UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

LUCIANE LOURES DOS SANTOS

**Análise da percepção e registro das medidas de
prevenção de doenças por profissionais da
atenção primária**

Ribeirão Preto

2010

LUCIANE LOURES DOS SANTOS

**Análise da percepção e registro das medidas de prevenção
de doenças por profissionais da atenção primária**

**Tese apresentada à Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do Título de Doutor em Ciências
Médicas.**

Área de Concentração: Clínica Cirúrgica

**Orientador: Prof. Dr. Ajith Kumar
Sankarankutty**

Ribeirão Preto

2010

Autorizo a reprodução e a divulgação total ou parcial deste trabalho por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Santos, Luciane Loures dos

Análise da percepção e registro das medidas de prevenção de doenças por profissionais da atenção primária. Ribeirão Preto, 2010.

154p.: il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de Concentração: Clínica Cirúrgica

Orientador: Ajith Kumar Sankarankutty

1.Prevenção de doenças. 2. Exame Periódico de Saúde. 3. Estratégia Saúde da Família. 4. Atenção Primária à Saúde

FOLHA DE APROVAÇÃO

SANTOS, Luciane Loures dos

Análise da percepção e registro das medidas de prevenção de doenças por profissionais da atenção primária

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do Título de Doutor em Ciências
Médicas.

Área de Concentração: Clínica Cirúrgica

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os profissionais que atuam na Saúde da Família que aceitam diariamente o desafio de promover uma assistência de qualidade, mesmo diante das adversidades.

Aos meus pais, que me ensinaram a acreditar no amor, confiar nas pessoas, enfrentar desafios e buscar pelos sonhos.

AGRADECIMENTOS

Não poderia terminar esta tese sem agradecer a todos que me ajudaram e participaram desta jornada, com certeza faltará espaço para nomear todos que colaboraram, mas em nome de alguns, agradeço a todos que ajudaram de alguma maneira.

Em especial, agradeço ao Prof. Dr. Ajith Kumar Sankarankutty, que além de orientador, é também amigo, mestre, conselheiro e parceiro deste projeto. Agradeço pela inesgotável paciência, pelo apoio nos momentos difíceis e por me ajudar a buscar o foco.

Ao Prof. Dr. Angel Antonio Otero Puime, pela acolhedora recepção em Madri, pela inestimável ajuda na elaboração e execução de parte desta investigação.

À Profa. Aldaísa Cassanho Forster, pela ajuda e apoio constante, mesmo quando a possibilidade de estudar na Espanha não passava de um sonho.

Ao Prof. Dr. José Sebastião dos Santos pelas contribuições no exame de qualificação.

Ao Prof. Amaury Lelis Dal-Fabbro, agradeço pelo seu apoio e orientação desde os meus primeiros dias na residência médica.

Aos integrantes da banca examinadora da tese: Dra. Mônica de Assis e Prof. Dr. João Werner Falk, por terem aceito meu convite e pelas valiosas contribuições.

Ao Sergio Ruiz Alonso pela boa vontade e prontidão em me ajudar incondicionalmente. Muito Obrigada!

Aos médicos de família da Espanha, que me receberam nos centros de saúde e proporcionaram momentos de muito aprendizado, mostrando o funcionamento dos serviços de saúde, suas qualidades e deficiências.

Ao Professor Dr. Laércio Franco, que inúmeras vezes me substituiu em atividades da graduação, para que eu pudesse realizar esta pesquisa.

Ao amigo Prof. Dr. Anderson Soares da Silva, meu parceiro nesta empreitada, desde os tempos de residência.

À Profa. Dra. Maria do Carmo G.G. Caccia-Bava, e à Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira, pelas sugestões, carinho e exemplo de dedicação e envolvimento com a saúde da família. Um abraço muito especial.

À Rosane Aparecida Monteiro, companheira para todas as horas que sempre esteve disponível pra ajudar na criação do banco de dados, elaboração de gráficos, tabelas e para esclarecer as minhas inúmeras dúvidas mesmo aos sábados, domingos e feriados.

As secretárias da pós-graduação do Departamento de Cirurgia, em especial à Sra Juliana Pischiotin da Silva, que sempre esteve disponível para colaborar. E as secretárias do Departamento de Medicina Social – Carolina Cecília B. Batista, Mônica Elisabet Knack e Regina Helena G Alcântara - que sempre se prontificaram a ajudar e torceram para a finalização deste trabalho.

A todos os professores e funcionários do Departamento de Medicina Social da FMRP que me apoiaram e incentivaram para que pudesse terminar esta tarefa.

À Srta. Andressa Kutschenki pelo auxílio na análise do banco de dados.

Aos profissionais de saúde dos centros de saúde que se prontificaram a responder aos questionários e as equipes de saúde dos Núcleos de saúde da Família de Morro Agudo, Cássia dos Coqueiros e Ribeirão Preto que me acolheram e se disponibilizaram a me ajudar durante a coleta de dados.

Ao Programa Santander de Bolsas de Mobilidade Internacional, pelo apoio financeiro.

Ao Educador físico Samuel Paião, personal trainer que me fez rir no piores momentos e que conseguiu fazer da atividade física um hábito e da corrida de rua um hobby.

Aos queridos amigos, que graças a eles (e apesar deles) eu consegui terminar esta empreitada.

Aos amigos da Espanha, **Gema, Joss, JC e Cherre** por tornarem minha estada em Madri tão agradável. E também para **Val, Weber, Kranya, André Filipe, Marluce, Eduardo, Cristiano, Tati**, entre inúmeros outros que estiveram presentes em algum momento desta jornada me incentivando e apoiando.

Um obrigado especial para **Marcinha, Celiane, Carlinha, Daniela, Elaine (Alanina) e Marcela** que tornam as adversidades da vida menos dura, o sofrimento menos doloroso, a rotina mais divertida e as conquistas mais saborosas... pessoas que compõem minha rede social de apoio, cumplicidade e companheirismo, presença nos momentos mais difíceis e também nos mais alegres. A felicidade só é plena quando compartilhada... principalmente se dividida com grandes e verdadeiras companheiras, cúmplices, testemunhas e coadjuvantes da história da minha vida, valeu meninas...

Ao meu pai, irmãos, sobrinhos e afilhados, meu porto seguro e fonte inesgotável de amor e alegrias.

Rendo graças a Deus e à vida por ter me presenteado com o Tiago, que me surpreende dia-a-dia com palavras e gestos de um amor verdadeiro. Um parceiro que compartilha comigo as alegrias e anseios de conceber uma nova vida, companheiro na construção de uma nova família.

Obrigada a Deus pelo privilégio da maternidade, pela descoberta de um amor incondicional!

Agora serão novos caminhos, novos desafios e uma nova jornada se inicia...

GRACIAS A LA VIDA QUE ME HA DADO TANTO...

Violeta Parra

Epígrafe

PREVENÇÃO... PROMOÇÃO...

*Importante em qualquer processo
são seus resultados:*

*Se benéficos,
objetivos altruístas
planejamento adequado
desempenho eficaz
processo eficiente
projeto beneficente.*

*Se maléficos
tudo deverá ser
revisto
reprogramado
refeito.*

*Não querer mudar o resultado
mas sim o que antecede ao mesmo.*

*No processo da doença
mais importante que a cura
é sua prevenção;*

*No processo da saúde
mais importante que prevenção
é sua promoção.*

*Não somente para saúde-doença
isso é válido,
mas para todos aspectos do viver
e, para isso,
maduro é preciso estar
para tal postura compreender.*

ANTONIO RUFFINO NETTO

RESUMO

SANTOS, L.L. **Análise da percepção e registro das medidas de prevenção de doenças por profissionais da atenção primária.** 2010 113P. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

A aplicação das medidas preventivas, principalmente das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tem sido debatida mundialmente, já que poucos fatores de risco respondem pela maioria das mortes por DCNT, como o tabagismo, alcoolismo, obesidade e dislipidemias. A sistematização das medidas de promoção de saúde e prevenção de doenças (PSPD) pode contribuir para o trabalho das equipes de Saúde da Família, potencializando as suas ações e fortalecendo a Atenção Primária à Saúde (APS). Face ao baixo registro das medidas de prevenção das DCNTs no Brasil e à ausência de parâmetros na literatura nacional, comparamos a percepção dos profissionais e o registro das medidas de PSPD dos centros de saúde brasileiros com os serviços espanhóis, considerados referência no assunto. Realizamos um estudo descritivo e quantitativo, por meio da aplicação de um questionário aos profissionais e da análise dos prontuários dos serviços de APS de municípios de pequeno, médio e grande porte do Brasil e da Espanha. Entrevistamos 82 profissionais entre médicos (50%) e enfermeiros (50%), com elevado grau de especialização (77,5%). A maioria dos espanhóis tinha mais de 10 anos de formado (73%), e 54% atuavam na APS há mais de 10 anos, ao contrário dos brasileiros (63,2%) com uma formação mais jovem (menos de 6 anos de formado) e alta rotatividade na APS. Quase metade dos entrevistados (47,6%) relatou que qualquer encontro com o usuário é adequado para prevenção, enquanto outros preferem a consulta agendada (43,9%), a visita domiciliar (22%) e os grupos (22%). Já 86,6% desaprovam a consulta eventual como local para prevenção. A medida mais empregada pelos profissionais entrevistados foi o aconselhamento, seguida da vacinação e do rastreamento entre brasileiros, para os espanhóis o rastreamento foi mais citado que a vacinação. Apesar do aconselhamento ter sido o mais citado, o rastreamento foi a medida mais registrada pelos serviços estudados. O aconselhamento teve mais registros nos prontuários brasileiros que nos espanhóis, e o inverso ocorreu com a vacinação. Apesar de todos concordarem que a prevenção é importante parte da assistência, estarem motivados (96%) e possuírem conhecimento para aplicá-lo (94%), houve um baixo percentual de registro do rastreamento de tabagismo, alcoolismo e vacinação nos dois países. No Brasil, encontramos um alto percentual de rastreamento em algumas medidas entre os usuários, porém, quando analisamos a cobertura populacional (5%), esse valor fica abaixo da média espanhola (25%). Segundo os

espanhóis, os obstáculos para aplicar as medidas preventivas são a falta de tempo, orientações conflitantes das sociedades, falta de incentivo e outras prioridades. Já para os brasileiros, a falta de incentivo e de interesse, o desconhecimento e a presença de medidas conflitantes são os maiores desafios. Os obstáculos refletem as realidades distintas e a necessidade de investimento em diferentes áreas. No Brasil faz-se necessário investir na formação dos profissionais e em instrumentos que auxiliem a equipe na aplicação das ações preventivas, enquanto na Espanha é possível que a reorganização do serviço, principalmente quanto à administração do tempo e criação de recomendações consensuais entre as sociedades, favoreça a aplicação das medidas preventivas pelos profissionais.

Palavras-chave: prevenção de doenças, exame periódico de saúde, estratégia de saúde da família, atenção primária à saúde.

ABSTRACT

SANTOS, L.L. **Analysis of the Perception among and Documentation of Disease Prevention Measures by Healthcare Workers in Primary Care.** 2010 113P. Thesis (Doctoral) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

The discussion on preventive measures, specially of non-transmissible chronic degenerative diseases (NTCD), is in vogue worldwide, as very few risk factors, such as smoking, alcoholism, obesity and dyslipidemia, are responsible for most of the deaths due to NTCD. The organization of the measures of health promotion and disease prevention (HPDP) would greatly contribute to the work of family practioners and strengthen primary care. Insufficient documentation on the screening of NTCD in Brazil and the paucity of international parameters of comparison, stimulated us to evaluate the opinions of and documentation by healthcare workers in primary care, of the HPDP measures in Brazil compared to those in Spain, considered by many as a reference in this matter. A descriptive, quantitative study was undertaken by analysing a questionnaire filled out by healthcare workers as well as the primary care documentation of HPDP measures in small, medium and large municipalities in Brazil and Spain. Eighty two healthcare workers responded to the questionnaire, which included doctors (50%) and nurses (50%), most of whom were specialized in their respective fields (77.5%). Most of the workers in Spain had graduated more than 10 years earlier (73%) and have been working in primary care for more than 10 years (54%), while in Brazil most of the workers had graduated less than 6 years earlier (63.2%) with correspondingly lesser time in primary care. Almost half of the healthcare workers consider any encounter with the clients as adequate for implementing preventive measures(47.6%), while others preferred routine consultations (43.9%), house calls (22%) or group meetings (22%). Unplanned or emergency consultation was considered an inappropriate moment for implementing preventive measures by 86.6%. The most commonly employed measure according to the questionnaires in Brazil, is counselling, followed by vaccination and screening, while the Spanish reported screening more often than vaccination. In spite of counselling being considered the most frequently applied measure, screening was most frequently documented. Counselling was the most documented measure in Brazil, while vaccination was in Spain. Although everyone agreed that prevention is an important part of primary care, with enough motivation (96%) and knowledge (94%) to apply them, the documentation of screening for smoking, alcoholism and vaccination was low in both countries. In Brazil, although we found a high percentage of

screening among those who were seen in the primary care units, when we considered the coverage of the area under the respective units, this percentage (5%) is very much below the Spanish average (25%). The barriers to the application of preventive measures in Spain were reported to be the lack of time, conflicting guidelines, lack of incentive and other priorities. While in Brazil, the lack of interest, incentive, knowledge as well conflicting guidelines were considered the main barriers. These barriers reflect the different realities and consequently need different investments. Brazil needs to invest in human resources and the development of instruments to help the primary care personnel in implementing preventive measures. While in Spain, its possible that better time management and more consensual recommendations could favor the applications of these measures in primary care.

Keywords : prevention of diseases, periodic health examination, strategy of family practice, primary care.

