos em nosso país mostraram um aumento dos índices de massa corpórea, atualmente de forma mais acelerada, em homens e população rural.(12) Alguns aspectos positivos da nossa dieta como o consumo de arroz e feijão vem caindo juntamente com o consumo de frutas e verduras associado a um aumento do consumo de açúcares livres.(13) Isso pode gerar, a longo prazo, uma reversão da queda dos níveis de mortalidade cardiovascular.

Resumindo

1. Cereais integrais devem ser recomendados, no pão, na massa e no café da manhã (granola).
2. Substituição da farinha especial pela farinha integral é bem-vinda.
3. Batatas fritas devem ser esquecidas. Nos *fast foods* elas são fritas em gordura vegetal hidrogenada, portanto são fontes de carboidratos e gorduras.

Proteínas

As proteínas da dieta podem vir de fontes animais e vegetais. Proteínas completas são aquelas que contêm todos os aminoácidos necessários para se fazer uma nova proteína. As proteínas de origem animal tendem a ser completas, enquanto as de origem vegetal tendem a ser incompletas. Portanto, é importante que as pessoas que comem proteínas vegetais comam uma grande variedade de alimentos de modo a ingerir todos os aminoácidos necessários.

Apesar dessa desvantagem, as proteínas de origem vegetal apresentam grandes vantagens em relação às de origem animal já que elas contêm uma quantidade muito menor de gorduras e uma quantidade muito maior de fibras. Os estudos mostram que quanto mais proteínas de origem animal uma população come, mais doença cardiovascular ela apresenta. Os processos de cozimento da carne como o fritar e o grelhar, aumentam o risco de câncer pela produção de aminas heterocíclicas, um grupo de carcinógenos. No sul do Brasil, e países vizinhos, o alto consumo de carne nos churrascos, associado ao álcool, fumo e uso de bebidas quentes, pode ser uma das explicações para a alta prevalência de câncer de esôfago, boca e pescoço.

Os estudos mostram que populações com alto consumo de proteínas de origem vegetal provindas das nozes (no sentido de frutas encobertas por cascas incluindo castanhas, amêndoas e outras variedades), frutas e verduras apresentam menos doença cardiovascular. As nozes de uma maneira geral são ricas em arginina que é um aminoácido fundamental para a síntese do ácido nítrico que tem um papel no relaxamento dos vasos, facilitando o fluxo sanguíneo. Claro que as nozes são calóricas, logo o que se está propondo não é colocar um excesso de nozes na comida e, sim, substituir outros tipos de proteína animal por proteínas de origem vegetal incluindo frutas e verduras. A grande utilização de proteínas de origem vegetal regadas com azeite de oliva é um dos segredos do perfil saudável e saboroso da dieta Mediterrânea.

Como adaptar isso ao Brasil?

Nozes são caras e azeite de oliva também. Entretanto, a soja é extremamente barata e o Brasil é um grande produtor mundial. A soja é capaz de abaixar os níveis séricos de colesterol e uma metanálise publicada no New England mostrou que a ingestão de 50g de soja por dia em substituição a proteína animal reduz os níveis de colesterol em 9,3%, com diminuição de 12,9% nos níveis séricos de LDL e 10,5% nos níveis de carboidratos.(14) A soja poderia também ter um papel na prevenção de alguns tipos de câncer e teria um papel na melhora dos sintomas da menopausa por ser rica em fitoestrogênios, que mimetizam a ação do estrógeno em alguns tecidos e bloqueiam-na, em outros. Por outro lado, num estudo pequeno sugeriu-se que a soja poderia estimular a divisão celular em mulheres com nódulos mamários e o consumo elevado de soja poderia ser um fator de risco para alterações cognitivas.

Essas contra-indicações fazem com que se recomende a ingestão de soja sem exageros, principalmente nas mulheres com neoplasia de mama.

Dietas ricas em proteínas estão associadas à osteoporose, pelo aumento da excreção de cálcio. A substituição de carboidratos por proteínas faz aumentar os níveis séricos de HDL.

Resumindo

1. Deve-se recomendar a ingestão de proteínas de várias fontes, com destaque para as de origem vegetal que contêm fibras e menos gorduras.
2. Soja deve ser consumida com moderação

Frutas e verduras

Um consumo elevado de frutas e verduras, conforme mostrado em vários estudos, diminuem a prevalência de doenças cardiovasculares e câncer, abaixam os níveis pressóricos, protegem contra a catarata e a degeneração macular e contra diverticulite.(15) Entretanto, nenhum estudo provou até hoje que substituir frutas e verduras por cápsulas das várias vitaminas nelas contidas teve qualquer efeito benéfico na proteção dessas doenças. Isso porque parece haver uma interação entre os componentes de frutas e verduras que só se efetua quando eles são ingeridos juntos.

O Brasil possui uma quantidade imensa de frutas, muitas das quais ainda desconhecidas e não classificadas. Na Amazônia várias frutas usadas regularmente na alimentação local, são desconhecidas dos botânicos. Portanto, há muito a explorar.

Cálcio

Embora, a osteoporose seja um assunto extremamente freqüente na mídia, estudos americanos mostram que não existe nenhuma emergência em termos de osteoporose e a idéia de se beber grandes quantidades de leite como forma de ingerir cálcio, é inadequada porque o leite, para o adulto, é um alimento extremamente calórico e rico em gorduras, se consumido na forma integral. A maior fatia da mortalidade corresponde às doenças cardiovasculares para as quais o consumo exagerado de leite leva à hipercolesterolemia e ao aumento de peso (pelo alto teor calórico).

Portanto, o cálcio da alimentação deve provir de verduras de folhas escuras do gênero das Crucíferas como brócoli, couve, repolho e couve-flor. Ao contrário do que se diz, o cálcio das verduras também é bem absorvido e repõe as necessidades diárias. (16)

Além disso, não há uma relação direta entre ingestão de cálcio e diminuição de fraturas. Ao contrário, países com elevado consumo de cálcio na dieta, apresentam prevalência mais elevada de fraturas. E fraturas são um sinal muito melhor para se diagnosticar deficiência de cálcio do que densitometria óssea.