Lista de Mapas

Mapa 1	Mapa da Espanha com destaque da Comunidade Autônoma de Madri e suas Áreas de Saúde, 2010	38
Mapa 2	Localização da Área 2 na Comunidade Autônoma de Madri, Espanha, 2010	39
Mapa 3	Localização da Área 5 na Comunidade Autônoma de Madri, Espanha, 2010	40
Mapa 4	Localização dos municípios estudados no Estado de São Paulo, Brasil, 2010	41

Lista de Tabelas

Tabela 1	Distribuição dos centros de saúde da Espanha selecionados de acordo com o porte do município e o vínculo ou não com a <i>Universidad Autónoma de Madrid</i> , 2010	41
Tabela 2	Número de questionários aplicados na Espanha e no Brasil, segundo o tamanho dos municípios estudados, 2010	56
Tabela 3	Total de questionários respondidos por centros de saúde, segundo a presença ou não de vínculo universitário, na Espanha e no Brasil, 2010	57
Tabela 4	Idade dos profissionais dos serviços de atenção primária entrevistados da Espanha e do Brasil, 2010	58
Tabela 5	Tempo de formado dos profissionais, entrevistados na Espanha e no Brasil, 2010	59
Tabela 6	Tempo de trabalho no mesmo serviço dos profissionais da atenção primária à saúde na Espanha e no Brasil, 2010	60
Tabela 7	Emprego das medidas de PSPD na prática, segundo os profissionais da atenção primária à saúde da Espanha e do Brasil, 2010	61
Tabela 8	Motivação para aplicação das medidas de PSPD, segundo os profissionais dos serviços de atenção primária à saúde da Espanha e do Brasil, 2010	61
Tabela 9	Tipo de contato mais adequado para aplicar as medidas de PSPD, segundo os profissionais dos serviços de atenção primária à saúde da Espanha e do Brasil, 2010	62
Tabela 10	Local mais adequado para aplicar as medidas de PSPD, segundo a categoria profissional dos profissionais da atenção primária à saúde do Brasil, 2010	63
Tabela 11	Aconselhamento como papel dos profissionais da equipe de saúde, segundo a percepção de médicos e enfermeiros da atenção primária à saúde da Espanha e do Brasil, 2010	64

Tabela 12	Responsabilidade sobre o rastreamento, segundo a percepção dos profissionais da atenção primária à saúde da Espanha e do Brasil, 2010	64
Tabela 13	Responsabilidade do rastreamento, segundo médicos e enfermeiros entrevistados em serviços de atenção primária da Espanha e do Brasil, 2010	65
Tabela 14	Responsabilidade da vacinação, segundo médicos e enfermeiros entrevistados em serviços de atenção primária da Espanha e do Brasil, 2010	65
Tabela 15	Manuais nacionais de PSPD e conhecimento dos profissionais, Brasil, 2010	66
Tabela 16	Conhecimento dos profissionais da Espanha e do Brasil entrevistados sobre as fontes de informação internacional de PSPD, 2010	67
Tabela 17	Emprego na prática clínica das medidas de PSPD por profissionais dos serviços de atenção primária à saúde da Espanha e do Brasil, 2010	68
Tabela 18	Emprego das medidas de PSPD de acordo com o local de aplicação, segundo os profissionais dos serviços de atenção primária à saúde da Espanha e do Brasil, 2010	68
Tabela 19	Local de aplicação das medidas preventivas, segundo médicos e enfermeiros dos serviços de atenção primária à saúde da Espanha e do Brasil, 2010	69
Tabela 20	Medidas preventivas mais empregadas, segundo médicos e enfermeiros dos serviços de atenção primária à saúde da Espanha e do Brasil, 2010	70
Tabela 21	Medidas de PSPD mais aplicadas, segundo os profissionais dos serviços de atenção primária à saúde da Espanha e do Brasil, 2010	71
Tabela 22	Emprego das medidas e o registro, segundo médicos e enfermeiros dos serviços de atenção primária à saúde do Brasil, 2010	72
Tabela 23	Frequência do registro no prontuário, segundo os profissionais dos serviços de atenção primária à saúde da Espanha e do Brasil, 2010	73
Tabela 24	Frequência do registro no prontuário, segundo médicos e enfermeiros entrevistados dos serviços de saúde da Espanha e do Brasil, 2010	73
Tabela 25	Frequência de entrega de material educativo nos serviços de atenção primária à saúde, entre os participantes da pesquisa na Espanha e no Brasil, 2010	74
Tabela 26	Principais obstáculos à aplicação das medidas de PSPD, segundo os profissionais dos serviços de atenção primária à saúde da Espanha e do Brasil, 2010	75
Tabela 27	Relação dos centros de saúde espanhóis, sua população e distribuição por sexo, 2010	77

Tabela 28	Distribuição da população atendida nos serviços de atenção primária à saúde por idade nos municípios brasileiros estudados, 2010	77
Tabela 29	Distribuição por sexo da população atendida nos serviços de atenção primária à saúde nos municípios brasileiros estudados, 2010	78
Tabela 30	Médias do registro das medidas de rastreamento, aconselhamento e vacinação por município espanhol e brasileiro estudados, 2010	79
Tabela 31	Tamanho da população e o percentual das medidas de PSPD encontradas, segundo o porte dos municípios da Espanha, 2010	81
Tabela 32	Tamanho da amostra dos municípios brasileiros, segundo o porte, percentual de registro das medidas de PSPD e seus resultados do teste do Qui-quadrado, Brasil, 2010	83
Tabela 33	Rastreamento segundo o registro dos profissionais nos serviços de atenção primária à saúde da Espanha, 2010	86
Tabela 34	Aconselhamento segundo o registro de profissionais dos serviços de atenção primária à saúde da Espanha, 2010	87
Tabela 35	Rastreamento segundo o registro dos profissionais nos serviços de atenção primária à saúde do Brasil, 2010	88
Tabela 36	Rastreamento da obesidade, segundo profissional e o porte do município estudado do Brasil, 2010	89
Tabela 37	Rastreamento de hipertensão arterial, segundo profissional e o porte do município estudado do Brasil, 2010	89
Tabela 38	Rastreamento da dislipidemia e diabetes, segundo profissional e o porte do município estudado do Brasil, 2010	90
Tabela 39	Rastreamento do câncer de colo uterino e de mama, segundo profissional e o porte do município estudado do Brasil, 2010	91
Tabela 40	Rastreamento do alcoolismo e tabagismo, segundo profissional e o porte do município estudado do Brasil, 2010	91
Tabela 41	Aconselhamento sobre dieta e vacinação contra gripe, segundo profissional e o porte do município estudado do Brasil, 2010	92
Tabela 42	Descrição do indicador “IMA” , segundo o município brasileiro estudado, 2010	93
Tabela 43	Análise de variância do indicador “IMA” por cidades brasileiras estudadas, 2010	94
Tabela 44	Resultados do pós-teste de Duncan, segundo o porte dos municípios estudados, Brasil, 2010	94
Tabela 45	Descrição do indicador “IMI” por cidade brasileira estudada, 2010	95
Tabela 46	Teste de Dunn para comparações múltiplas do indicador “IMI”, por cidade estudada no Brasil, 2010	95
Tabela 47	Emprego de medidas inapropriadas de rastreamento, segundo o porte do município estudado no Brasil, 2010	97

Tabela 48	Percentual do registro da vacinação dupla-adulto encontrado nos prontuários estudados de acordo com o porte dos municípios estudados do Brasil, 2010	106
Tabela 49	Comparação do registro do peso pelos profissionais brasileiros, segundo o tamanho dos municípios brasileiros, 2010	108
Tabela 50	Tamanho da população cadastrada, da população que buscou o serviço (n), porcentagem (%) do registro das medidas realizadas, e a cobertura populacional, Brasil, 2010	112

Lista dos Gráficos

Gráfico 1	Tempo de atuação na atenção primária à saúde dos médicos e enfermeiros entrevistados da Espanha e do Brasil, 2010	59
Gráfico 2	Média das medidas de PSPD por tamanho dos municípios espanhóis, 2010	80
Gráfico 3	Média das medidas de PSPD por tamanho dos municípios do Brasil, 2010	80
Gráfico 4	Frequência do emprego das medidas de PSPD, segundo o tamanho dos municípios espanhóis estudados, 2010	82
Gráfico 5	Frequência da aplicação das medidas de PSPD, segundo o tamanho dos municípios paulistas estudados, 2010	84
Gráfico 6	Média da aplicação das medidas de PSPD, segundo os profissionais espanhóis dos serviços de atenção primária à saúde da Espanha, 2010	86
Gráfico 7	Média da aplicação das medidas de PSPD, segundo os profissionais brasileiros dos serviços de atenção primária do Brasil, 2010	87
Gráfico 8	Distribuição do “IMA”, segundo o tamanho dos municípios brasileiros estudados, 2010	93
Gráfico 9	Distribuição do “IMI”, segundo o tamanho dos municípios brasileiros estudados, 2010	96
Gráfico 10	Emprego de medidas inadequadas de rastreamento, segundo o porte do município estudado no Brasil, 2010	96
Gráfico 11	Fases da vida profissional do médico na Espanha e no Brasil, 2010	99

LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS

Apêndice A	Avaliação da Implantação de um Protocolo de Prevenção de Doenças e Promoção de Saúde no Contexto de Equipes de Atenção Primária
Apêndice B	<i>Encuesta a los Profesionales de Atención Primaria sobre la aplicación de Medidas de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades en Madrid</i>
Apêndice C	Ficha de Registro das Medidas de PSPD
Apêndice D	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Apêndice E	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Apêndice F	Carta de consentimento ao uso do banco de dados
Anexo A	Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da FMRP-USP
Anexo B	Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital La Paz – Madri
Anexo C	Manuscrito

LISTA DAS ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAM	Comunidade Autônoma de Madri
CAPSF	Centro de Atenção Primária e Saúde da Família
CTFPHE	<i>Canadian Task Force on Periodical Health Examination</i>
EPS	Exame Periódico de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IMA	Índice de Medidas Apropriadas
IMC	Índice de Massa Corporal
IMI	Índice de Medidas Inapropriadas
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
NSF	Núcleo de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAPPS	<i>Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud</i>
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PSPD	Promoção da saúde e Prevenção de doenças
SEMFyC	<i>Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria</i>
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UAM	<i>Universidad Autónoma de Madrid</i>
USP	Universidade de São Paulo
USPSTF	<i>United States Preventive Services Task Force</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO

1.1	PREVENÇÃO COMO TEMA DA ATUALIDADE	22
1.2	CONCEITOS DE PREVENÇÃO DE DOENÇAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE	27
1.3	MEDIDAS DE PSPD NO MUNDO	29
1.4	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	31
1.5	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E EXAME PERIÓDICO DE SAÚDE	32

2 JUSTIFICATIVA

35

3 OBJETIVOS

3.1	GERAL	36
3.2	ESPECÍFICOS	36

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1	DESENHO DO ESTUDO	37
4.2	CAMPO E LOCAL DE ESTUDO	37
4.3	SERVIÇOS DE SAÚDE DA ESPANHA E DO BRASIL	38
4.3.1	Municípios espanhóis	38
4.3.2	Municípios brasileiros	41
4.4	POPULAÇÃO DE ESTUDO	43
4.5	AMOSTRAGEM DOS PRONTUÁRIOS	44
4.6	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	44
4.6.1	Aplicação do questionário	44
4.6.2	Revisão dos prontuários	44
4.7	INSTRUMENTOS DE COLETA	45
4.7.1	Questionário	46
4.7.2	Ficha de Registro das Medidas de PSPD	50
4.8	ASPECTOS ÉTICOS	53
4.9	TRABALHO DE CAMPO	53
4.10	ANÁLISE DOS DADOS	54

5 RESULTADOS

5.1	ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS	56
-----	---------------------------	----

5.1.1	Perfil dos Centros de Saúde	56
5.1.2	Perfil dos profissionais	57
5.1.3	Opinião dos profissionais sobre as medidas de PSPD	60
5.1.4	Local mais adequado para aplicar as medidas de PSPD	62
5.1.5	Responsabilidade dos profissionais para aplicar as medidas de PSPD	63
5.1.6	Conhecimento das medidas de PSPD	66
5.1.7	Emprego das medidas de PSPD	67
5.1.8	Medidas de PSPD mais aplicadas	70
5.1.9	Registro das medidas de PSPD	71
5.1.10	Obstáculos	74
5.2	ANÁLISE DOS REGISTROS	75
5.2.1	Perfil da população atendida pelos serviços de saúde estudados	76
5.2.2	Principais medidas preventivas encontradas nos prontuários	78
5.2.3	Medidas de PSPD mais aplicadas segundo a categoria profissional	85
5.2.4	Emprego apropriado e inapropriado das medidas de PSPD nos serviços de saúde brasileiros	92
6	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	
6.1	CONSIDERAÇÕES GERAIS DA PESQUISA	98
6.2	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS ENCONTRADOS NOS QUESTIONÁRIOS	98
6.3	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS ENCONTRADOS NOS REGISTROS	103
6.3.1	Medidas mais registradas pelos profissionais	104
6.3.2	Comparando as médias das medidas de PSPD aplicadas entre os países	111
7	CONCLUSÃO	116
8	REFERÊNCIAS	117
9	APÊNDICES	
A	Avaliação da Implantação de um Protocolo de Prevenção de Doenças e Promoção de Saúde no Contexto de Equipes de Atenção Primária	123
B	<i>Encuesta a los Profesionales de Atención Primaria sobre la aplicación de Medidas de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades en</i>	131

Madrid

C	Ficha de Registro das Medidas de PSPD	137
D	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	138
E	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	1379
F	Carta de consentimento ao uso do banco de dados	140

9 ANEXOS

A	Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da FMRP-USP	141
B	Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital La Paz – Madri	142
C	Manuscrito	143

1 INTRODUÇÃO

1.1 PREVENÇÃO COMO TEMA DA ATUALIDADE

A prevenção sempre esteve presente na história da medicina. Datam da era paleontológica documentos e registros demonstrando preocupação com o crescimento e desenvolvimento físico e mental, além da promoção da saúde e prevenção de doenças (PSPD). A apologia ao conceito de indivíduo saudável e a atividade física são conceitos advindos desde a era Greco-romana entre 460 a.C. a 146 a.C., quando também foram encontradas, nos registros de Hipócrates, as primeiras referências sobre a importância das condições de vida como determinantes da saúde¹. Em 1861, Horace Dobell já argumentava que existia um estágio fisiológico preexistente ou de baixa saúde e a ideia de investir em terapêutica era mais efetivo se investido em estágios iniciais².

A aplicação das medidas de PSPD no Brasil e no mundo trouxe um impacto positivo na saúde¹ e qualidade de vida da população. É inegável a importância que a prevenção de doenças, seja por meio do rastreamento de neoplasias, vacinação ou quimioprofilaxia, tem somado à medicina. A prevenção salvou, salva e continuará salvando milhares de vidas, basta imaginar quantas mortes, enfermidades e sofrimento foram evitados com a aplicação de vacinas como a do tétano, paralisia infantil, influenza. Quantas mortes no trânsito foram evitadas com as políticas públicas de segurança no trânsito, como o uso de capacete e uso do cinto de segurança, quantos casos de câncer foram evitados ou diagnosticados precocemente e adequadamente tratados com o rastreamento de câncer de colo uterino, câncer de mama?

A aplicação das medidas de PSPD, principalmente quando discutimos a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tem ocupado lugar de destaque no Brasil e no mundo, uma vez que essas doenças representam um grande fardo aos países desenvolvidos e àqueles em desenvolvimento. São a principal causa de mortalidade e incapacidade prematura na grande maioria dos países, e estatísticas de mortalidade nas capitais brasileiras indicam que a proporção de óbitos por esta causa aumentou em mais de três vezes desde a década de 1930^{3,4}. Em 2005, as doenças crônicas foram responsáveis pela morte de 35 milhões de pessoas, correspondendo ao dobro dos casos de morte por doenças infecciosas, condições

¹ “Esta tese foi revisada seguindo o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa (1960), em vigor a partir de 1º de janeiro de 2009, no Brasil.”

maternas e perinatais e deficiências nutricionais combinadas. Além disso, a mortalidade pelas doenças infecciosas tende a diminuir, ao contrário das DCNTs com previsão de aumento de 15% do número de mortes até 2015⁴. Esta realidade se repete tanto em países em ascensão, como naqueles já desenvolvidos.

Uma vez instaladas, as doenças crônicas não são passíveis de cura (e.g. hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia) ou são pouco suscetíveis aos tratamentos disponíveis atualmente. Um estudo realizado com mais de 1.000 participantes sobre prevalência, tratamento e controle da hipertensão em um município brasileiro demonstrou que apenas 24,2% dos hipertensos entrevistados tinham sua pressão controlada. Já em Portugal, uma pesquisa com 5.000 pessoas encontrou um percentual ainda menor do controle pressórico (11,2%)^{5, 6}. Faz-se prioritário um maior investimento no controle e prevenção da instalação dos fatores de risco dessas doenças.

As principais causas das doenças crônicas são conhecidas e se esses fatores de risco fossem eliminados ou controlados, ao menos 80% de todas as doenças cardíacas, dos acidentes cerebrais vasculares, e de diabetes tipo 2 seriam prevenidos e mais de 40% dos casos de câncer evitados⁴. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), um pequeno número de fatores de risco responde pela maior parte das mortes por DCNT. Dentre eles temos o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, as dislipidemias, a baixa ingestão de frutas e hortaliças e o sedentarismo³.

Contudo, a associação dos fatores de risco é complexa e pode resultar em efeitos somatórios ou multiplicativos, a depender da intensidade com que ele está presente, ou pela combinação com outros fatores de risco, por exemplo, a associação de tabagismo e a exposição ao asbesto têm um efeito muito maior que a simples soma dos fatores de risco. Uma abordagem multicausal das doenças não se esgota apenas na identificação dos seus fatores de risco, mas também precisamos determinar a influência dos aspectos sociais na produção da doença⁷.

Em um estudo realizado na Noruega foi aplicado um guia europeu para avaliar o risco cardiovascular, em mais de 62.000 pessoas de 20 a 79 anos, e três quartos desta população apresentavam risco cardiovascular elevado, entretanto a expectativa de vida nesta cidade é de 78,9 anos, segundo dados da OMS. Em um país com tão elevada expectativa de vida ao nascer, não parece coerente que mais de 75% da sua população esteja enferma, pois apresenta valores diferentes do esperado⁸.

No mesmo sentido, um estudo realizado nos Estados Unidos evidenciou que 97% da população adulta com 50 anos ou mais tem um ou mais dos três fatores de risco para doença cardiovascular, todavia somente 8% das doenças cardiovasculares ocorrerão em indivíduos que apresentem qualquer combinação dos três⁹.

O grande desafio que enfrentamos é que não é possível prever quem entre os que possuem os fatores de risco efetivamente desenvolverá a doença, assim diante desta incerteza e para obtermos os benefícios das medidas preventivas, elas precisam ser aplicadas a todos sob o risco, mesmo que para isso muitos sejam submetidos a essas medidas sem obter o benefício pessoal. Com tantas informações disponíveis sobre tantas intervenções, quais medidas realmente trazem vantagens. Por que é que não conseguimos aplicá-las de forma universal? Neste cenário torna-se imprescindível incluir, entre as medidas de PSPD, apenas aquelas que têm indiscutivelmente o apoio da literatura científica. Essa é a nossa tarefa como médicos e como peça do sistema público de saúde.

Atualmente, com a expansão da indústria médica e farmacêutica, o desenvolvimento de sofisticados métodos de mensuração biométrica e os serviços de saúde têm se tornado consumidores do mercado, valorizando a doença e o consumo dos meios diagnósticos e de tratamento que nem sempre possuem evidências científicas consistentes¹.

Na contramão da história, o conceito de doença deixa de estar relacionado com o completo bem-estar físico, mental e social, desconsidera o sentir-se ou não enfermo, e o associa a valores numéricos, tabelas de risco, parâmetros estatísticos ditos normais⁹. Uma grande parte da população é classificada como normal ou anormal; doente ou saudável, como um sistema binário, uma dicotomia entre ter ou não ter uma doença. No entanto, a saúde não pertence à ordem dos cálculos e não pode ser resumida à análise de tabelas comparativas, médias estatísticas, desvios-padrões. O processo saúde-doença ocorre num *continuum*, resultado de uma série de alterações celulares, bioquímicas, fortemente influenciadas pelos condicionantes e determinantes sociais, como falta de saneamento básico, fome, desemprego, qualidade do ar, entre outros fatores que fazem parte de um processo muito mais amplo do que a dicotomia do ter ou não ter^{10,11,12}. Valores fisiológicos de eletrólitos, hormônios, entre outros, oscilam em um mesmo indivíduo e entre indivíduos diferentes, quando analisamos os valores dentro da população por meio da curva de distribuição, a maioria da população está mais próxima do centro, em torno do ponto médio, e uma pequena parte das pessoas está nos

extremos, sendo muito difícil delimitar o ponto exato em que a pressão arterial e o nível glicêmico repentinamente se tornam associados ou não ao risco de morte¹³.

Encorajados por interesses na venda de mais medicamentos para prevenção e tratamento de fatores de risco, além de inovação em mais aparelhos para *screening* e testes de rastreamento, a pressão pelo incremento da prevenção tem aumentado, há uma progressiva queda dos limites da pré-doença, particularmente com os valores pressóricos, níveis séricos de colesterol e níveis glicêmicos⁹. Atualmente, o rastreamento de fatores de risco como o colesterol classifica o indivíduo como dislipidêmico repercutindo em, provavelmente, um número maior de idas aos serviços de saúde, consultas médicas, exames laboratoriais, dietas específicas e, quiçá, a prescrição de medicamentos.

Será que a busca por doentes assintomáticos realmente reduz custos, diminui os sofrimentos e os danos? Será que não são geradores de ansiedade e causadores de doentes? Realmente estamos prevenindo doenças ou rotulando pacientes?

Assim, a premissa que “*prevenir é melhor que remediar*” tem sido alvo de debate tanto na literatura científica como nos periódicos nacionais e internacionais. Recentemente após uma publicação de um grupo de pesquisadores do *U.S. Preventive Services Task Force*, sobre as novas recomendações do rastreamento do câncer de mama (recomendação de rastreamento por meio da mamografia bianual para mulheres de 50 a 74 anos e não recomendação para as menores de 50 e maiores de 75 anos) nos *Annals of Internal Medicine*, suscitou-se o debate sobre os benefícios e possíveis malefícios das medidas de prevenção¹⁴. Reportagens em revistas e jornais desconsideraram a literatura científica e reforçaram a necessidade de rastrear, muitas vezes, de maneira indiscriminada, baseando-se na opinião de poucos, sem embasamento científico¹⁵.

O propósito das medidas preventivas é tentar reduzir a dor e o sofrimento humano, melhorar a qualidade de vida e prevenir as mortes que poderiam ser evitadas, não apenas identificar os fatores de risco aleatoriamente, pois o desenvolvimento de enfermidades é muito mais multifatorial que apenas a somatória dos fatores de risco¹⁰.

As medidas preventivas podem ser aplicadas individualmente ou em massa. A estratégia populacional é utilizada quando o risco estiver amplamente distribuído, afetando toda a comunidade, e as ações individuais deveriam ser direcionadas para indivíduos com alto risco de desenvolver determinadas doenças¹⁰.

Uma política de prevenção direcionada aos grupos de risco requer sustentação e mudanças pessoais do estilo de vida, atitudes ou uso de medicações, o que significa uma desvantagem em comparação com medidas que trazem benefícios derivados de mudanças passivas ou ações únicas e pontuais como a imunização, ou como a introdução do iodo no sal¹⁰. É mais difícil mudar hábitos de vida de uma minoria exposta a um maior risco, enquanto a maioria continua exercendo os hábitos usuais da comunidade, por exemplo, indivíduo parar de fumar, enquanto todos ao redor mantêm o tabagismo, ou mudar os hábitos, como dieta e atividade física, para tentar reduzir o peso de uma criança, quando ele vive em um ambiente obesogênico.

Rose defendia a necessidade de diretrizes políticas para a realização de rastreamento em grupos de risco; a primeira diretriz faz menção à necessidade de que para rastrear é necessário ter recursos adequados para o aconselhamento e o seguimento em longo prazo dos usuários rastreados; a segunda ressalta que as medidas de rastreamento têm maior custo efetividade quando realizadas em grupos de risco do que na população em geral, sendo melhor concentrar naquelas pessoas com maior probabilidade de serem beneficiadas; e que o propósito das medidas preventivas é avaliar o risco reversível:

“A proposta de avaliar o risco não é categorizar indivíduos de acordo com resultados dos exames ou testes, nem mesmo dos riscos totais, mas sim de identificar aqueles que terão mais benefícios por uma ação preventiva”¹⁰.

Nesse sentido, pesquisadores já advogavam sobre a necessidade de aplicar medidas preventivas baseadas em estudos e pesquisas, assim como são utilizadas para a introdução de novos medicamentos e tratamentos inovadores^{10,13}. Gervas *et al.* defendem que ações preventivas necessitam de mais cuidado que ações curativas, pois são oferecidas pelos profissionais (na maioria das vezes) aos usuários assintomáticos sem considerar os riscos e prejuízos que podem provocar, como os resultados falso-positivos e falso-negativos, além dos riscos próprios de cada teste de rastreamento. Para reduzir os danos, algumas condições deveriam ser respeitadas antes da aplicação indiscriminada de medidas de rastreamento na população em geral¹⁶.

Um teste de rastreamento deve ser aplicado em uma população aparentemente normal com o objetivo de identificar os indivíduos com alta probabilidade de desenvolverem determinada doença. Grande parte dos casos encontrados necessitará de outros métodos ou exames diagnósticos que confirmem a presença ou não da doença. A condição a ser rastreada

deve ser responsável por morbidade ou mortalidade significativa, caracterizando-se como um problema de saúde pública e ser uma prioridade local. Uma vez diagnosticada a doença, esta deve ser passível de confirmação diagnóstica e tratamentos aceitos pela população e ter um custo acessível para que tanto a comunidade como o país possam arcar. A condição investigada deve possuir uma fase pré-sintomática onde o tratamento possa mudar o curso da doença de um modo mais efetivo que quando tratado na fase sintomática. Um bom teste de rastreamento deve ter alta sensibilidade e especificidade, para reduzir o número de falsos-positivos que possam necessitar de uma possível investigação^{13,14,17,18}.

A tarefa da medicina preventiva não é dizer o que as pessoas deveriam fazer e sim analisar as opções, de tal modo que escolhas importantes possam ser baseadas por uma clareza de entendimento das questões, o que envolve a compreensão dos benefícios das medidas de PSPD, de suas limitações e inclusive de seus possíveis riscos¹⁰.

1.2 CONCEITOS DE PREVENÇÃO DE DOENÇAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Os conceitos de promoção de saúde e prevenção de doenças percorreram longos caminhos, desde os conhecidos modelos de níveis de aplicação de Leavell & Clark em 1965, seguidos dos conceitos de Lalonde, até as cartas e conferências dedicadas à promoção da saúde. Na esteira de Alma-Ata, várias outras cartas sobre promoção de saúde foram redigidas, com o objetivo de diminuir as iniquidades sociais e garantir acesso à saúde a todos¹¹.

O Brasil não ficou distante da discussão, com a Reforma Sanitária e culminando com a instituição do Sistema Único de Saúde, em 1988, que reagiu ao modelo biomédico e hospitalocêntrico, adota a saúde como direito e defende uma abordagem mais integral da saúde no Brasil¹. Nas últimas décadas, tornou-se mais importante cuidar da vida com intuito de diminuir a vulnerabilidade de adoecer, as incapacidades, o sofrimento crônico e a morte prematura¹². A promoção de uma vida mais saudável, a busca por produtos com menos agrotóxicos, a preservação da natureza e a defesa da sustentabilidade estão cada vez mais presentes na sociedade atual, e estas atitudes também são refletidas no campo da saúde pública e privada. Em sintonia com esse movimento, o Ministério da Saúde adota a Política Nacional de Promoção da Saúde que objetiva promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e risco à saúde relacionado aos determinantes – estilo de vida, condições de trabalho, de habitação, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais¹².

Quando se trata de estabelecer a linha (tênue) que divide as medidas de promoção de saúde das medidas de prevenção de doenças, encontramos um ponto crítico. A princípio eram classificadas como parte de um mesmo grupo, Leavell e Clark conceituavam a promoção da saúde como um aspecto da prevenção primária, juntamente com a proteção específica. Tais medidas da Prevenção Primária (proteção específica e promoção da saúde), Secundária e Terciária atuavam na tríade responsável pelo processo de adoecimento, agente, hospedeiro e o ambiente; o objetivo da aplicação destas medidas era evitar as doenças ou o seu agravamento, mas, atualmente, novos conceitos as diferenciam, ainda que seja mais fácil separá-las sobre o aspecto teórico que prático¹¹.

Segundo Gutierrez:

“Para a prevenção, evitar a enfermidade é o objetivo final e, portanto, a ausência de doenças seria um objetivo suficiente. Para a promoção da saúde, o objetivo contínuo é um nível ótimo de vida e de saúde; portanto, a ausência de doenças não é suficiente, já que perante qualquer nível de saúde registrado em um indivíduo sempre haverá algo a ser feito para promover um nível de saúde melhor e condições de vida mais satisfatórias.” (Gutierrez *et al.*, apud CZERESNIA, pág. 37, 2009)¹¹

Buss menciona que o enfoque da promoção da saúde está direcionado para os macrodeterminantes do processo de saúde-doença, busca mudar as condições de vida, com intuito de melhorar a qualidade de vida das pessoas, aponta para tomada de decisão no âmbito individual e, principalmente, coletivo¹³.

Já na prevenção, o seu foco é a doença, está mais associada à prevenção da instalação de doenças, por meio da identificação, controle e enfraquecimento dos fatores de riscos, que a gênese desses riscos^{1,11}. Gérvas *et al.* definem a prevenção de doenças como:

“Todas as atividades preventivas que podem ser realizadas pelos médicos com seus pacientes durante uma entrevista clínica com o objetivo de evitar danos maiores no futuro, graças à detecção de sinais e sintomas de diferentes graus de relevância”¹⁹.

A prevenção tem como foco de atuação os grupos populacionais com risco de desenvolver determinadas enfermidades, tendo uma atuação em grupos de risco, enquanto a promoção tem como objetivo melhorar as condições de vida, para que sejam mais adequadas e dignas para toda a população.

Entendendo que as duas ideias não são antagônicas e sim complementares, as medidas de prevenção de doença e promoção da saúde fazem parte de um conjunto de medidas que constituem o que chamamos de “Exame Periódico de Saúde” (EPS). Segundo Stachenko, o

EPS é o novo conceito do *check-up* e é uma estratégia mais racional que o ultrapassado exame anual de saúde; caracteriza-se pela aplicação das medidas de PSPD em usuários sem queixas específicas com a intenção de identificar e modificar fatores de risco, evitando o aparecimento de doenças, ou estados patológicos em estágios precoces, visando a deter a progressão do processo uma vez estabelecido. O EPS segue os seguintes princípios²⁰.

- Os exames e procedimentos são repetidos a intervalos determinados por evidência científica e epidemiológica, e não aleatoriamente.
- São agrupados em pacotes que facilitam a aplicação durante os atendimentos e não acrescentam consultas dos usuários nos serviços de saúde exclusivamente para esse fim.
- São aplicados em qualquer encontro entre o usuário e o profissional de saúde.
- Não são incluídos testes de triagem ou procedimentos que não tenham evidência de efetividade, por exemplo, a indicação de radiografia de tórax para tabagistas.

O EPS é composto pelos módulos de rastreamento, aconselhamento, imunização e quimioprofilaxia. Pretende utilizar o tempo e os recursos do exame anual de saúde de maneira mais eficiente, pois direciona as medidas para os grupos de risco. Alguns autores defendiam a ideia de que a aplicação do EPS poderia ser auxiliada pelo emprego de “protocolos de prevenção” e deveriam ser aplicados de maneira sistemática aos usuários dos serviços de saúde, quando entram em contato com o serviço em qualquer nível do sistema de saúde.

1.3 MEDIDAS DE PSPD NO MUNDO

Em 1976, durante a *Conference of Deputy Ministers of Health of the ten Canadian province* foi fundado o grupo *Canadian Task Force on Periodical Health Examination* (CTFPHE) que tinha como objetivo determinar o papel do EPS na proteção da saúde da população e recomendar um plano de medidas de prevenção que cobrisse todas as fases de vida. A primeira publicação, em 1979, já recomendava substituir o *check-up* anual pelo EPS que apresentava uma série de medidas específicas por idade e sexo dos indivíduos. Com uma metodologia similar, em 1984, a *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF) começou a revisar a efetividade de 169 atividades preventivas e, em 1989, publicou o

primeiro *Guide to Clinical Preventive Services* que incorporava as medidas do EPS relacionadas com idade, sexo e fatores de risco dos pacientes²¹.

Outra iniciativa importante ocorreu em 1988, quando a *Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitária* (SEMFyC), por meio dos próprios profissionais da atenção primária, institui o *Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud* (Papps) organizado por meio de grupos de trabalho constituídos por especialistas, em diferentes âmbitos, que criaram pacotes de medidas de PSPD para crianças, adultos e saúde mental^{22,23}.

A elaboração das recomendações realizadas pelas sociedades segue várias etapas, mas prioriza utilizar critérios explícitos de modo a formular as recomendações baseadas na qualidade das provas científicas publicadas, valorizando as características dos desenhos e a análise dos estudos encontrados. No CTFPHE, os critérios são sustentados por quatro aspectos: definição dos critérios de efetividade, revisão das provas científicas; organização do processo e desenho das normas para a prática clínica²⁴.

A definição dos critérios de efetividade dos testes analisa não só a sensibilidade, especificidade, o valor preditivo positivo e negativo do método na população a ser investigada, mas se a intervenção proposta tem probabilidade de produzir mais benefício para a qualidade de vida do usuário que dano, se a detecção precoce da doença rastreada em pessoas assintomáticas produz melhor resposta que naquelas sintomáticas. Considera a simplicidade, a segurança e a comodidade para a realização do teste, além de ponderar o efeito que o rótulo de uma doença pode pesar sobre a vida de um paciente²⁴.