Por outro lado, o excesso de consumo de leite e derivados como fonte de cálcio tem várias desvantagens como o ganho de peso, a intolerância à lactose, comum em mulheres de meia-idade, principalmente do norte da Europa, mas também presentes nas mulheres negras e da Ásia. A produção da enzima caseína diminui com a idade nessas mulheres, levando ao aparecimento de sintomas como náuseas, distensão abdominal e diarreia. O excesso de cálcio parece ter um efeito ainda não totalmente conhecido na associação com o câncer de próstata e de ovário.

A prevenção da osteoporose é feita na adolescência e no adulto jovem que pratica atividade física de rotina. Além disso, a osteoporose parece ser muito mais prevalente em países do hemisfério norte, que se situam em latitudes maiores dos que os países do hemisfério sul com uma exposição muito menor ao sol. No Japão, onde a osteoporose é altamente prevalente, é comum a mulher se proteger do sol, porque a tradição diz que quanto mais clara a pele, mais valorizada será a mulher dentro da sociedade. Atualmente, embora ainda inconclusivas, algumas pesquisas sugerem o papel da ingestão de vitamina D e vitamina K na prevenção da osteoporose.

O papel da reposição hormonal fica cada vez mais confuso já que deve ser analisado como um todo. Sabe-se que a reposição hormonal melhora sintomas de menopausa e osteoporose. Entretanto, também já se sabe que embora benéfica a partir do segundo ano, a reposição hormonal

pode ser nociva para a saúde cardiovascular no primeiro ano de reposição. Dados do estudo Women's Health Initiative estão sendo aguardados para 2003 e deverão esclarecer definitivamente esse ponto.

Proposta de uma nova pirâmide

A partir desses dados, o Departamento de Nutrição da escola de Saúde Pública da Harvard propõe uma nova pirâmide representada abaixo. (17)

É claro, que a idéia não é copiar o novo ícone e sim, adaptá-lo à realidade brasileira, onde há grande abundância de soja, frutas e verduras e uma grande tradição de se consumir o feijão com arroz, que é a base da dieta.

Um questionário rápido para saber se o seu paciente se alimenta adequadamente está representado abaixo. É somente um guia muito simples e rápido que pode ser aplicado em uma consulta de promoção à saúde.

Perguntas:

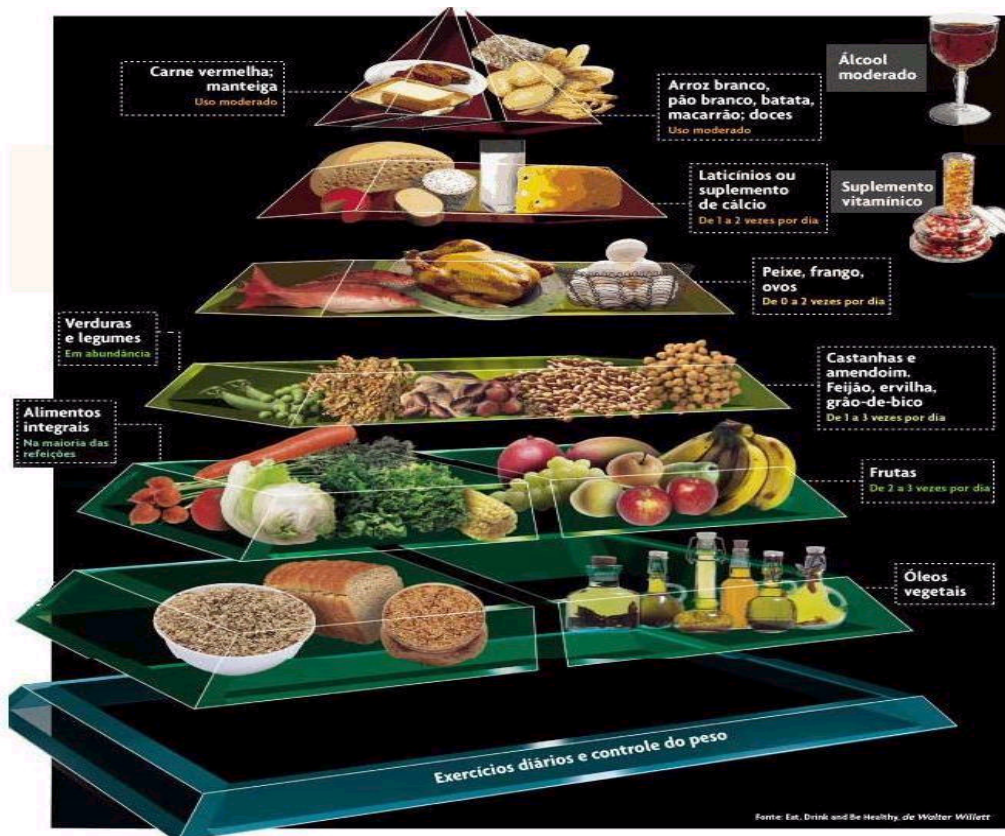
1. Qual era o seu peso aos 20 anos? Compare com o peso agora e calcule a diferença - se positiva ou negativa.
2. Você pratica atividades físicas de rotina no trabalho? E no lazer? Quantos lances de escada você desce ou sobe diariamente? Quantos minutos você caminha por dia?
3. Qual o tipo de carne mais consumido na sua alimentação e com que frequência?
4. Consome frutas diariamente? Quais?
5. Consome verduras diariamente? Quais?
6. Como são preparados os alimentos na refeição? Fritos? Assados? Grelhados?
7. Que tipo de gordura usa para cozinhar os alimentos? Gorduras sólidas ou óleos vegetais?
8. Qual o consumo de leite diário?
9. Qual o consumo diário de arroz, batatas, macarrão e pães?
10. Você costuma ingerir alimentos integrais?