Outro aspecto importante é a criteriosa revisão das provas científicas cuja avaliação passa pelo tipo de estudo, tamanho da amostra, tratamento das variáveis de confusão, a estatística, as características da população, a especificação prévia da amostra, os métodos de análise dos dados, etc. Depois de uma padronização, os revisores fazem sínteses, identificam padrões e avaliam os testes e estabelecem as normas²⁴.

O terceiro aspecto é chamado de organização do processo, quando se organizam os temas a serem revisados, a divisão dos temas pelos revisores e a realização de encontros anuais onde se realizam conferências e debates sobre os temas escolhidos até a chegada de um consenso, conservando a uniformidade e imparcialidade do processo²⁴.

E por último, realizam o desenho das normas científicas para o contexto da prática clínica, por meio dos graus de recomendação que refletem a força da evidência científica e a magnitude dos seus benefícios²⁴.

Desde 1978 várias atualizações foram realizadas, não somente pelo CTFPHE, mas também pelo *American Task Force* e pelo Papps, considerando novos testes de rastreamento e tratamentos efetivos que são resultados de pesquisas mais atualizadas.

1.4 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Há mais de 25 anos a OMS vem advogando em prol dessas ações preventivas, e a Atenção Primária à Saúde (APS) passou a fazer parte da agenda das políticas públicas de saúde no Brasil e em vários países. Foram realizadas várias reformas na organização dos sistemas de saúde que tiveram um salto na década de 1990 com a sugestão de investimento na APS como forma de diminuir as iniquidades sociais e garantir acesso a todos. Em países como Espanha, Canadá e Inglaterra, o eixo do novo sistema de saúde passou a ser estruturado a partir da APS.

No Brasil foram implementadas várias mudanças na organização do sistema público de saúde, com o intuito de colocar a APS como eixo principal do sistema de saúde. Assim, comemoramos 20 anos da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), uma política do Estado brasileiro para melhorar a qualidade de vida e afirmação do direito à vida e à saúde.

Celebramos também 15 anos da implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em franco crescimento que responde pela reestruturação da atenção básica, erguida pelos pilares da promoção da saúde e da prevenção da doença. A ESF assume o compromisso de prestar atendimento universal, integral e equânime ao indivíduo e à sua família, em sintonia com os princípios da universalidade, equidade e integralidade das ações, preconizados pelo SUS²⁵. Caracteriza-se como a principal porta de entrada do usuário no sistema de saúde, promovendo o acesso a serviços primários e a outros níveis de atenção, quando necessários. Promove a saúde da população e da comunidade adstrita por meio de novas práticas, priorizando o bem-estar da comunidade, estimulando a participação popular no diagnóstico e na busca de soluções para problemas sociais e biológicos existentes no território, de forma resolutiva e integral. A ESF é responsável pelo seguimento longitudinal da população cadastrada independentemente da idade, sexo e da presença ou não de enfermidades, tendo

como foco de atenção o indivíduo e sua família e considerando a comunidade como pano de fundo.

Entendendo que a APS possibilita vários encontros entre os usuários, a equipe de saúde torna-se um local privilegiado para a aplicação de medidas de rastreamento e promoção de hábitos saudáveis. Relatos na literatura nos mostram que, em cinco anos, toda a população adstrita passa pelos serviços da atenção primária, cerca de 70% da população de uma área busca os serviços de saúde no período de um ano, e a média de consultas por indivíduos é de aproximadamente quatro vezes por ano¹³. Corroborando estes dados, Wyke demonstrou que 79,1% da população da Nova Zelândia e 82% dos australianos visitaram o serviço de atenção básica ao menos uma vez em doze meses, e que usuários da União Europeia buscaram o atendimento médico, em média, 6,2 vezes em 1996²⁶. Diante desses dados, a APS torna-se o cenário perfeito para a aplicação de medidas preventivas.

Para cumprir as diretrizes determinadas pelo Ministério da Saúde, a equipe de Saúde da Família precisa organizar a assistência para combinar o atendimento das necessidades imediatas de consultas médicas, odontológicas e de enfermagem e prioritariamente realizar ações de promoção de saúde e prevenção de doenças.

1.5 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E EXAME PERIÓDICO DE SAÚDE

Entendendo que as medidas de prevenção e promoção devem ser praticadas por todos profissionais que atuam na Saúde da Família e que a APS é um ambiente singular para a aplicação do EPS, surgiu a necessidade de buscar um instrumento que auxiliasse essa equipe de saúde na organização e realização de práticas de prevenção e promoção que fossem viáveis, cientificamente comprovadas e adequadas aos recursos disponíveis. Além disso, que permitissem planejar as ações necessárias para a comunidade, face aos recursos humanos, orçamentários, entre outros fatores, disponíveis.

Após revisão da literatura foi elaborado, em 2003, um protocolo do EPS com a participação de um grupo de professores, médicos assistentes e médicos residentes de Medicina de Família e Comunidade (MFC) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP). O EPS contemplava medidas de rastreamento, aconselhamento e quimioprofilaxia com grau de recomendações A e B, seguindo as diretrizes do *American Task Force*, do *Canadian Task Force*, do Papps da Espanha e do Ministério da Saúde, porém com adaptações para a realidade local. Além do

protocolo, foram criados instrumentos (tabelas e fichas de registros das medidas) que facilitavam o emprego das medidas preventivas²⁷.

Após um período de teste, o EPS foi implantado em um serviço de Saúde da Família da FMRP-USP e depois de um ano foram identificados alguns obstáculos para sua implantação, como a dificuldade de incorporar ações preventivas nas práticas diárias de saúde e envolver todos os profissionais da equipe²⁸.

Em 2008, o protocolo foi novamente revisado, atualizado e formatado como um “Guia de Atividades Preventivas para Profissionais de Saúde”²⁹. Foi implantado em cinco unidades de Saúde da Família do Centro de Atenção Primária e Saúde da Família (CAPSF) da FMRP-USP, cujas equipes participaram de um treinamento sobre os pontos importantes da implementação de um protocolo de prevenção e orientações sobre a utilização do Guia de Atividades Preventivas. Após seis meses do treinamento, avaliou-se o registro da aplicação das medidas de prevenção nos prontuários das unidades de saúde da família selecionadas. Os resultados mostraram que a estratégia utilizada não surtiu efeito, pois não houve diferença entre o registro da aplicação das medidas antes e depois do treinamento³⁰.

Tais resultados são consoantes com os achados de pesquisas que afirmam que, apesar da importância da aplicação das medidas de prevenção e promoção serem amplamente difundidas nos serviços de saúde de APS, há baixas taxas de adesão a esta prática. Alguns autores justificam esta baixa implantação à valorização das ações curativas pelos profissionais, além do pouco tempo disponível para aplicação do EPS^{23,31}.

Outros obstáculos para a aplicação das medidas de prevenção no dia a dia das equipes são a existência de outras prioridades, o medo de prejudicar o paciente e mesmo o desconhecimento dos níveis de evidência para aplicação das medidas. Pimlott discute a dificuldade que os médicos de família enfrentam diante das discrepâncias existentes entre sociedades sobre as medidas de rastreamento de neoplasias, muitas das quais não têm nível de evidência e são recomendadas por algumas sociedades e difundidas pela mídia, seja jornal, programas de televisão, rádio, sites na Web³².

Outra dificuldade encontrada é o aumento na lista de medidas preventivas que deveriam ser aplicadas aos usuários, pois demandam uma fatia muito grande do tempo disponível para a assistência. Discute-se que para aplicar todo o rol de prevenção e promoção

de algumas sociedades seriam necessárias 7,4 horas por dia ou 1.773 horas anuais para um médico com 2.500 pacientes³².

Zurro argumenta sobre a necessidade de priorizar a aplicação das medidas de acordo com o contexto do usuário e do serviço. Defende também que, com a inovação tecnológica da informática, poderiam ser utilizados instrumentos que facilitassem o registro, criação de recordatórios e alertas de medidas que precisariam ser aplicadas³³.

Tais recursos estão disponíveis nos serviços de atenção primária da Comunidade Autônoma de Madri (CAM). Ademais a Semfyc, em 1998, foi pioneira entre os países da Europa em desenvolver um Guia de Atividades Preventivas, conhecido como Papps. Estes protocolos são adotados voluntariamente pelas equipes dos centros de saúde, e os profissionais que participam do Papps periodicamente atualizam as medidas de prevenção clínica e avaliam o seu emprego pelos profissionais de saúde.

Além do Papps, os profissionais de saúde da CAM contam com uma Carteira de Serviços Padronizados da Atenção Primária, que funciona como um catálogo de serviços oferecidos aos usuários do Sistema Nacional de Saúde, em função dos problemas de saúde e necessidades mais comuns da população. São priorizadas as atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde, além dos problemas mais prevalentes da população atendida na atenção primária. É uma ferramenta para avaliar a qualidade do serviço prestado por meio do cumprimento dos critérios padronizados tanto para a cobertura como para os indicadores de boa qualidade da assistência prestada. Ela foi elaborada por 125 participantes de distintas sociedades científicas e especialistas no assunto. É incorporada aos sistemas de informação existentes, integrada à evolução clínica dos usuários, e os dados são exportados automaticamente para a avaliação pelos próprios centros de saúde e nas centrais responsáveis pela análise e avaliação dos indicadores³⁴. Talvez isso explique porque a Espanha é considerada o país europeu onde mais se aplicam as medidas de prevenção e promoção de saúde²³.

2. JUSTIFICATIVA

Face aos resultados encontrados sobre o baixo registro das medidas de rastreamento das DCNTs no Brasil e à ausência de parâmetros na literatura nacional, optamos por comparar o registro das medidas preventivas dos centros de saúde brasileiros com os serviços espanhóis, considerados como referência no assunto.

Acredita-se que serviços de saúde de municípios de pequeno porte possuem mais tempo para assistir seus usuários e mais tempo para empregar medidas preventivas. A partir desta premissa, optamos por comparar o registro das medidas de PSPD aplicadas pelos profissionais que atuam em municípios de pequeno, médio e grande porte do Brasil e da Espanha.

Para analisar a percepção, conhecimento e principais obstáculos para a aplicação das medidas de prevenção, entrevistamos médicos e enfermeiros das equipes de atenção primária que prestam assistência clínica aos usuários dos serviços de saúde selecionados dos dois países.

A comparação dos serviços não se resume em preconizar cópia ou a simples transferência das experiências dos serviços estudados, trata-se de encontrar referências para a busca de novos caminhos³⁵.

Dessa forma, o reconhecimento de outros serviços com ampla experiência na aplicação das medidas de prevenção de doenças e promoção de saúde pode ser de grande valia para o desenvolvimento dessas atividades no Brasil.

O presente estudo busca, assim, preencher uma lacuna importante existente na literatura brasileira nesse campo de conhecimento.

3. OBJETIVOS

3.1. GERAL

Analisar a percepção e prática de médicos e enfermeiros de Unidades de Saúde da Família no Brasil e na Espanha quanto à aplicação das medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças.

3.2. ESPECÍFICOS

3.2.1. Comparar o conhecimento e emprego de medidas de prevenção por médicos e enfermeiros de equipes de Saúde da Família de municípios de pequeno, médio e grande porte da Espanha e do Brasil.

3.2.2. Analisar o registro das medidas preventivas aplicadas aos usuários, durante os atendimentos clínicos realizados pelos profissionais e serviços já descritos anteriormente.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo do tipo transversal, onde analisamos a percepção dos profissionais sobre as medidas preventivas por meio de um questionário estruturado e a sua aplicação na prática clínica com o registro das medidas em prontuários, durante os atendimentos médicos e de enfermagem em serviços de APS de municípios de pequeno, médio e grande porte do Brasil e da Espanha.

4.2 CAMPO E LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em dois países onde a saúde é um direito do cidadão estabelecido pela Constituição e que têm políticas públicas que apontam para a APS como estratégia estruturante do Sistema Público de Saúde.

O primeiro campo localiza-se no interior de São Paulo, em serviços de Saúde da Família de três municípios vinculados à FMRP-USP.

Outro campo de estudo foram os serviços de APS distribuídos em seis municípios de pequeno, médio e grande porte da Comunidade Autônoma de Madri, na Espanha, alguns com vínculos com a *Universidad Autónoma de Madrid* (UAM).

Classificamos os municípios como “pequeno” porte aqueles que possuíam até 10.000 habitantes, os de “médio” porte aqueles municípios que possuíam uma população de 10.000 a 100.000 moradores e os municípios de “grande” porte aqueles que possuíam um número maior de 100.000 habitantes. Quando citamos os municípios brasileiros de pequeno, médio ou grande porte, estamos nos referindo aos serviços de saúde selecionados dos municípios estudados, o mesmo ocorre quando nos referimos aos municípios espanhóis.

4.3 SERVIÇOS DE SAÚDE DA ESPANHA E DO BRASIL

4.3.1 Municípios espanhóis

Mapa 1 – Mapa da Espanha com destaque da Comunidade Autónoma de Madrid e suas Áreas de Saúde, 2010

Extraído de:

www.msc.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/busquedaCA/detalleHospitalesCA.jsp?comunidad=13

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) da Espanha está estruturado de forma a garantir que todos os cidadãos espanhóis e os estrangeiros com residência estabelecida no território tenham direito de proteção à saúde e à atenção sanitária, conforme estabelecido pela Constituição Espanhola de 1978³⁶.

A organização do SNS atende à lógica dos seus princípios. Uma vez que defende a universalidade, o SNS foi estruturado de forma a promover equidade ao acesso a todos os cidadãos, por meio do financiamento público, cujos gastos são avaliados por critérios de efetividade. Assim, o SNS baseia-se em dois níveis de assistência, o nível primário, com acesso fácil e alta resolubilidade em relação aos problemas mais frequentes e o secundário, com nível tecnológico e diagnóstico mais elevado, tendo acesso apenas aqueles usuários encaminhados pelo nível primário³⁷.

As atividades de promoção e prevenção são realizadas na atenção primária que está organizada em centros de saúde e consultórios. Nos centros de saúde trabalham médicos de família, enfermeiros, agentes administrativos e, às vezes, assistentes sociais e matronas (enfermeiras responsáveis pela realização do rastreamento do câncer de colo uterino e realização de pré-natal.). Em um mesmo centro de saúde, trabalham várias equipes de saúde da família que se dividem entre o turno matutino (7:00 às 15:00 horas) e o vespertino (14:00 às 22:00 horas). Ademais, o SNS dispõe de outros recursos de apoio à atenção primária como

os centros de planejamento familiar, os centros de saúde mental comunitário e unidades de fisioterapia. Cada médico generalista ou pediatra tem como média cerca de 1.500 pessoas adscritas, variando entre 1.350 e 1.800 pessoas³⁸.

A assistência à saúde na CAM está organizada de acordo com Áreas de Saúde que são demarcadas geograficamente. Cada Área de Saúde se subdivide em Zonas Básicas de Saúde que são o marco territorial da APS, onde se desenvolvem as atividades sanitárias dos centros de saúde. Cada Área dispõe de um hospital geral de referência, onde também são atendidos os casos especializados³⁹.

Em Madri a rede de assistência à saúde está integrada por 11 Áreas de Saúde, com 253 centros de Saúde, 157 consultórios, totalizando 410 centros de APS^{38,39}.

Foram selecionadas as Áreas de Saúde “2” e “5” da CAM de Madri para realização da pesquisa. As áreas selecionadas possuem vários centros de saúde que funcionam como campo de estágio de graduandos e pós-graduandos da Faculdade de Medicina da UAM.

Área 2

Possui uma população de 458.555 habitantes, correspondendo a 9% da população total de Madri. Está estruturada em dois níveis, um nível de atenção especializada que inclui os hospitais e um nível de atenção primária. A Área está dividida em três distritos (Coslada, Salamanca e Chamartin) que são integrados por 19 Zonas Básicas de Saúde que conta com 21 centros de saúde, dois centros de especialidades ambulatoriais, além de três hospitais de referência³⁹.

Mapa 2 – Localização da Área 2 na Comunidade Autônoma de Madri, Espanha, 2010

Extraído de: www.msc.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS

Está dividida em duas zonas distintas, uma região urbana e uma periurbana, constituída pelos municípios de Coslada, San Fernando de Henares, Mejorada Del Campo e Velilla de San Antonio que se concentram ao redor de Madri³⁹.

Área 5

A Área 5 tem uma população total de 605.928 habitantes, sendo 51,84% de mulheres e 48,16% de homens. Está dividida em quatro distritos (Alcobendas, Colmenar Viejo, Tetuan e Fuencarral) integrados por 34 Zonas Básicas de Saúde que dispõem de 127 centros de saúde, nove hospitais, sendo seis públicos e três privados, além de quatro centros de especialidades, entre outros recursos⁴⁰. Assim como na Área 2, é constituída por uma área urbana e periurbana compreendida por 48 municípios localizados no distrito de Alcobendas, ao redor de Madri.

Mapa 3 - Localização da Área 5 na Comunidade Autônoma de Madri, Espanha, 2010

Extraído de: www.msc.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS

Foram sorteados 15 centros de saúde nas Áreas “2” e “5” localizados em seis municípios de pequeno, médio e grande porte, assim distribuídos: um centro de saúde nas cidades de Velilla de San Antonio, Algete e Torrelaguna, dois centros em Coslada e Alcobendas e oito em Madri. Foram selecionados sete centros de saúde vinculados à UAM e oito que não possuem ligação com a UAM, conforme Tabela 1:

Tabela 1 - Distribuição dos centros de saúde da Espanha selecionados de acordo com o porte do município e o vínculo ou não com a *Universidad Autónoma de Madrid*, 2010

Tamanho dos Municípios	Área 2		Área 5	
	CS* docente	CS não docente	CS docente	CS não docente
Pequeno porte	-	Velilla de San Antonio	-	Algete Torrelaguna
Médio porte	Jaime Vera	La Estación	La Chopera	Marques de la Valdavia
Grande Porte	Goya Santa Hortensia	Baviera Potosí	Peñagrande Ciudad de los Periodistas	Villaamil Mirasierra

*CS = Centro de Saúde

4.3.2 Municípios brasileiros

Os municípios estudados estão na região nordeste do Estado de São Paulo. Foram selecionados municípios de pequeno, médio e grande porte, distribuídos conforme mapa abaixo:

Mapa 4 - Localização dos municípios estudados no Estado de São Paulo, Brasil, 2010

Fonte: Ficheiro: SãoPaulo Municip MorroAgudo.svg. Raphael Lorenzeto de Abreu- modificado

4.3.2.1 Cássia dos Coqueiros

O primeiro deles, Cássia dos Coqueiros, está na divisa do Estado de São Paulo com Minas Gerais, com de cerca de 2.800 habitantes, distribuídos entre a zona urbana (56,4%) e rural (43,6%). O nível socioeconômico da população ainda é considerado baixo, apesar do aumento da renda per capita de R\$ 158,71 (1991) para R\$ 241,38 em 2000, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ⁴¹. A assistência à saúde é realizada por

meio do “Centro Médico Social Comunitário Pedreira de Freitas” que dispõe de uma equipe de Saúde da Família com seis agentes comunitários que cobrem 100% da população estimada⁴². A criação da unidade de saúde foi idealizada em 1960 pela FMRP-USP para prover atendimento básico à comunidade em parceria com a Secretaria de Saúde Municipal, e desde então o serviço conta com participação de professores, estudantes de graduação do curso de medicina, pós-graduandos, além de médicos residentes de MFC do Hospital das Clínicas da FMRP⁴³. Além da equipe, outros profissionais dão retaguarda aos casos de urgência e emergência (24 horas). Os casos de maior complexidade clínica, que necessitam de assistência secundária ou de exames complementares mais complexos, são encaminhados para outros municípios da região⁴¹.

4.3.2.2 Morro Agudo

Outro município estudado foi Morro Agudo, o quarto município do Estado em extensão territorial, com uma população estimada de 28.562 habitantes divididos entre a área urbana (89,6%) e área rural (10,4%)⁴⁴. É um município agrícola, sendo considerado um grande produtor de cana-de-açúcar do Brasil. O sistema público de saúde está organizado em serviços de atenção primária e secundária.

A APS está estruturada com um centro de saúde, duas unidades básicas de saúde e cinco equipes de Saúde da Família, com 24 agentes comunitários cadastrados e uma cobertura populacional da ESF de 65,73%⁴². Atualmente são cinco Núcleos de Saúde da Família (NSF) distribuídos no município, com planos de expansão com a implantação de mais um NSF.

Dispõe ainda de um Núcleo de Saúde Mental, o Centro de Atenção Psicossocial, o Centro Integrado de Atendimento Público com atendimento de fisioterapia, fonoaudiologia e acupuntura, além do hospital que atende às demandas de urgência e emergência⁴⁵.

Há um convênio firmado há três anos entre a FMRP e a Prefeitura de Morro Agudo que possibilita o estágio de estudantes do 6º ano do curso de medicina nas equipes de Saúde da Família e nos plantões, no serviço de urgência do hospital.

4.3.2.3 Ribeirão Preto

A cidade de Ribeirão Preto tem 570.000 habitantes, com 99,69% de grau de urbanização e cobertura de cerca 99% de coleta de lixo e abastecimento de água, segundo dados da Fundação Sistema Estadual de Análises de Dados (Seade) de 2009⁴⁴. O sistema de

saúde está dividido entre os níveis primário, secundário e terciário, integrados por um complexo de regulação. A atenção primária está organizada em unidades básicas de saúde, unidades materno-infantis e unidades de Saúde da Família. A implantação da Estratégia Saúde da Família em Ribeirão Preto iniciou em 1999 com a criação do primeiro NSF da FMRP, no distrito oeste, que teve o objetivo de auxiliar na formação de estudantes de graduação, pós-graduação dos diversos cursos do *Campus* da USP e residentes de MFC do Hospital das Clínicas da FMRP-USP. Com o decorrer dos anos, foram criados mais quatro NSF pela FMRP, contudo a implantação da ESF em Ribeirão Preto anda a passos lentos, atualmente em todo o município existem 21 equipes de saúde da família implantadas, cobrindo 12,98% da população e 338 agentes comunitários cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), aumentando, assim, a cobertura populacional para 34,82%^{42,46}.

Foram selecionados como local de pesquisa os cinco NSF do CAPSF da FMRP de Ribeirão Preto, distribuídos no distrito oeste, constituídas pela equipe mínima preconizada pelo Ministério da Saúde, além de quatro a cinco residentes de Medicina de Família e Comunidade do Hospital das Clínicas da FMRP-USP. Além desses profissionais, os Núcleos contam com a participação de docentes e estudantes de várias unidades do *Campus* da USP.

4.4 POPULAÇÃO DE ESTUDO

No Brasil, foram convidados a participar todos os médicos e enfermeiros dos cinco Núcleos de Saúde da Família vinculados à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, dos quatro Núcleos de Morro Agudo e do Centro Médico Social Comunitário “Pedreira de Freitas”. No município de Morro Agudo, um Núcleo estava sem médico no período das entrevistas, totalizando 19 entrevistas.

Em Madri foram selecionados 15 centros de saúde por amostra casual simples, onde foram convidados a participar ao menos um médico e um enfermeiro do período da manhã e outra dupla do período da tarde. Em alguns centros, mais de uma equipe se prontificou a responder, totalizando 64 entrevistas, representando cerca de 22,% de todos os médicos de família e enfermeiros dos centros de saúde estudados.

4.5 AMOSTRAGEM DOS PRONTUÁRIOS

Para calcular o número de prontuários a serem revisados em cada município, realizamos o cálculo amostral utilizando o software EpiInfo 6.04, considerando uma população amostral de 4.000 prontuários por serviço de saúde nos municípios de Morro Agudo, Ribeirão Preto e Cássia dos Coqueiros. A proporção de registros em prontuários utilizada foi de 35%, com margem de erro de 9% e intervalo de confiança de 95%. A margem de erro utilizada e a proporção dos registros foram utilizadas de acordo com dados encontrados na literatura²⁹. O cálculo do tamanho amostral mínimo de cada município resultou em 105 prontuários. O sorteio foi realizado utilizando amostragem sistemática.

Foram analisados 404 prontuários, dos quais 164 são prontuários de Ribeirão Preto, 120 de Morro Agudo e 120 de Cássia dos Coqueiros. Nos municípios em que foram selecionados mais de um serviço (Ribeirão Preto e Morro Agudo), o número de prontuários revisados foi dividido igualmente para cada unidade de saúde (cinco unidades em Ribeirão Preto e quatro em Morro Agudo). Uma vez estabelecido o número de prontuários a serem revisados por unidade de saúde, eles foram selecionados a partir das microáreas de cada centro de saúde.

Foram considerados todos os prontuários individuais de usuários maiores de 18 anos que passaram por duas consultas, no período de dezembro de 2007 a dezembro de 2009.

Na Espanha foram verificados todos os registros eletrônicos das medidas preventivas selecionadas presentes na Carteira de Serviços de todos os usuários cadastrados, maiores de 18 anos, durante os últimos dois anos. Os dados foram disponibilizados pelo Setor de Gestão e Seguimento dos Objetivos da Atenção Primária do Sistema de Saúde de Madri.

4.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

4.6.1 Aplicação do questionário

Foram aplicados questionários aos médicos e enfermeiros dos serviços selecionados que aceitaram o convite para participar da pesquisa. Os médicos residentes do programa de Medicina de Família e Comunidade foram excluídos do processo por entender que ainda estão em período de formação.

4.6.2 Revisão dos prontuários

No Brasil os prontuários foram selecionados por amostragem sistemática, e a análise do registro das medidas de prevenção ocorreu por meio da revisão de todas as anotações realizadas no prontuário individual, no período estudado, além dos laudos de exames complementares arquivados nos mesmos. Os prontuários que não se enquadravam nos critérios de inclusão foram excluídos e substituídos pelos prontuários seguintes.

Na Espanha, como dispõem de prontuários eletrônicos foram levantadas todas as medidas preventivas registradas pelos médicos e enfermeiros, durante os dois últimos anos, de todos os usuários cadastrados nos serviços de saúde.

Critérios de inclusão:

- Usuários cadastrados nos serviços de saúde selecionados que passaram por pelo menos duas consultas, no período de dezembro de 2007 a dezembro de 2009.
- Idade maior que 18 anos

Critérios de exclusão:

- Gestantes;
- Usuários com doenças graves ou em estado terminal;
- Usuários menores de 18 anos;
- Usuários sem prontuário individual ou não cadastrados nos serviços;
- Pacientes que mudaram da área ou que faleceram, que tiveram seus prontuários retirados do arquivo ativo.

4.7 INSTRUMENTOS DE COLETA

Para conhecer a percepção dos profissionais sobre as medidas preventivas, utilizamos um questionário que foi aplicado aos médicos e enfermeiros dos dois países.

Para analisar o registro dessas medidas nos prontuários dos serviços de saúde do Brasil, adotamos uma Ficha de Registro das Medidas de PSPD que continha as medidas de rastreamento e prevenção do Guia de Atividades Preventivas para Profissionais de Saúde²⁹. Nos serviços de saúde da Espanha, a busca pelo registro se deu por meio pelo Setor de Gestão e Seguimento dos Objetivos da Atenção Primária do Sistema de Saúde de Madri. Buscou-se, nos prontuários eletrônicos da população cadastrada, o registro das medidas preventivas presentes na Carteira de Serviços Padronizados da Atenção Primária. Foram levantadas as mesmas medidas preventivas pesquisadas no Brasil.

4.7.1 Questionário

Aplicamos um questionário estruturado utilizado previamente em Ribeirão Preto que identifica o perfil dos profissionais entrevistados, sua opinião sobre as medidas de prevenção de doenças e promoção da saúde, o conhecimento específico sobre o tema, assim como obstáculos para a aplicação das medidas³⁰ (Apêndice A).

O questionário foi traduzido e adaptado à realidade espanhola pela pesquisadora, em parceria com o serviço de Medicina Preventiva do Hospital Universitário La Paz – Madri, como parte do projeto de pesquisa *La aplicación de medidas de promoción de la salud y prevención de enfermedades por los profesionales de atención primaria em Madrid* (Apêndice B). Foram retiradas seis questões do questionário brasileiro, relacionadas com as fontes de informação nacional de promoção/prevenção e foram acrescentadas ao questionário espanhol questões relacionadas ao perfil do profissional, se adjunto ou suplente, o tipo de residência médica e três questões relacionadas com a adesão ao Papps do serviço de saúde. Nas questões referentes aos profissionais das equipes de saúde, incluímos a matrona e excluímos o agente comunitário de saúde, pois este não faz parte do rol de profissionais da atenção primária da Espanha.

Variáveis do Questionário

O questionário brasileiro continha 43 variáveis nominais, e o questionário adaptado à realidade espanhola possuía 42 variáveis, assim divididas:

4.7.1.1 - Identificação do profissional

1. **Número:** foi atribuído a cada entrevista para colaborar na identificação das entrevistas
2. **Data:** dia, mês e ano da realização da entrevista
3. **Nome:** Iniciais dos profissionais entrevistados
4. **Sexo:** masculino ou feminino
5. **Data de nascimento:** mês e ano do nascimento dos entrevistados
6. **Profissão:** médico ou enfermeiro
7. **País:** Brasil ou Espanha
8. **Área:** Utilizado apenas no questionário espanhol, identificava se a área que estava sendo estudada era a Área 2 ou 5.
9. **Serviço:** Nome ou número do centro de saúde estudado.

10. **Período de atuação:** presente apenas no questionário espanhol e identificava o período de trabalho, se matutino ou vespertino.

4.7.1.2 – Perfil profissional

11. **Tempo de conclusão da graduação:** tempo de formado

12. **Possuir especialização ou Residência de Medicina de Família e Comunidade.** Caracterizar a especialização dos profissionais e se o médico possuía outra residência médica e qual a agência reguladora.

13. **Médico suplente ou adjunto:** Esta variável identificava o vínculo do profissional com o serviço, ou seja, se era fixo da equipe ou se trabalhava em várias equipes em caráter substitutivo. Foi aplicada apenas aos profissionais espanhóis.

14. **Tempo de trabalho em uma equipe de APS:** tempo de atuação em serviços de atenção primária.

15. **Tempo de trabalho na atual equipe de APS:** avaliava o tempo que o profissional está vinculado à atual unidade de saúde, para avaliar o grau de rotatividade dos profissionais.

4.7.1.3 – Adesão ao Papps

16. **Vínculo do Centro de Saúde ao Papps:** variável exclusiva do questionário espanhol; teve como objetivo identificar os centros de saúde que voluntariamente se vincularam ao Papps

17. **Tempo de vínculo ao Papps:** esta questão também foi exclusiva do questionário espanhol e analisava o tempo que a unidade estava oficialmente vinculada ao programa de prevenção de doenças da sociedade espanhola de MFC.

18. **Pacotes de prevenção do Papps:** os pacotes de prevenção que são realizados nos serviços de saúde selecionados dentro da Espanha que são divididos em pacotes de prevenção de doenças no adulto, criança e saúde mental.

4.7.1.4 – Opinião dos profissionais sobre as medidas de PSPD

19. **Importância:** o valor das medidas de PSPD, segundo a opinião dos profissionais.

20. **Emprego das medidas de PSPD:** esta variável objetivava conhecer a aplicação das medidas de prevenção pela equipe, durante as atividades da unidade.

21. Aplicação das medidas de PSPD na prática diária: questionamos sobre o emprego das medidas de PSPD, no atendimento diário da população assistida.

22. Tipo de contato mais adequado: nesta variável perguntamos aos profissionais o local mais apropriado para aplicação das medidas de PSPD, se durante as consultas agendadas, eventuais, as visitas, grupos e acolhimento.

23. Responsabilização dos membros da equipe pelo emprego do aconselhamento: quem da equipe deveria ter a responsabilidade de realizar o aconselhamento.