Mais importante do que seguir uma dieta mágica é aproveitar o que a culinária dos vários países do mundo tem de melhor com relação a combinações de alimentos. A dieta mediterrânea é muito interessante mas não adianta copiá-la no Brasil e sim adaptá-la a nossa realidade,

introduzindo alimentos comuns em nosso país. O mesmo vale para a dieta japonesa.

Entretanto, o principal conselho em termos de dieta é, "**coma de tudo mas mantenha o seu peso**". Pessoas que mantêm o peso, dificilmente necessitam de grandes ajustes na sua dieta.

Figura 2. Novo modelo da pirâmide proposto por WC Willett.



Adaptado de Willet WC. Eat, drink and be healthy. Harvard School of Public Health.

Dicas para aumentar o prazer pela alimentação balanceada.

- 1 Adaptar as refeições equilibradas aos hábitos cotidianos.
- 2 Tentar incluir a culinária como atividade de lazer ou de combate ao estresse.
- 3 Escolher dentro de cada grupo de alimentos aqueles dos quais mais gosta.
- 4 Negociar algo mais saudável com a pessoa que cozinha a dieta do dia-a-dia.
- 5 Na hora de comprar: ler o conteúdo nutricional na embalagem.
- 6 Planejar antes a compra de alimentos, evitando o excesso que causa o consumo abusivo ou o desperdício.
- 7 Comer lentamente, mastigando bem e desfrutando o prazer da refeição.
- 8 No caso de “auto-recompensas” ou comemorações, dar preferência a alimentos com menor teor de calorias, gordura ou açúcar (alimentos *light*).
- 9 No caso de bebida alcoólica, consumir lentamente até o limite aconselhável (1 ou 2 drinques) ao longo de toda a refeição.

Referências

1. Nutrition and Your Health: Dietary Guidelines for Americans, 2000 (5th edition). Washington D.C.: U.S. Department of Agriculture, 2000. <http://www.nal.usda.gov/fnic/dga.index.html>
2. Mensink RP, Katan MB. Effect of dietary trans fatty acids on high-density and low-density lipoprotein cholesterol levels in health subjects. *N Eng J Med* 1990;323:439-45.
3. Hu F, et al. A prospective study of egg consumption and risk of cardiovascular disease in men and women, *JAMA* 1999;281:1387-94.
4. Willet WC et al. Intake of trans-fatty acids and risk of coronary heart disease among women. *Lancet* 1993;341:581-585.
5. Mensink RP, Katan MB. Effect of monounsaturated fatty acids versus complex carbohydrates on high-density lipoproteins in healthy men and women. *Lancet I* (1987):122-25.
6. De Lorgeril M et al. Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarct: final report of the Lyon Diet Heart Study. *Circulation* 1999;99:779-85.
7. De Lorgeril et al. Mediterranean alpha-linolenic acid rich diet in secondary prevention of coronary heart disease. *Lancet* 1994;343:1454-9.
8. Albert CM et al. Fish consumption and risk of sudden cardiac death. *JAMA* 1998;279:23-8.
9. High glycemic index foods, overeating and obesity. *Pediatrics* 1999; 103:E261-6.
10. Guidelines for healthy weight. *N Eng J Med* 1999;341:427-34.
11. Nestle M, Jacobson M. Halting the obesity epidemic: a public health policy approach. *Public Health Reports* 2000;115:12-24.

12. Monteiro CA, D'Á Benicio MH, Conde WL, Popkin BM. Shifting obesity trend in Brazil. *Eur J Clin Nutr* 2000;54:342-6.
13. Monteiro CA, Mondini L, Costa RB. Changes in composition and appropriate nutrition of family diet in the metropolitan areas of Brazil. *Rev Saude Publica* 2000;34:251-8.
14. Anderson JW et al. Meta-analysis of the effects of soy protein intake on serum lipids. *N Eng J Med* 1995;333:276-82.
15. Law MR, Morris JK. By how much does fruits and vegetable consumption reduce the risk of ischemic heart disease? *Eur J Clin Nutr* 1998;52:549-56.
16. Cummings SR et al. Risk factors for hip fracture in white women. *N Eng J Med* 1995;332:767-73.
17. Willett WC. *Eat, drink, and be healthy*. Simon & Schuster Source, 2001, New York, NY, USA.

Anexo 5.4. Tabagismo

Prof. Dra. Eliane Correa

A abordagem visando à cessação do tabagismo pode envolver etapas preliminares ou avançadas, ações em nível individual ou em grupo de clientes e ênfase nas intervenções comportamentais ou medicamentosas.

Levando-se em conta que 95% dos ex-fumantes pararam de fumar sem qualquer tipo de ajuda externa, na atenção primária, o profissional deve estar preparado para desencadear ações efetivas. Para isto, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) elaborou o manual **Ajudando seu paciente a deixar de fumar**, que reúne conhecimentos e técnicas apropriadas para tal.

Neste roteiro serão apresentados os princípios básicos da abordagem comportamental preliminar mais efetiva em nível individual, proposta pelo INCA e que pode ser adotada por profissionais de saúde, em consultórios e ambulatórios.

ABORDAGEM COMPORTAMENTAL

Dentro da abordagem comportamental, o fumante é estimulado a abandonar o hábito, dentro de um processo dinâmico, passando pelos vários estágios de comportamento descritos, que são:

Pré-contemplação – quando o fumante não vislumbra a possibilidade de parar de fumar e não se preocupa com isto.

Contemplação – quando já admite que o tabagismo é um problema e planeja mudar de comportamento.

Ação – quando medidas de mudança do comportamento são adotadas, como o abandono do cigarro e certas modificações ambientais.

Manutenção – fase de trabalho e apoio contínuos que visam à prevenção de recaídas.

Recaída – quando falha a estratégia de manutenção e o indivíduo volta a fumar, podendo, entretanto, voltar às fases iniciais do processo.