24. Responsabilização dos membros da equipe pelo emprego do rastreamento: quem da equipe deveria ter a responsabilidade de realizar o rastreamento.

25. Responsabilização dos membros da equipe pela vacinação: quem da equipe deveria ter a responsabilidade de revisar e atualizar o cartão vacinal.

26. Motivação do profissional: o grau de motivação dos profissionais para aplicar as medidas de PSPD.

27. Conhecimento do profissional: a opinião do profissional sobre o seu conhecimento para empregar as medidas de PSPD.

28. Coordenação e entrosamento: se existe um ambiente de trabalho que facilite a aplicação das medidas de PSPD durante os encontros com os usuários.

4.7.1.5 – Conhecimento específico, aplicação e registro das medidas de PSPD

29. Conhecimento das diretrizes nacionais e internacionais sobre as medidas de PSPD: nesta variável incluímos manuais nacionais e internacionais sobre as medidas de PSPD. Esta variável foi adaptada ao questionário espanhol, com a retirada das fontes brasileiras da questão.

30. Emprego das medidas nacionais e internacionais de PSPD: analisamos a frequência (nunca, algumas vezes, quase sempre ou sempre) do uso das medidas preventivas na prática clínica.

31. Tipo de atendimento mais propício para aplicar as medidas de PSPD: perguntamos em quais atividades eles mais empregavam as medidas preventivas.

32. Tipo de aplicação mais comum das medidas de PSPD: questionamos se quando aplicavam as medidas de PSPD, se faziam verbalmente ou se registravam no prontuário.

33. **Frequência que registra as orientações:** aqui perguntamos a frequência com que o profissional registrava as informações no prontuário.

34. **Entrega de materiais educativos:** Esta variável foi utilizada para checar a frequência que o profissional fornecia material educativo aos usuários

35. **Tipo de medida de PSPD mais empregada:** perguntamos quais eram as medidas mais aplicadas, se o aconselhamento, quimioprofilaxia, rastreamento ou a vacinação.

4.7.1.6 – Obstáculos à implantação das medidas de PSPD

36. **Tempo como obstáculo:** nesta variável os entrevistados responderam se o tempo era uma barreira para aplicação das medidas preventivas.

37. **Desconhecimento do profissional sobre prevenção e promoção:** perguntamos se o baixo emprego de medidas estava relacionado à falta de conhecimento do profissional sobre as medidas de PSPD.

38. **Presença de outras prioridades:** investigamos se durante a rotina da unidade existiam outras prioridades que dificultam a aplicação das medidas preventivas.

39. **Falta de interesse em aplicar:** perguntamos se a falta de interesse do profissional pode ser um possível obstáculo para aplicar ou não as medidas de PSPD.

40. **Falta de incentivo institucional:** analisamos se a falta de incentivo institucional pode ser vista como um empecilho para empregar as medidas preventivas.

41. **Interferência da organização do serviço:** questionamos se a organização do trabalho funciona como fator facilitador para a aplicação das medidas de prevenção.

42. **Interferência das medidas no perfil de morbimortalidade:** perguntamos se ele concorda que um dos obstáculos para não aplicar as medidas de prevenção é que o seu emprego não interfere no perfil da morbimortalidade da população atendida.

43. **Recomendações conflitantes das diversas fontes:** neste item avaliamos se a existência de recomendações conflitantes de diversas fontes interfere na aplicação das medidas.

44. **Interferência das medidas de PSPD na relação profissional-paciente:** esta questão avaliava se a oferta de medidas de PSPD, partindo como demanda dos profissionais, poderia interferir na relação profissional-paciente e funcionar como um obstáculo.

45. **Incerteza quanto aos valores dos testes e procedimentos:** nesta variável estudamos se as incertezas quanto ao valor preditivo dos testes, sua sensibilidade e especificidade poderiam interferir no emprego das medidas de PSPD.

46. **Medo de prejudicar o paciente:** perguntamos se o profissional concordava que o medo de causar danos aos usuários poderia atuar como um obstáculo para aplicação das medidas.

Os questionários foram aplicados por meio de entrevistas individuais realizadas com os profissionais de saúde em seu local de trabalho, com duração de 30 a 45 minutos. Como os questionários eram autoaplicáveis, alguns profissionais espanhóis optaram por responder ao questionário entre os intervalos das consultas e devolvê-lo posteriormente, e alguns questionários foram devolvidos incompletos, por isso algumas questões ficaram sem respostas.

4.7.2 Ficha de registro das medidas de PSPD

Para obter os dados dos prontuários nacionais, foi utilizada uma ficha adaptada pela pesquisadora com variáveis que identificam o prontuário selecionado, o serviço e outras variáveis referentes ao Guia de Atividades Preventivas para Profissionais de Saúde^{29,30} (Apêndice C). Dentre as 22 medidas de rastreamento presentes no Guia de Atividades Preventivas, elegemos 10 medidas divididas entre rastreamento, aconselhamento e vacinação para comparar com as mesmas medidas preventivas presentes na Carteira de Serviços da Comunidade Autônoma de Madri e rastreadas pelos profissionais daqueles serviços.

4.7.2.1 – As variáveis da Ficha de Registro das Medidas de PSPD

Para cada prontuário analisado, foi preenchida uma ficha com as seguintes variáveis:

1. **Ficha:** identificação do prontuário analisado.
2. **Data:** data que foi colhida a informação.
3. **Município:** cidade onde foi realizada a pesquisa.
4. **Serviço:** identificação do centro de saúde onde foi realizado o estudo.
5. **Microárea:** subdivisão da área de abrangência dos NSFs.
6. **Família:** número da família a que pertencia o usuário sorteado.
7. **Iniciais do indivíduo:** identificação do indivíduo.
8. **Sexo:** masculino ou feminino.
9. **Data de nascimento:** dia, mês e ano de nascimento.

10. **Idade:** idade do paciente em anos completos.
11. **Número de atendimentos:** número de atendimentos realizados no período, seja na unidade ou no domicílio.
12. **Medidas elegíveis segundo sexo e idade:** quais eram as medidas (aconselhamento, rastreamento e vacinação) elegíveis para o indivíduo no período estudado.
13. **Registro das medidas elegíveis aplicadas:** registro no prontuário da aplicação ou não das 22 medidas de prevenção indicadas segundo o sexo, idade e presença ou não de fator de risco. As medidas elegíveis seguem as indicações de acordo com o Guia de Atividades Preventivas para Profissionais de Saúde²⁸. Para compararmos com os serviços de saúde da Espanha, apenas 10 medidas foram analisadas, são elas:

- **Aconselhamento:** sobre dietas para usuários com dislipidemia ou outros fatores de risco para doenças cardiovasculares ou outras doenças crônicas relacionadas com a alimentação.
- **Rastreamento:**
 - i. Obesidade por meio do Índice de Massa Corporal para todos os maiores de 18 anos.
 - ii. Hipertensão arterial por meio da pressão arterial para todos os adultos que não apresentem o diagnóstico de hipertensão anterior ao período do estudo.
 - iii. Diabetes mellitus por meio da glicemia de jejum a todos os usuários com HAS ou dislipidemia.
 - iv. Colesterol por meio da solicitação de colesterol e suas frações, nos homens maiores de 35 anos e em mulheres acima de 45 anos, que não tenham este diagnóstico.
 - v. Câncer de colo uterino por meio do exame de citologia cervicovaginal em todas as mulheres com atividade sexual até os 65 anos, trienalmente, quando possuírem dois exames consecutivos normais.
 - vi. Câncer de mama por meio da mamografia a todas as mulheres com idade entre 50 e 69 anos, ou se

possuírem, antes desta idade, risco elevado para câncer de mama.

vii. Detecção do tabagismo por meio da anamnese

viii. Identificação do alcoolismo por meio da aplicação do *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT)

- **Vacinação**

i. Contra influenza, recomendada a dose anual a todos os usuários maiores de 60 anos e em indivíduos que possuam situações especiais, como diabetes mellitus, cardiopatias e pneumopatias crônicas.

14. **Tipo de atendimento:** caracteriza o tipo de atendimento realizado em que foi registrada a aplicação das medidas de PSPD, seja consulta agendada, eventual, visita domiciliar, atividades em grupo, acolhimento, pré-consulta ou outro tipo de atendimento.

15. **Profissional que aplicou as medidas:** o profissional (médico, enfermeiro, outros profissionais ou mais de um profissional) que solicitou ou indicou a aplicação da medida.

16. **Medidas não elegíveis:** registro das medidas de PSPD que não tinham indicação de serem aplicadas e que foram empregadas e registradas pelos profissionais.

17. **Total de medidas de PSPD indicadas:** o número total de medidas indicadas aos usuários selecionados, seguindo o Guia de Atividades Preventivas para Profissionais de Saúde²⁸.

18. **Total de medidas de PSPD indicadas e registradas:** relação do número de medidas indicadas e o número de medidas registradas no prontuário, durante o período estudado.

19. **Total de medidas de PSPD não elegíveis registradas:** total do número de medidas sem indicação que foram aplicadas e registradas no prontuário.

20. **Índice de medidas apropriadas:** proporção das medidas elegíveis realizadas em relação ao total de elegíveis.

21. **Índice de medidas inapropriadas:** proporção das medidas não recomendáveis em relação ao total de manobras realizadas (recomendáveis e não recomendáveis).

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Todo o processo de pesquisa seguiu as diretrizes definidas pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que regulamenta a pesquisa em seres humanos no Brasil. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola Dr. Joel Domingos Machado da FMRP-USP que aprovou o projeto em 14 de janeiro de 2010 (Anexo A).

O projeto também foi submetido e aprovado pelo *Comitê Ético de Investigación Clínica del Hospital de La Paz* em Madri na Espanha, em 08 de outubro de 2009 (Anexo B). A concordância em participar da pesquisa foi voluntária, e os preceitos de confidencialidade e sigilo foram preservados. Os entrevistados foram esclarecidos quanto aos objetivos da mesma e sobre a possibilidade de interromper sua participação em qualquer fase do projeto. Os profissionais que participaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices D e E).

4.9 TRABALHO DE CAMPO

A coleta dos dados no Brasil e na Espanha se deu em duas fases. No Brasil, a primeira delas ocorreu no município de Ribeirão Preto, entre dezembro de 2007 e julho de 2008, como parte da pesquisa intitulada “*Avaliação da Implantação de um Protocolo de Prevenção de Doenças e Promoção de Saúde no Contexto de Equipes de Atenção Primária em Ribeirão Preto – São Paulo*”, cujos autores autorizaram a utilização do banco de dados para fins de comparação (Apêndice F). A segunda fase iniciou-se no mês de janeiro de 2010, nos municípios de Morro Agudo e Cássia dos Coqueiros, com a aplicação do questionário e a revisão dos prontuários.

A coleta dos dados nos municípios espanhóis também foi realizada em duas etapas, a primeira ocorreu nos meses de julho a agosto de 2008, em que foram aplicados os questionários. A segunda se deu nos meses de janeiro e fevereiro de 2010, quando os dados dos prontuários foram levantados.

Um dos desafios encontrados nos municípios de Morro Agudo e Cássia dos Coqueiros foi a dificuldade de encontrar prontuários que atendessem a todos os critérios de inclusão e não possuísem nenhum critério de exclusão. Em uma unidade de saúde de Morro Agudo,

todos os prontuários foram excluídos, pois a unidade foi inaugurada em setembro de 2008, e os usuários não tinham dois anos de seguimento clínico na unidade, não atendendo a um dos critérios de inclusão. Outra dificuldade foi a formação incompleta das equipes de saúde de Morro Agudo, na época da coleta dos dados, um NSF estava sem médico, e outro havia sido desativado.

4.10 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram digitados no programa EpiData 3.1, simultaneamente com a coleta. Após toda a coleta e digitação dos dados no Epidata, foi criada uma máscara do banco de dados no programa Epi Info 6 com o apoio do Centro de Processamento de Dados do Departamento de Medicina Social do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Terminadas a coleta, a digitação e a “limpeza” dos dados, eles foram analisados com assessoria de profissionais do Centro de Métodos Quantitativos.

A análise dos resultados obtidos foi realizada em duas partes, na primeira foi feita uma análise dos dados encontrados nos questionários e, posteriormente, foi feita uma análise dos dados encontrados nos prontuários.

A análise descritiva dos resultados dos questionários foi feita em quatro tempos. No primeiro deles, analisamos o perfil do profissional entrevistado no Brasil e na Espanha, como, por exemplo, a faixa etária, sexo, formação, tempo de formação e atuação na Atenção Primária, etc. O segundo passo foi descrever o perfil dos centros de saúde sorteados, como vínculo ou não com o Papps, tipo de pacotes de prevenção que são aplicados na unidade e a presença ou não de parceria com a universidade. No terceiro momento, descrevemos a opinião dos profissionais entrevistados sobre as medidas de PSPD, assim como a importância das ações de PSPD, motivação, incentivo e engajamento da equipe para a aplicação das medidas de PSPD. Enfim, no quarto momento, analisamos quais foram os principais obstáculos identificados pelos médicos e enfermeiros entrevistados para aplicar as ações de PSPD.

Para atingir o objetivo, utilizamos uma metodologia descritiva que tem como objetivo básico sintetizar uma série de valores de mesma natureza, permitindo que se tenha uma visão global da variação desses valores, organizando e descrevendo os dados de três maneiras: por meio de tabelas, de gráficos e de medidas descritivas, por meio do software SAS versão 2.11.1

Ainda quanto aos dados encontrados nas entrevistas, verificamos associações entre diversas variáveis, comparando a opinião e atitude dos profissionais de acordo com a sua profissão (médico e enfermeiro) e/ou país de origem (Brasil e Espanha). Para isso foi realizado o teste exato de Fisher, onde verificamos a associação entre duas variáveis categóricas. A análise estatística dessa metodologia também foi feita por meio do software SAS[®] 9.0^{47,48,49}.

Quanto à revisão dos prontuários, foi realizada uma análise descritiva das medidas mais aplicadas relacionadas com a vacinação, a quimioprofilaxia, o rastreamento e o aconselhamento e o profissional que aplicou. Utilizaram-se os mesmos recursos usados para a análise do perfil dos profissionais entrevistados.

Por fim, a última análise foi direcionada para investigar as associações entre as diversas variáveis visando a comparar o registro das medidas de PSPD, nos diferentes serviços estudados. Para verificar a associação entre as variáveis, utilizamos o teste exato de Fisher^{47,48,49}.

Quando optamos por comparar a média do Índice de Medidas Apropriadas (IMA) entre os três municípios brasileiros, aplicamos a análise de variância (ANOVA) e, para comparar a diferença entre as médias do IMA entre os grupos, foi utilizado o pós-teste de Duncan. Utilizamos o procedimento do software SAS versão 9 para chegar aos resultados e gráficos^{47,48,50}.

Para comparar o Índice de Medidas Inapropriadas (IMI) entre os municípios, utilizamos o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis e o pós-teste de Dunn, por meio do software do SAS^{47, 48}. Para todas as análises estatísticas, fixamos o nível de significância de 5%, ou seja, ($p < 0,005$).

5 RESULTADOS

5.1 ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS

5.1.1 Perfil dos Centros de Saúde

A pesquisa ocorreu em nove municípios divididos segundo o número de habitantes: quatro municípios com até 10.000 habitantes; três municípios com população entre 10.000 e 100.000 habitantes e dois maiores de 100.000 habitantes, sendo selecionados seis municípios na Espanha e três no Brasil. Em alguns municípios, mais de um centro de saúde foi selecionado, totalizando 25 serviços de saúde selecionados.

Na Espanha os centros de saúde foram distribuídos entre duas Áreas de Saúde da região de Madri, sendo sete centros de saúde da Área 2 e oito da Área 5.

No Brasil, os centros de saúde foram divididos entre cinco unidades de saúde da família vinculadas ao CAPSF da FMRP/USP em Ribeirão Preto, quatro em Morro Agudo e uma em Cássia dos Coqueiros.

Na Espanha foram realizadas 38 entrevistas em Madri, 14 em municípios com até 100.000 e 11 em municípios de pequeno porte. Já no Brasil foram 10 entrevistas aplicadas em Ribeirão Preto, sete, em Morro Agudo e duas, em Cássia dos Coqueiros, conforme demonstra a Tabela 2:

Tabela 2 – Número de questionários aplicados na Espanha e no Brasil, segundo o tamanho dos municípios estudados, 2010

Tamanho dos municípios	Espanha N	Brasil N	Total
< 10.000	11	2	13
10.0000 – 100.000	14	7	21
> 100.000	38	10	48
Total	63	19	82

A estrutura dos centros de saúde estudados eram diferentes, na Espanha cada centro de saúde tinha mais de uma equipe de saúde atuando junto e, em alguns centros de saúde, as unidades funcionam em dois períodos. Já nos centros de saúde analisados do Brasil, havia apenas uma equipe por unidade durante um único período.

Aplicamos os questionários em 16 serviços de saúde que possuíam vínculo com alguma universidade e obtivemos a participação de 42 profissionais, com uma média de 2,6 entrevistas por serviço, de acordo com a Tabela 3.

Tabela 3 – Total de questionários respondidos por centros de saúde, segundo a presença ou não de vínculo universitário, na Espanha e no Brasil, 2010

Questionários respondidos por centro de saúde	Número de centros de saúde n (%)	Número de questionários n (%)	Relação questionário por centro de saúde
Com vínculo universitário	16 (64)	42 (51,2)	2,6
Sem vínculo universitário	9 (36)	40 (48,8)	4,4
Total	25 (100)	82 (100)	3,3

Nas unidades sem convênio firmado com instituições de ensino, encontramos uma proporção de 4,4 questionários respondidos por centros de saúde. Ressaltamos que a participação foi voluntária e que foram convidados a participar um médico e um enfermeiro por período de trabalho nos serviços espanhóis, e nos serviços brasileiros todos os profissionais que atuavam nas equipes estudadas de Saúde da Família.

Com relação aos serviços de saúde na Espanha, quando os profissionais foram questionados se o centro de saúde em que atuavam estava ou não vinculado ao Papps, 76,2% dos entrevistados afirmaram que existia o vínculo entre o centro de saúde e o Papps, 17,5% negaram a existência do vínculo e 6,3% não sabiam informar. Dos profissionais que não sabiam afirmar sobre a existência ou não do vínculo, um era médico fixo e três eram enfermeiros.

O vínculo ao Papps é voluntário, e a equipe que decide se vincular adota pacotes de medidas de prevenção de doenças, seja o de Saúde do Adulto, Infantil ou Saúde Mental. Entre os profissionais entrevistados, os pacotes mais citados como adotados pelos centros de saúde foram o pacote de Saúde do Adulto (73%), Infantil (71,4%) e Mental (9,5%).

5.1.2 Perfil dos profissionais

Foram aplicados 83 questionários aos profissionais da atenção primária do Brasil e Espanha, sendo um excluído das análises, pois foi respondido por um residente de MFC.

Foram entrevistados 41 médicos e 41 enfermeiros, destes 62,2% eram mulheres, 36,6%, homens e como um profissional não respondeu a esta questão, não foi possível identificar o sexo.

Houve um equilíbrio entre o número de homens (20) e mulheres (20) na categoria médica, o mesmo não ocorreu com a enfermagem com um predomínio de mulheres (75,6%) sobre os homens (24,4%).

A idade dos entrevistados variou de 21 a 65 anos de idade, e eles foram distribuídos em faixas etárias divididas a cada dez anos, conforme Tabela 4. Houve um equilíbrio entre a distribuição dos profissionais, entre a faixa etária de 20 a 39 anos (46,4%) e a de 40 a 59 anos (47,6%). Apenas um profissional tinha mais de 60 anos, e quatro não responderam a esta questão.

Tabela 4 – Idade dos profissionais dos serviços de atenção primária entrevistados da Espanha e do Brasil, 2010

Faixa Etária	N	%
20 – 39	38	46,4
40 – 59	39	47,6
> 60 anos	1	1,2
Em branco	4	4,9
Total	82	100,0

Especialização

A maioria dos médicos (77,5%) informou que fez residência em MFC, sendo este percentual maior entre os médicos brasileiros (88,9%) que espanhóis (74,2%), assim como na enfermagem, onde 20% das enfermeiras brasileiras responderam que fizeram especialização em Saúde da Família, enquanto nenhuma enfermeira tinha esta especialização.

Vínculo

Nos serviços de saúde da Comunidade Autônoma de Madri, o médico e o enfermeiro podem ser fixos em uma mesma equipe ou atuarem como suplente em várias equipes, quando têm a função de substituir os profissionais fixos durante as faltas, férias e afastamentos. Dentre os profissionais entrevistados, 84% dos médicos eram fixos, 9% eram suplentes e 6% não responderam a esta questão. Nos centros de saúde estudados no Brasil, não encontramos profissionais suplentes, todos os profissionais eram fixos em uma mesma equipe de saúde.

Tempo de formação

A maior parte dos profissionais (61%) relatou ter mais de 10 anos de formado, 18,3% entre 4 e 6 anos, 9,8% entre 7 e 9 anos e apenas dois profissionais tinham menos de 3 anos de graduados. Quando analisamos o tempo de formado dos profissionais separado por países (Brasil e Espanha), observamos que os valores foram divergentes e estatisticamente significantes, com $p < 0,001$, conforme retrata a Tabela 5:

Tabela 5 – Tempo de formado dos profissionais, entrevistados na Espanha e no Brasil, 2010

Tempo de formado	Espanha N (%)	Brasil N (%)	p - valor
< 1 ano	1 (1,6)	1 (5,3)	<0,001
1 – 3 anos	2 (3,2)	5 (26,3)	
4 – 6 anos	9 (14,3)	6 (31,6)	
7 – 9 anos	5 (7,9)	3 (15,8)	
> 10 anos	46 (73,0)	4 (21,1)	
Total	63 (100,0)	19 (100,0)	

Enquanto a maioria dos profissionais espanhóis entrevistados (73%) tem mais de 10 anos de formado, no Brasil apenas quatro têm este mesmo período de conclusão de curso. Os profissionais brasileiros entrevistados têm uma formação mais jovem, com 63,2% com menos de 6 anos de formado, quando comparamos com os profissionais espanhóis (19,1%).

Tempo de atuação na Atenção Primária

O Gráfico 1 nos mostra como o tempo de atuação na APS pelos profissionais é variado de acordo com o país de atuação e a profissão que exercem.

Gráfico 1 – Tempo de atuação na atenção primária dos médicos e enfermeiros entrevistados na Espanha e no Brasil, 2010

Os profissionais espanhóis atuam há mais tempo na APS que os brasileiros, mais de 70% dos médicos está há mais de dez anos na APS, assim como 35,5% dos enfermeiros. Quanto aos brasileiros entrevistados, mais de 40% dos médicos brasileiros está há menos de três anos na APS, sendo que 11,1% está há menos de 1 ano nos serviços de saúde, apenas um médico está atuando há mais de 10 anos na atenção primária.

O mesmo perfil se repete com os enfermeiros, pois 50% dos que participaram da pesquisa estão há menos de três anos nos centros de saúde, sendo que 40% deles estão há menos de um ano. Outros 40% dos enfermeiros e 22,2% dos médicos paulistas têm entre 4 e 6 anos em serviços de atenção primária.

Tabela 6 – Tempo de trabalho no mesmo serviço dos profissionais da atenção primária à saúde na Espanha e no Brasil, 2010

Tempo de trabalho na mesma equipe	Espanha N (%)	Brasil N (%)	p-valor
< 1 ano	10 (16,1)	7 (36,8)	<0,001
1 – 3 anos	32 (51,6)	7 (36,8)	
4 – 6 anos	3 (4,8)	3 (15,8)	
7 – 9 anos	5 (8,1)	2 (10,5)	
> 10 anos	12 (19,4)	-	
Total	62 (100,0)	19 (100,0)	

Quando analisamos o tempo de trabalho na mesma equipe, observamos que 16,1% dos profissionais espanhóis entrevistados e 36,8% dos brasileiros estão atuando na mesma equipe de saúde da família há menos de um ano. Enquanto quase 20% dos espanhóis que participaram da pesquisa estão na mesma equipe há mais de 10 anos, nenhum brasileiro está na mesma equipe durante todo esse tempo. Estes resultados possuem significância estatística ($p < 0,001$).

5.1.3 Opinião dos profissionais sobre as medidas de PSPD

Os profissionais foram unânimes (100%) em concordar que a aplicação das medidas de PSPD é parte importante dos cuidados oferecidos à população assistida pela sua equipe. Além disso, 95,1% acreditam que essas medidas são aplicadas na maior parte das atividades realizadas, de acordo com a Tabela 7:

Tabela 7 – Emprego das medidas de PSPD na prática, segundo os profissionais da atenção primária à saúde da Espanha e do Brasil, 2010

Emprego das medidas de PSPD na prática diária	Médico	Enfermeiro
	N (%)	N (%)
Concorda plenamente	17 (41,5)	24 (58,5)
Concorda	22 (53,7)	15 (36,6)
Indiferente	-	-
Discorda	2 (4,9)	2 (4,9)
Discorda plenamente	-	-
Total	41 (100,0)	41 (100,0)

Quase todos os profissionais (90,1%) concordaram que o emprego das medidas deveria ser mais enfatizado durante a prática diária da equipe, sendo que 3,7% discordaram da afirmação e 6,2% responderam que são indiferentes.

A grande maioria dos entrevistados (96,3%) afirmou que está motivada para aplicar as medidas de PSPD durante os atendimentos, e o restante se considerou indiferente frente à aplicação de tais medidas. Destes, todos eram médicos entre brasileiros e espanhóis, como retrata a Tabela 8:

Tabela 8 – Motivação para aplicação das medidas de PSPD, segundo os profissionais dos serviços de atenção primária à saúde da Espanha e do Brasil, 2010

Motivação para aplicar as medidas de PSPD	Médico	Enfermeiro
	N (%)	N (%)
Concorda plenamente	18 (43,9)	29 (70,7)
Concorda	20 (48,8)	12 (29,3)
Indiferente	3(7,3)	-
Discorda	-	-
Discorda plenamente	-	-
Total	41 (100,0)	41 (100,0)

Quase todos os profissionais (93,9%) afirmaram que possuem conhecimento suficiente para aplicação das medidas, apenas 2,4% discordaram da afirmativa. Destes que discordaram, todos eram espanhóis e estão formados há mais de 10 anos. Não encontramos relação entre o desconhecimento das medidas e a presença ou não de vínculo com a universidade ou com o Papps.

Segundo 80,5% dos profissionais, a coordenação da equipe permite que as medidas de PSPD sejam aplicadas aos usuários, 11% discordam que haja coordenação suficiente para aplicação e 8,5% acreditam que o papel de coordenação da equipe não interfere na aplicação ou não das medidas de PSPD.

5.1.4 Local mais adequado para aplicar as medidas de PSPD

Quando questionados sobre o tipo de contato mais adequado para aplicar as medidas de PSPD, quase metade dos profissionais (47,6%) relatou que qualquer encontro com o usuário pode ser utilizado para este fim. No entanto, alguns entrevistados têm uma ordem de preferência: consulta agendada (43,9%), visita domiciliar (22%), atividades em grupo (22%) e a grande maioria (86,6%) não acredita que as consultas eventuais sejam locais apropriados.

Tabela 9 – Tipo de contato mais adequado para aplicar as medidas de PSPD, segundo os profissionais dos serviços de atenção primária à saúde da Espanha e do Brasil, 2010

Contatos adequados para aplicar as medidas de PSPD	Espanha N (%)	Brasil N (%)	Total N (%)	p-valor
Consultas agendadas	28 (44,4)	8 (42,1)	36 (43,9)	1,000
Consultas eventuais	8 (12,7)	3 (15,8)	11 (13,4)	0,711
Visita domiciliar	11 (17,5)	7 (36,8)	18 (22)	0,111
Grupo	11 (17,5)	7 (36,8)	18 (22)	0,111
Qualquer encontro	32 (50,8)	7 (36,8)	39 (47,6)	0,309

Observamos que houve variação quando separamos as respostas dos profissionais segundo os países, principalmente com relação à visita domiciliar, às atividades em grupo e a qualquer atividade como local adequado para o emprego das medidas de PSPD. Os profissionais brasileiros (36,8%) responderam que a visita domiciliar e atividades em grupo são também locais adequados para aplicação das medidas de prevenção, enquanto apenas 17,5% dos profissionais espanhóis defenderam estas atividades como locais apropriados para aplicação das medidas.

Ainda nessa tabela, observamos que metade dos profissionais espanhóis defende que qualquer encontro com o usuário pode ser apropriado para aplicação de medidas preventivas (50,8%) e elegeu a consulta agendada como o segundo lugar mais propício para tal prática. Com os brasileiros houve uma inversão, pois a maioria escolheu a consulta agendada (42,1%)

como primeira opção para ações preventivas e depois elegeu os grupos, a visita e qualquer encontro com os usuários como espaço para prevenção (36,8%).

As consultas eventuais foram citadas por um menor número dos profissionais, respectivamente, 12,7% e 15,8%, para espanhóis e brasileiros.

Utilizamos o teste exato de Fisher para verificar a associação entre o país de origem dos profissionais e o tipo de contato mais adequado para aplicar as medidas preventivas, mas não houve associação.

Comparamos a opinião dos médicos e enfermeiros dos dois países sobre o local mais adequado para empregar as medidas preventivas, conforme Tabela 10:

Tabela 10 – Local mais adequado para aplicar as medidas de PSPD, segundo a categoria profissional dos profissionais da atenção primária à saúde do Brasil, 2010

Local adequado para empregar medidas preventivas	Médico N (%)	Enfermeiro N (%)	p-valor
Consultas agendadas	41 (51,2)	41 (36,6)	0,266
Consultas eventuais	41 (19,5)	41 (7,3)	0,193
Visita domiciliar	41 (22,0)	41 (22,0)	1,000
Grupo	41 (24,4)	41 (19,5)	0,790
Qualquer encontro	41 (39,0)	41 (56,1)	0,184

Observamos que mais da metade dos enfermeiros defende que qualquer encontro com o usuário deva ser um espaço para prevenção, e a consulta agendada tem a preferência de 36,6% dos enfermeiros. Já entre os médicos, metade deles prefere a consulta agendada (51,2%) a qualquer encontro com o usuário (39,0%). Apesar de diferentes opiniões, não houve associação significativa, de acordo com o teste exato de Fisher, entre os locais mais adequados para empregar as medidas de PSPD e a opinião dos profissionais (médico e enfermeiro).

5.1.5 Responsabilidade dos profissionais para aplicar as medidas de PSPD

Para conhecer a percepção dos profissionais participantes sobre quem deve ter a responsabilidade de aplicar as medidas de PSPD, elas foram divididas em aconselhamento sobre os aspectos de promoção de saúde e prevenção de enfermidades, rastreamento de doenças e hábitos nocivos e a orientação vacinal.

Aconselhamento sobre mudanças do estilo de vida

Perguntamos aos profissionais que participaram da pesquisa sobre quem deve ter a responsabilidade de aconselhar os usuários.

Tabela 11 – Aconselhamento como papel dos profissionais da equipe de saúde, segundo a percepção de médicos e enfermeiros da atenção primária à saúde da Espanha e do Brasil, 2010

Aconselhamento como papel dos profissionais da APS	Espanha N (%)	Brasil N (%)	p - valor
Médico	21 (33,3)	-	0,002
Enfermeiro	26 (41,3)	-	<0,001
Qualquer membro da equipe	36 (57,1)	19 (100)	<0,001

No Brasil, todos (100%) os participantes da pesquisa foram unânimes ao responder que o aconselhamento deve ser praticado por todos os membros da equipe, já na Espanha, apenas 57,1% dos profissionais reconheceram esta atividade como de responsabilidade de todos os membros da equipe. Eles destacaram o aconselhamento como importante papel do enfermeiro (41,3%) e do médico (33,3%). Observamos que a opinião dos profissionais sobre a responsabilidade de aconselhar foi discrepante de acordo com o país de origem dos entrevistados, sendo a diferença estatisticamente significativa ($p < 0,005$).