“Sendo a motivação fator fundamental para uma alteração de comportamento tão importante como o de parar de fumar, a tarefa dos profissionais de saúde é, principalmente, a de auxiliar fumantes a se tornarem altamente motivados para a etapa de ação e, depois, ajudá-los a se manterem abstêmios.”

MÉTODO **PANPA** –
PERGUNTE/ACONSELHE/NEGOCIE/PREPARE/ACOMPANHE

Todos os procedimentos incluídos neste método de abordagem comportamental individual preliminar são muito simples e não tomam mais que 10 minutos da consulta.

PERGUNTE a todo paciente se ele fuma. Caso a resposta seja positiva complete com outras perguntas como as do quadro abaixo:

1. “Você fuma?” ou “Você continua fumando?”
2. “Há quanto tempo? ou “Com que idade começou?”
3. “Quantos cigarros você fuma por dia em média?”
4. “Quanto tempo após acordar você fuma o seu primeiro cigarro?”
5. “Você está interessado em parar de fumar?”
6. “Você já tentou parar de fumar antes?”
Caso afirmativo: “O que aconteceu?”

A intenção das perguntas é permitir a estimativa para o desenvolvimento de doença relacionada ao tabagismo (perguntas 2 e 3), assim como o grau de dependência da nicotina (perguntas 3 e 4). De um modo geral, pode-se dizer que um indivíduo que acende o 1º cigarro até 30 minutos após acordar e fuma 20 ou mais cigarros por dia é um forte dependente da nicotina.

Nesta etapa, é importante criar uma atmosfera de confiança com o cliente, evitando-se a rudeza ou questionamentos muito “invasivos” sobre os seus costumes, que podem afastá-lo das próximas consultas.

Para o caso de se necessitar uma estimativa mais acurada do nível de dependência da nicotina, recomenda-se a aplicação do teste de Fagerström:

1 Quanto tempo após acordar você fuma o seu primeiro cigarro? _____

()

Dentro de 5 minutos = 3

Entre 6 e 30 minutos = 2

Entre 31 e 60 minutos = 1

Após 60 minutos = 0

2 Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, bibliotecas, cinemas, ônibus, etc.? _____

()

Sim = 1

Não = 0

3 Qual cigarro do dia traz mais satisfação? _____

()

O primeiro da manhã = 1

Outros = 0

4 Quantos cigarros você fuma por dia? _____

()

Menos de 10 = 0
De 11 a 20 = 1
De 21 a 30 = 2
Mais de 31 = 3

5 Você fuma mais frequentemente pela manhã? _____

()

Sim = 1
Não = 0

6 Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo? _____

()

Sim = 1
Não = 0

Conclusão sobre o grau de dependência: _____

()

0-2 pontos = muito baixo	6-7 pontos = elevado
3-4 pontos = baixo	8-10 pontos = muito elevado
5 pontos = médio	(> 6 sintomas de abstinência são esperados)

ACONSELHE todos os fumantes a deixarem de fumar. Pesquisas comprovam que o aconselhamento individual feito pelo médico é o maior incentivo para largar o cigarro. Mitos devem ser quebrados, como: poucos cigarros não fazem mal à saúde; cigarros com baixos teores são menos prejudiciais; existe uma quantidade segura de cigarros a serem fumados; parar de fumar pode não valer a pena.

É importante, neste momento, tentar identificar o nível de motivação do cliente, através do estágio de comportamento em que se encontra. Em seguida, deve-se personalizar a mensagem incentivando a mudança de estágio, principalmente, da Pré-contemplação para Contemplação (estimulando-o a pensar no assunto) e desta para Ação (orientando-o a tomar as medidas necessárias).

Informações específicas sobre os efeitos negativos (sintomas, doenças, etc.) do tabagismo na saúde atual e futura podem ser dadas, porém, impacto maior é obtido com o realce dos benefícios da parada, ressaltando os aspectos da melhora da qualidade de vida, evitando juízos de valor, censuras ou críticas.

As dificuldades referidas pelos clientes, principalmente aqueles que já tentaram parar mais de uma vez⁸, podem ser rebatidas com a informação de que existem técnicas que ajudam a vencer o período de abstinência⁹ e a fissura de fumar (ver dicas).

NEGOCIE. Muitas das estratégias sugeridas nos livros, manuais ou até mesmo na conversas servem para estimular a criatividade do profissional

⁸ Em geral o sucesso ocorre a partir da terceira ou quarta tentativa de interrupção do tabagismo.

⁹ Varia em torno dos primeiros 15 a 20 dias após a data da parada.

e do cliente. No entanto, é necessário assumir uma postura de negociação para que ambos se certifiquem se a forma de enfrentamento poderá ser colocada em prática. Em alguns casos vale a pena utilizar técnicas de dramatização (simular uma situação) ou visualização (imaginar uma situação) a fim de identificar com mais clareza as possíveis barreiras que aparecerão e então negociar o que for melhor para o cliente, na realidade em que se encontra.

PREPARE todos os clientes motivados para o momento de parar de fumar, de acordo com o estágio evolutivo em que se encontram. Para os que estão prontos a parar (ação), sugere-se marcar uma data imediatamente (Dia D) e um plano de ação que envolva: mudanças da rotina diária (quebrando antigos hábitos e modificando locais e mobília onde costuma fumar); alimentação equilibrada pobre em calorias, exercícios físicos regulares, ingestão adequada de líquidos e leitura de material de auto-ajuda.

Se a fase é de contemplação, pode-se marcar uma data dentro de 30 dias (Dia D), usando este período para relacionar os motivos facilitadores do hábito de fumar (p.ex. cafezinho, bate-papo com amigos), as formas possíveis para interceptá-los (p.ex. solicitar a ajuda de familiares e colegas), e leitura de material de auto-ajuda. É bom lembrar que o local de atendimento dos fumantes deve desencorajar o tabagismo não só através de cartazes e avisos, como pela eliminação de cinzeiros, revistas, propagandas e outros utensílios que induzam ao consumo de cigarros.

Ao fumante devem ser amplamente informados os sintomas esperados com a cessação do hábito (a tosse pode aparecer ou piorar, temporariamente), a possibilidade de ganho de peso (em geral, em torno de 3Kg), os momentos de “fissura” e, ao mesmo tempo, as dicas de como superar estas dificuldades, estimulando um redirecionamento de conduta e um posicionamento mais positivo frente a adversidades como, por exemplo, as situações estressantes. Mais uma vez, o apoio de familiares e amigos pode ser a chave de uma tentativa bem-sucedida.

ACOMPANHE todos os clientes que pararam de fumar, marcando consultas de retorno a partir da data de abandono. As duas primeiras semanas são as mais importantes, pois neste período o cliente sente com maior intensidade os sintomas da abstinência de nicotina, e é nesta fase que ocorre a maioria dos insucessos. Uma ou duas consultas dentro deste intervalo são, portanto, recomendadas.

Após a quinzena inicial, o cliente deve ser estimulado a voltar todo mês até os 3 primeiros meses serem completados, no 6º mês e após um ano de abstinência. Todas as ocorrências, facilidades, dificuldades, sintomas, etc. devem ser monitorados, tendo sempre em perspectiva uma atitude positiva, isto é, motivando o cliente, reconhecendo seu esforço e parabenizando-o pelo sucesso.

Todo ex-fumante deve permanecer atento, mesmo diante de situações aparentemente controladas, pois a dependência de nicotina pode retornar caso volte a fumar. Assim, faça-o lembrar que deverá evitar dar uma tragada, ou mesmo acender um cigarro, pois poderá voltar a fumar. A regra é: “*Evite o primeiro cigarro que você evitará todos os outros*”.

Para prevenir recaídas, é importante identificar as situações de alto risco e agir de forma a enfrentá-las. As estratégias consistem, basicamente, em: *evitar, escapar, distrair e adiar*. Deve-se *evitar* festas, ingestão de álcool, cafezinho, encontro com fumantes, pelo menos durante as primeiras semanas de parada. Se isso não for possível, pode-se tentar *escapar* saindo das salas onde se fuma mais, ou de reuniões estressantes, por exemplo. *Distrair*-se, desviando o foco de atenção com uma mudança de tarefa, pensamento ou lugar. No caso da “fissura”, uma técnica simples é *adiar* a recaída esperando que essa vontade intensa de fumar passe (o que costuma ocorrer em poucos minutos). Dicas suplementares constam do Quadro 1 deste anexo.

A recaída, quando ocorrer, deve ser aceita sem críticas, mas deve ser objeto de análise a fim de identificar suas causas e circunstâncias. O cliente deve ser estimulado a tentar novamente, desta vez com um plano de ação melhor estruturado.

Quatro perguntas para o caso de recaída:

1. O que aconteceu?
2. O que estava fazendo nesta hora?
3. Como se sentiu ao fumar seu primeiro cigarro?
4. Você já pensou em nova data para parar de fumar?

ABORDAGEM MEDICAMENTOSA

A reposição de nicotina pode ser um adjuvante importante das técnicas comportamentais conforme apontam as evidências científicas. A sua finalidade é diminuir os sintomas de abstinência e com isto facilitar a transição. Existem duas formas, mais usadas, de reposição de nicotina: transdérmica e oral.

A via transdérmica é a mais comum e consiste na aplicação de **discos adesivos** na pele do tronco e braços a cada 24 horas. O tratamento leva, em geral, 4 a 12 semanas, com adesivos de 30mg no primeiro mês, 15 a 20mg no segundo, e 10mg no terceiro. Os efeitos colaterais são a irritação da pele, hipersalivação, náusea, vômito e diarreia.

A reposição oral se dá através de **gomas de mascar** de 2 ou 4mg. Devem ser utilizados 6 a 9 tabletes de goma por dia durante 3 a 9 meses, conforme o caso. Cada tablete deve ser mascado fortemente por 20 a 30 minutos. A absorção é maior em pH alcalino e portanto devem ser evitados alimentos e bebidas muito ácidas. Tem como efeitos não desejados: gosto desagradável, hipersalivação, náusea, vômito, fadiga muscular, ulceração das gengivas, amolecimento dos dentes.

Durante a reposição, por qualquer via, é absolutamente proibido fumar, pois a superdosagem de nicotina aumenta o risco cardiovascular. Está contra-indicada, portanto, para clientes com passado de doença cardiovascular, portadores de úlcera (no caso de uso de goma), ou mulheres em vias de engravidar, grávidas ou em fase de amamentação.

Quadro 1. Dicas para resistir ao desejo de fumar e a “fissura”

- 1 Evitar café; caso não consiga, recomenda-se mudar o local com frequência
- 2 Escovar os dentes imediatamente após as refeições
- 3 Ter sempre à mão alguma alternativa de passatempo (p.ex. livro, caminhada)
- 4 Beber água ou suco nas reuniões demoradas
- 5 Mascar ou mordiscar bastões de canela, cenoura, erva-doce, etc.
- 6 Dar preferência a “programas” em ambientes livres de tabaco
- 7 Nos ambientes onde se fuma, procurar detalhes e conversas que distraiam do cigarro
- 8 Recusar cigarros oferecidos, apelando à compreensão e ajuda de quem ofereceu
- 9 Quebrar rotinas associadas ao tabagismo: trocar poltronas de lugar, procurar alguém para conversar quando estiver sozinho
- 10 Ocupar-se com desenhos e rabiscos, enquanto fala longamente ao telefone
- 11 Fugir da ociosidade mantendo atividades constantes (p.ex. arrumar a bagunça de casa, lavar o carro)
- 12 Pensar em outras coisas, usando técnicas de relaxamento e respiração profunda
- 13 Lembrar sempre o lado positivo de não fumar para o hálito, dentes, saúde em geral

Anexo 5.9. Estresse

Prof. Letícia Tunala

A abordagem não medicamentosa de clientes submetidos a condições de estresse passa pela identificação de sintomas, sinais ou situações que podem comprometer o desempenho nas atividades diárias ou a qualidade de vida dos mesmos sem que sejam, necessariamente, preenchidos critérios diagnósticos de doenças conhecidas, como a depressão, por exemplo. Portanto, o primeiro passo deve ser a realização de um diagnóstico diferencial.

Os sintomas, sinais e situações mais frequentemente associados a quadros de estresse, divididos por categorias relacionadas, são:

Físicos	Respiração "encurtada", coração acelerado, músculos tensos, dores de cabeça, incômodo no estômago, tontura, tremor, diarreia, aperto dos dentes, sudorese, sensação de desmaio, perda de interesse sexual, cansaço, incapacidade de relaxar.
Emocionais	Irritabilidade, raiva, preocupação, dificuldade de concentração, pensamentos negativos, sentimento de solidão, tristeza, nervosismo.
Comportamentais	Comer demais ou perda de apetite, problemas com o sono, propensão para acidentes, aumento do uso de álcool, evitar tarefas, dificuldade em cumprir com compromissos de trabalho, choro fácil, aumento do uso de cigarro.
Cognitivos	Pensamentos acelerados ou lentificados, antecipação do medo, baixa concentração, dificuldades com a memória.
Sociais	Isolamento ou dificuldade em estar só, irritar-se facilmente com os outros, impaciência nas situações sociais.

A identificação da origem do estresse

Após a verificação inicial, o profissional pode ajudar o cliente a perceber qual a principal origem de seu estresse, ou seja, qual sua fonte. Muitas vezes, o indivíduo não consegue fazer isto sozinho, o que o impede de agir no sentido de amenizar seu sofrimento. Existem muitas causas possíveis agrupadas em: 1) **externas**, quando relacionadas a demandas reais, encargos e responsabilidades, no trabalho, na família, nos grupos de amigos etc.; 2) **internas**, quando originadas em

preocupações, medos, fantasias que não necessariamente derivam de uma situação real e atual. Além disto, é importante observar que muitas vezes uma solicitação positiva, como um emprego novo, o nascimento de um filho, dentre outras, pode ser uma fonte importante de estresse.

Estabelecimento de prioridades de ações

Muitas vezes são detectadas diversas fontes que se somam, freqüentemente relacionadas a rotinas "crônicas" (cuidados com a casa, desemprego, falta de dinheiro, cuidado com alguém doente etc.). Neste ponto, é importante auxiliar o cliente a decidir por uma, que será a primeira a ser abordada ao longo das consultas. Essa decisão conjunta faz com que o cliente efetive sua ação e sinta-se mais motivado e capaz de executá-la.

Assim, o clínico pode ajudar a estabelecer, junto com o cliente, uma hierarquia de problemas a serem encarados, progressivamente, cujo critério de ordenação pode ser, por exemplo, do mais fácil para o mais difícil, ou qualquer outro que satisfaça as necessidades da pessoa.

Avaliação e *coping* ou enfrentamento

É importante frisar que as fontes do estresse não são responsáveis sozinhas pelo mal-estar que o cliente vive e, portanto, a sua identificação de *per si* não é tudo.

Existem duas instâncias intermediárias chamadas de **avaliação e enfrentamento ou *coping***, cuja função principal é estabelecer o modo como cada pessoa lida com as diversas situações de vida. *Grosso modo*, a **avaliação** está relacionada com a percepção que o sujeito tem a respeito de suas vivências e o **enfrentamento/*coping*** ao modo usualmente utilizado por ele para lidar com as situações que lhe são difíceis. Vale lembrar que isto não é um fenômeno estático, pois relaciona-se com o tipo de personalidade do sujeito e o momento pelo qual está passando.

Portanto, o clínico pode auxiliar o cliente, reconsiderando sua **avaliação**, por exemplo, através da discussão de uma informação nova e importante para a reavaliação do problema, e ajudando-o a perceber que a forma de **enfrentamento/*coping*** adotada não tem diminuído seu sofrimento.

- Exemplo de caso prático:
"Tivemos uma cliente que chegou com alguns sinais de estresse: choro fácil, dificuldade para dormir, irritabilidade e fortes dores de cabeça, e que não sabia com clareza o que a fazia sentir-se desta

forma. Começamos a conversar com ela e ficou claro que ela passava por um momento de sobrecarga de atividades e exigências: cuidar da casa, dos filhos, do marido, estudar para passar no vestibular, e ainda dar conta de todas as atividades do seu trabalho (folha de pagamento e contabilidade geral da empresa). A forma como usualmente lidava com a situação era acumulando tudo, sem pedir ajuda a ninguém. Quando “explodia” era sempre com seu filho, sendo que logo após sentia-se extremamente culpada por não ter podido ser atenciosa e carinhosa com ele.

Junto com ela estabelecemos que começaria focalizando em sua vida profissional e aos poucos fomos percebendo sua dificuldade em delegar ou dividir tarefas e responsabilidades. Desenvolvemos então uma estratégia focada neste ponto, com exercícios para aprender a delegar/dividir, e, assim, a situação foi melhorando."

Postura do profissional de saúde

É muito importante que o profissional tenha uma postura colaborativa e não autoritária, lembrando-se sempre que quem melhor sabe da vida do cliente é ele próprio. A palavra-chave é negociar. Esta é a habilidade de comunicação mais importante a ser desenvolvida. Para tanto, recomenda-se que:

1. Verifique se a sua compreensão sobre o problema do cliente está correta. Por exemplo: O Sr. acaba de me contar X. É isto mesmo?
2. Ao sugerir uma estratégia de ação ou ao expressar sua percepção sobre o caso, verifique se ela faz sentido para a pessoa, bem como se é factível sua execução. Por exemplo: Percebi que o Sr. usualmente age da seguinte forma: Isto faz sentido para o Sr.? O Sr. pensa que isto é verdadeiro?; Penso que ajudaria se o Sr. tentasse fazer o seguinte ...; O que o Sr. acha? Isto é possível?
3. Atente para os passos básicos da negociação para a criação do vínculo empático: **ouça, explore, dê e receba, não julgue, estabeleça um fechamento.**

Sinais de auto-sabotagem

Auto-sabotagem é o processo pelo qual o próprio cliente coloca barreiras e adota condutas (não conscientes) que impedem ou atrasam as decisões ou soluções para o seu problema específico de estresse. O comportamento ou pensamento de auto-sabotagem são comuns em clientes estressados. O profissional pode auxiliar a dectatá-los. Seguem alguns dos mais freqüentemente encontrados:

1. Filtragem: quando a pessoa escolhe os detalhes negativos da situação e os aumenta, filtrando todos os outros dados positivos.
2. Pensamento polarizado: não há meio termo. As coisas são boas ou ruins. Ou você é um fracasso ou tem que ser perfeito.
3. Generalização: quando a pessoa toma um acontecimento ou um dado e os generaliza, concluindo que as coisas são todas daquela maneira ou sempre acontecerão assim.
4. Leitura da mente: a pessoa tende a achar que sempre sabe o que os outros estão pensando ou sentindo sem ter perguntado ou conversado com eles. Age então a partir deste ponto de vista.
5. Tendência a "catastrofizar": a pessoa sempre age a partir dos "se" negativos: "Se sua mãe morresse ...; Se perder o emprego ...; Se meu marido me deixar ...".
6. Personalização: a pessoa freqüentemente pensa que os outros estão fazendo ou dizendo algo relacionado a si própria. Há também aqui uma tentativa de comparação com os outros: quem é o melhor, mais esperto etc.
7. Controle: a pessoa se sente com pouco controle sobre as diversas situações da vida, entendendo tudo como obra do destino. Ainda pode haver uma dificuldade de controle interno, o que a faz sentir-se responsável por tudo que acontece na vida dos outros (sofrimentos, dores, alegrias etc.).
8. Justiça: a pessoa sente-se injustiçada por não ser correspondida em relação aos critérios de justiça nos quais acredita.
9. Culpabilização: a pessoa sempre culpa os outros por seus problemas ou vice-versa.
10. Deveres: a pessoa tem uma série de regras rígidas a respeito do comportamento dos outros. Se estas regras são quebradas pode desencadear muita raiva ou, ao contrário, um forte sentimento de culpa.

Recomendações gerais para ajudar no combate ao estresse

- Numa consulta de Promoção da Saúde é salutar que o clínico perceba que um comportamento de risco para a saúde, como comer compulsivamente, fumar ou ingerir bebidas alcoólicas em excesso, pode estar relacionado com um tipo de enfrentamento/*coping* inadequado relativo a alguma fonte de estresse.
- Por outro lado, recomendações que envolvem mudanças de hábitos e comportamentos arraigados podem ser, por si só, estressantes, e, por esta razão, devem ser aconselhadas com cautela, gradual e

progressivamente, estabelecendo metas factíveis e valorizando mesmo os menores ganhos.

- Levando-se em conta o que foi acima exposto, o profissional de saúde, para ajudar a amenizar o estresse do cliente pode:
 - a) Treinar uma técnica de relaxamento com o cliente, como, por exemplo, respiração profunda;
 - b) Aconselhar e monitorar uma atividade física leve a moderada;
 - c) Aconselhar atividades de lazer ou prazer regulares;
 - d) Aconselhar pausas breves ao longo do dia e descansos semanais suficientes;
 - e) Aconselhar a diminuição do uso de excitantes como bebidas a base de cafeína, cigarros, álcool, etc.;
 - f) Treinar métodos de comunicação que incluam a assertividade (ser direto e positivo nos diálogos) e o estabelecimento de limites.

- A qualidade e a quantidade de horas de sono ocupam lugar de destaque no combate ao estresse e, se for necessário, o profissional deve estar preparado para aconselhar e dar "dicas" que ajudam a melhorar o mesmo.

Quadro 1. Dicas para melhorar o sono

1. Deitar-se e levantar-se sempre na mesma hora;
2. Não utilizar substâncias estimulantes cerca de 2 horas antes de dormir como café, chá mate, álcool, cigarros etc.;
3. Evitar cochilo durante o dia;
4. Evitar situações noturnas que possam estimular, como certos programas e filmes na televisão, músicas agitadas, atividade física de alto impacto, discussões, etc.;
5. Fazer leituras suaves antes de ir para a cama;
6. Tomar um banho quente e prolongado antes de ir para a cama;
7. Fazer atividade física durante o dia;
8. Alimentar-se em horários regulares e evitar grandes refeições antes de dormir;
9. Fazer algum exercício de relaxamento ou alongamento antes de dormir;
10. Manter o ambiente do quarto tranquilo e limpo;
11. Fazer um diário sobre os pensamentos e sentimentos relacionados ao sono; especialmente quando o momento de dormir está se aproximando;
12. Trabalhar os pensamentos e sentimentos de ansiedade ou medo em relação ao sono.
13. Deixar o quarto o mais silencioso e escuro possível.
14. Evitar adormecer com rádio ou TV ligada.

Anexo 6.1. Vacinas

Prof. Dra. Eliana B. Gutierrez

VACINA	0M	1M	2M	4M	6M	9M	12M	15M	4-6A	7-60A	61A e acima
BCG ^A		X									
OPV (Sabin) ^A			X	X	X			X	X		
DPT ^A			X	X	X			X	X	Não deve ser aplicada.	
dT ^A										10/10 anos ou esquema completo.	
Sarampo ^A									Em qualquer idade nos não imunizados.		
Sarampo/ Caxumba/ Rubéola ^A							X		Em qualquer idade nos não imunizados.		
Hepatite B ^{A,A1}	X	X			X	Em qualquer idade nos não imunizados (3 doses)					
Haemophilus influenzae b ^{A,B}			X	X	X					Não é administrada após os 5 anos em imunocompetentes	
Pneumocócica ^{A,C}											X
Influenza ^{A,D}											X

LEGENDA:

^A Vacinas fornecidas pela rede de saúde pública.

^{A1} A vacina contra **hepatite B** é administrada universalmente pela rede pública, até os 19 anos e, também, através do **Programa de Imunobiológicos Especiais**, é disponível para:

- Pós-exposição, em:
 - indivíduos com exposição sangüínea acidental;
 - comunicantes sexuais de casos agudos de hepatite B;
 - RN de mães HbsAg positivas;
 - vítimas de abuso sexual (com HBIG).
- Pré-exposição, em:
 - profissionais com atividade de risco de exposição ao HBV (inclusive profissionais da saúde e do sexo, oficialmente registrados)
 - hemodializados ou nefropatas crônicos;
 - pacientes HIV +, adultos e crianças;
 - transplantados;
 - pacientes sob risco de receber transfusões múltiplas;
 - doadores regulares de sangue
 - comunicantes domiciliares e sexuais, susceptíveis ao HBV, de portadores de AgHBs.

^B A vacina contra o **Haemophilus influenzae b (Hib)** é administrada universalmente pela rede pública, a todas as crianças até 15 meses de idade, e, também, através do **Programa de Imunobiológicos Especiais** para pessoas até 18 anos de idade nas seguintes situações:

- portadores de asplenia anatômica ou funcional;
- esplenectomizados
- portadores de hemoglobinopatias
- com imunodeficiência de qualquer natureza, inclusive HIV +, sintomática ou assintomática;
- crianças com menos de 5 anos com doença pulmonar ou cardiovascular crônica e grave;
- transplantados de medula óssea .

^C A vacina **antipneumocócica** é administrada universalmente pela rede pública a todos os indivíduos acima de 60 anos de idade, e, também, através do **Programa de Imunobiológicos Especiais**, para indivíduos com :

- doença pulmonar ou cardiovascular crônica, grave ;
- insuficiência renal crônica, síndrome nefrótica;
- diabetes mellitus insulino-dependente;
- cirrose hepática;
- fístula líquórica;
- asplenia anatômica ou funcional e esplenectomia eletiva
- hemoglobinopatias;
- imunodeficiência de qualquer natureza, inclusive HIV sintomática ou assintomática;
- transplante de medula óssea.

^D A vacina contra **Influenza** é administrada universalmente pela rede pública a todos os indivíduos acima de 60 anos de idade, e, também, através do **Programa de Imunobiológicos Especiais**, para:

- indivíduos a partir de 6 meses de idade:
 - com doença pulmonar ou cardiovascular crônica, insuficiência renal crônica, diabetes mellitus-insulino dependente, síndrome nefrótica, cirrose hepática, hemoglobinopatias;
 - imunodeficiência de qualquer natureza, inclusive HIV sintomática ou assintomática;
 - transplantados;
- contactantes (profissionais de saúde e familiares) dos pacientes acima.

Outras vacinas:

Hepatite A: pode ser administrada a partir de 12 meses, porém a indicação universal ainda é controvertida. Na rede pública é fornecida aos hepatopatas crônicos, susceptíveis à hepatite A, através do **Programa de Imunobiológicos Especiais**.

Varicela: pode ser administrada a partir de 12 meses, porém a indicação universal ainda é controvertida.. Será fornecida na rede pública através do **Programa de Imunobiológicos Especiais** para:

- imunocomprometidos com leucemia linfóide aguda ou tumores sólidos em remissão há 12 meses ou mais, desde que apresentem mais de 1200 leucócitos por mm³, sem radio ou quimioterapia ;
- profissionais de saúde, contactantes e familiares imunocompetentes susceptíveis à doença e que mantenham contato com imunocomprometidos;
- candidatos a transplante de órgão sólido susceptíveis à doença (pelo menos 3 semanas antes do transplante);
- pacientes susceptíveis à varicela e imunocompetentes, no momento de internação em enfermaria com caso de varicela;
- sujeitos de protocolos de pesquisa antes de receberem quimioterapia;
- HIV + assintomáticos ou oligossintomáticos;
- vacinação de bloqueio em susceptíveis até 72 horas após o contato, desde que estejam internados.

Febre amarela: a partir de 9 meses, para viajantes ou moradores de áreas endêmicas.

Meningocócica polissacarídica A e C : apenas em situações especiais, sob orientação das autoridades de saúde pública locais.

Meningocócica Conjugada C: A partir dos 2 meses de idade, nos portadores de asplenia congênita ou adquirida, deficiências do complemento, anemia falciforme e talassemia, esplenec tomizados.

Antipólio inativada (IPV): crianças com imunodeficiência de qualquer natureza, não vacinadas ou com esquema antipólio incompleto; crianças contactantes intradomiciliares de pacientes imunodeficientes e susceptíveis à poliomielite; transplantados de medula óssea.

DPTa (acelular): a partir de 2 meses de idade, nos casos de reações à DPT (p. ex. episódio hipotônico hiporresponsivo, convulsões).

DT (dupla infantil): indicada para crianças com menos de 7 anos de idade para as quais haja contra-indicação de receberem a vacina contra a coqueluche (componente pertussis = P) da vacina tríplice (DTP).

Raiva: pré-exposição em profissionais de risco; pós-exposição, após avaliação.

Febre Tifóide polissacarídica: indicação restrita às pessoas sujeitas a exposição excepcional, em decorrência de sua ocupação (profissionais de laboratório com contato habitual com *Salmonella typhi*), ou viajantes a áreas endêmicas.

Pneumocócica conjugada 7 valente: crianças menores de 2 anos basicamente imunocompetentes, com doença pulmonar ou cardiovascular crônica grave, insuficiência renal crônica, síndrome nefrótica, diabetes melito, cirrose hepática, fístula liquórica, asplenia congênita ou adquirida, hemoglobinopatias, imunodeficiência congênita ou adquirida, crianças HIV positivo assintomáticas e com aids.

Pentavalente (DPT + HB + Hib): administrada a partir de 2 meses de idade até 11 meses e 29 dias, em crianças com discrasias sangüíneas