Rastreamento de enfermidades

No que tange à responsabilização de realizar o rastreamento, os profissionais atribuem esse papel ao médico (93,9%), aos enfermeiros (43,9%) e às matronas (20,7%).

Tabela 12 – Responsabilidade sobre o rastreamento, segundo a percepção dos profissionais da atenção primária à saúde da Espanha e do Brasil, 2010

Rastreamento como papel dos profissionais da APS	Espanha N (%)	Brasil N (%)	Total N (%)	p-valor
Médico	59 (93,7)	18 (94,7)	77 (93,9)	1,00
Enfermeiro	24 (38,1)	12 (63,2)	36 (43,9)	0,068
Matrona	17 (27)	-	17 (27)	

Dos brasileiros entrevistados, 63,2% defenderam que a enfermagem também deve ter a responsabilidade de realizar o rastreamento, enquanto apenas 38,1% dos espanhóis dividiram

a mesma opinião. Os resultados foram semelhantes, não havendo diferença estatisticamente significativa.

Vale ressaltar que quando analisamos as respostas, segundo a categoria profissional na Tabela 13, os médicos em 48,8% das respostas se mostraram mais favoráveis ao rastreamento praticado pelos enfermeiros que a própria categoria em questão (39%). O mesmo não ocorre quando a responsabilidade de rastrear recai sobre a matrona, pois médicos (28,1%) e enfermeiros (25,8%) espanhóis concordam que o rastreamento também é papel da matrona.

Tabela 13 – Responsabilidade do rastreamento, segundo médicos e enfermeiros entrevistados em serviços de atenção primária da Espanha e do Brasil, 2010

Responsabilidade sobre o rastreamento	Médicos	Enfermeiros	Total
	N (%)	N (%)	N (%)
Médico	39 (95,1)	38 (92,7)	77 (93,9)
Enfermeiro	20 (48,8)	16 (39,0)	36 (43,9)
Matrona	9 (28,1)	8 (25,8)	17 (27)

Vacinação

A revisão do cartão vacinal ou mesmo a orientação quanto à atualização das vacinas foi citada como atividade sob responsabilidade do enfermeiro em 72% dos entrevistados, do médico 31,7% e qualquer membro da equipe 25,6%. Quando analisamos as respostas segundo o país, foi possível notar valores díspares, conforme Tabela 14:

Tabela 14 – Responsabilidade da vacinação, segundo médicos e enfermeiros entrevistados em serviços de atenção primária da Espanha e do Brasil, 2010

Responsabilidade da vacinação na equipe	Espanha N (%)	Brasil N (%)	Total N (%)	p-valor
Médico	25 (39,7)	1 (5,3)	26 (31,7)	0,004
Enfermeiro	57 (90,5)	2 (10,5)	59 (72)	<0,001
Matrona	5 (7,9)	-	5 (7,9)	
Qualquer um da equipe	5 (7,9)	16 (84,2)	21 (25,6)	<0,001

Observamos que 84,2% dos brasileiros responderam que a orientação vacinal deve ser responsabilidade de todos os membros da equipe, enquanto a maioria dos profissionais espanhóis (92,1%) respondeu que não é papel de todos os membros da equipe, e sim

responsabilidade do enfermeiro (90,5%), do médico (39,7%) e da matrona (7,9%). Estas diferenças entre os profissionais dos dois países são estatisticamente significativas ($p < 0,005$).

5.1.6 Conhecimento das medidas de PSPD

A aplicação das medidas de PSPD no âmbito da atenção primária, especialmente na Saúde da Família, faz parte das atividades propostas para este nível de atenção. Por esta razão, optamos por perguntar aos médicos e enfermeiras quais são as diretrizes e manuais sobre prevenção de doenças e promoção de saúde que conhecem e utilizam. Listamos manuais de âmbito nacional na Tabela 15 e comparamos com as respostas de médicos e enfermeiros brasileiros entrevistados.

Tabela 15 – Manuais nacionais de PSPD e conhecimento dos profissionais, Brasil, 2010

Conhecimento das medidas	SMS*	MS*	INCA*	Diretrizes*	SES*
Sabe citar uma recomendação	63,2	57,9	47,4	36,8	26,3
Já li a respeito	15,8	36,8	15,8	15,8	31,6
Já ouvi falar	5,3	5,3	31,6	31,6	26,3
Nunca ouvi falar	15,8	-	5,3	15,8	15,8
Total	100%	100%	100%	100%	100%

*SMS (Secretaria Municipal de Saúde); MS (Ministério da Saúde); INCA (Instituto Nacional do Câncer); Diretrizes (Projeto Diretrizes); SES (Secretaria Estadual de Saúde)

Dentre as fontes nacionais de informação sobre as medidas de PSPD, os profissionais brasileiros responderam que as recomendações que mais conheciam, podendo inclusive citar uma recomendação, eram os manuais da própria Secretaria Municipal de Saúde (63,2%); as diretrizes do Ministério da Saúde (57,9%), além das recomendações do INCA (47,4%) e do Projeto Diretrizes um manual preparado para as especialidades médicas com consensos sobre diversos temas. A SES foi também citada por 26,3% dos profissionais que participaram da pesquisa.

Quanto às fontes de informação internacionais reconhecidas, a Tabela 16 retrata o que responderam os profissionais brasileiros e espanhóis sobre as recomendações da Força-Tarefa Americana, do grupo canadense e do grupo espanhol.

Tabela 16 – Conhecimento dos profissionais da Espanha e do Brasil entrevistados sobre as fontes de informação internacional de PSPD, 2010

Variáveis	País				p-valor
	Espanha		Brasil		
	N	%	N	%	
USPSTF					
Sabe citar uma recomendação	12	21,8	7	36,84	0,164
Já li a respeito	15	27,3	1	5,26	
Já ouvi falar	13	23,6	4	21,05	
Nunca ouvi falar	15	27,3	7	36,84	
CTFPHC					
Sabe citar uma recomendação	10	17,9	6	31,6	0,213
Já li a respeito	16	28,6	2	10,5	
Já ouvi falar	14	25,0	3	15,8	
Nunca ouvi falar	16	28,6	8	42,1	
PAPPS					
Sabe citar uma recomendação	44	71,0	1	5,26	<0,001
Já li a respeito	15	24,2	0	0,00	
Já ouvi falar	2	3,2	3	15,79	
Nunca ouvi falar	1	1,6	15	78,95	

Um percentual semelhante dos profissionais brasileiros e espanhóis conhece as medidas americanas e canadenses. No entanto, um maior número de brasileiros nunca ouviu falar sobre tais medidas. Isto fica mais evidente quando analisamos as recomendações do grupo espanhol, uma vez que 78,9% dos médicos e enfermeiros brasileiros que responderam ao questionário nunca ouviram falar destas recomendações. Contudo, como era de se esperar, quando analisamos as respostas dos profissionais espanhóis, notamos um maior percentual (71%) de profissionais que conhecem as recomendações do Papps. Houve associação entre o conhecimento dos profissionais sobre as medidas espanholas de prevenção e o país de origem dos profissionais entrevistados, conforme o teste de Fisher ($p < 0,001$).

5.1.7 Emprego das medidas de PSPD

Com o objetivo de estudar o emprego das medidas de prevenção na prática diária, perguntamos aos médicos e enfermeiros com que frequência eles aplicam as medidas, quais são as medidas mais aplicadas e em que atividades eles usualmente empregam tais medidas.

Conforme a Tabela 17, os profissionais brasileiros e espanhóis afirmaram que **sempre** aplicam medidas de prevenção e promoção de saúde em 26,3% e 26,7% das respostas,

respectivamente. A metade dos entrevistados respondeu que **quase sempre** emprega as medidas durante as atividades clínicas e alguns afirmaram que **algumas vezes** (5,3% dos paulistas e 18,3% dos espanhóis) aplicam as medidas. Uma minoria não sabe a frequência com que aplicam (10,5% dos brasileiros e 5% dos espanhóis), mas nenhum profissional afirmou que nunca emprega as medidas de prevenção. O padrão de respostas foi semelhante entre os dois países, não havendo diferença estatisticamente significativa, segundo o teste exato de Fisher.

Tabela 17 – Emprego na prática clínica das medidas de PSPD por profissionais dos serviços de atenção primária à saúde da Espanha e do Brasil, 2010

Emprego das medidas de PSPD	Espanhóis	Brasileiros	p-valor
	N (%)	N (%)	
Nunca	-	-	0,456
Algumas vezes	11(18,3)	1 (5,3)	
Quase sempre	30 (50,0)	11(57,9)	
Sempre	16 (26,7)	5 (26,3)	
Não sabe	3 (5,0)	2 (10,5)	
Total	60 (100)	19 (100)	

Os locais onde os profissionais entrevistados afirmaram que mais empregam as medidas preventivas foram retratados na Tabela 18:

Tabela 18 – Emprego das medidas de PSPD de acordo com o local de aplicação, segundo os profissionais dos serviços de atenção primária à saúde da Espanha e do Brasil, 2010

Atividades	Espanha	Brasil	p-valor
	N (%)	N (%)	
Consultas agendadas	52 (96,3)	18 (94,7)	1
Consultas eventuais	44 (81,5)	12 (63,2)	0,123
Visita domiciliar	31 (57,4)	17 (89,5)	0,012
Grupo	21 (38,9)	17 (89,5)	<0,001
Acolhimento	-	13 (68,4)	-

As atividades a que os profissionais brasileiros referem que mais aplicam as medidas foram as consultas agendadas (94,7%), seguidas pelos atendimentos em grupo e as visitas domiciliares com 89,5% das respostas em cada questão. O acolhimento foi lembrado por 13

profissionais (68,4). A consulta eventual foi o local menos citado pelos profissionais do Brasil para aplicação das medidas preventivas.

Já com os espanhóis, as atividades escolhidas tiveram a seguinte sequência: consulta agendada (96,3%); consulta eventual (81,5%); visita domiciliar (57,4%) e as atividades em grupo (38,0%). O acolhimento não foi citado pelos profissionais, pois não faz parte das atividades desenvolvidas pelos profissionais das equipes de saúde que participaram da pesquisa.

Houve diferença estatisticamente significativa para a aplicação das medidas entre os profissionais, quando analisamos as atividades em grupo e a visita domiciliar ($p < 0,005$).

Tabela 19 – Local de aplicação das medidas preventivas, segundo médicos e enfermeiros dos serviços de atenção primária à saúde da Espanha e do Brasil, 2010

Local de aplicação das medidas preventivas	Espanha		Brasil	
	Médico N (%)	Enfermeiro N (%)	Médico N (%)	Enfermeiro N (%)
Consultas agendadas	28 (93,3)	24 (96)	9 (100)	9 (90)
Consultas eventuais	27 (90)	17 (68)	4 (44,4)	8 (80)
Visita domiciliar	14 (46,7)	17 (36)	7 (77,8)	10 (100)
Grupos	8 (26,7)	13 (52)	8 (88,9)	9 (90)
Acolhimento	-	-	4 (44,4)	9 (90)

Observamos que não houve variação entre os profissionais brasileiros e espanhóis sobre o emprego das medidas preventivas, durante a consulta agendada. Apenas dois médicos responderam que não empregam as medidas preventivas nos agendamentos, e o enfermeiro que não respondeu não conhecia as medidas de PSPD.

No entanto, é notória a discrepância de opinião entre médicos brasileiros e espanhóis sobre as consultas eventuais como espaço para aplicação de medidas de prevenção, já que apenas 44,4% dos médicos brasileiros aplicam as medidas durante estes atendimentos, comparando com 90% dos médicos espanhóis.

Quanto à visita domiciliar, todos os enfermeiros brasileiros citaram esta atividade como local para aplicação das ações preventivas, enquanto apenas 36% das enfermeiras espanholas citaram esta atividade. Esta variação também ocorreu entre os médicos brasileiros e espanhóis com relação às atividades em grupo como espaço de prevenção.

5.1.8 Medidas de PSPD mais aplicadas

Após conhecer os locais onde mais se aplicam as medidas de PSPD, perguntamos aos profissionais quais eram as medidas que eles mais aplicavam entre o aconselhamento, a quimioprofilaxia, a vacinação e o rastreamento. Correlacionando segundo os profissionais, encontramos no Brasil e Espanha o cenário apresentado na Tabela 20:

Tabela 20 – Medidas preventivas mais empregadas, segundo médicos e enfermeiros dos serviços de atenção primária à saúde da Espanha e do Brasil, 2010

Medidas preventivas	Médico N (%)	Enfermeiro N (%)	p-valor
Aconselhamento	34 (85)	33 (97,1)	0,116
Rastreamento	27 (67,5)	5 (14,7)	<0,001
Vacinação	14 (35)	22 (64,7)	0,019
Quimioprofilaxia	17 (42,5)	2 (5,9)	<0,001

O aconselhamento foi mencionado pela maioria dos médicos e enfermeiros como a medida mais empregada pelos entrevistados. O rastreamento foi o mais empregado, segundo os médicos entrevistados, ao contrário dos enfermeiros que afirmaram que esta é a terceira medida mais aplicada. Já a vacinação foi mais citada pelos enfermeiros (64,7%) que pelos médicos (35%), e o contrário ocorreu com a quimioprofilaxia que foi citada por 42,5% dos médicos e por apenas dois enfermeiros.

Tanto o rastreamento como a quimioprofilaxia tiveram respostas diferentes, de acordo com a categoria profissional que se mostrou estatisticamente significativa ($p < 0,005$). Já com o aconselhamento, houve unanimidade quanto ao padrão de resposta entre as categorias profissionais e com a vacinação, apesar de ser diferente, não foi estatisticamente significativa.

Quando observamos a aplicação das medidas preventivas segundo o país de origem, observamos que houve uma discreta diferença entre a opinião dos profissionais brasileiros e espanhóis.

As medidas mais citadas pelos profissionais brasileiros foram o aconselhamento (84,2%), o rastreamento (47,4%), a vacinação (36,8%) e a quimioprofilaxia (10,5%). Já para os profissionais espanhóis, as medidas mais citadas foram o aconselhamento (92,7%) em

quase a totalidade dos entrevistados, a vacinação (52,7%) segundo a metade dos profissionais, seguida do rastreamento (41,8%) e da quimioprofilaxia (30,9%), conforme Tabela 21:

Tabela 21 – Medidas de PSPD mais aplicadas, segundo os profissionais dos serviços de atenção primária à saúde da Espanha e do Brasil, 2010

Medidas preventivas	Espanha N (%)	Brasil N (%)	p-valor
Aconselhamento	51 (92,7)	16 (84,2)	0,363
Rastreamento	23 (41,8)	9 (47,4)	0,79
Vacinação	29 (52,7)	7 (36,8)	0,291
Quimioprofilaxia	17 (30,9)	2 (10,5)	0,127

Observamos que o aconselhamento é a medida mais citada, segundo todos os profissionais. Quanto à segunda medida mais aplicada, houve uma diferença entre os profissionais brasileiros e espanhóis, pois os brasileiros citaram a vacinação seguida do rastreamento, já os profissionais espanhóis referem que o rastreamento é mais empregado que a vacinação, mas tais diferenças não obtiveram significância estatística.

5.1.9 Registro das medidas de PSPD

Após pesquisar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre as medidas preventivas, sua motivação para empregar, quais medidas são mais aplicadas e em quais atividades eles usualmente aplicam, perguntamos aos profissionais com que frequência eles registram nos prontuários clínicos, seja ele escrito ou eletrônico, a aplicação dessas medidas.

Conforme se observa na Tabela 22, a maioria dos profissionais de saúde (78,9%) informou que quando emprega as medidas de PSPD normalmente realiza a orientação verbal e registra nos prontuários dos usuários a atividade realizada. Outros 15,8% dos profissionais, sendo todos enfermeiros, afirmaram que fazem apenas a orientação verbal aos pacientes e não registram a medida. Apenas um médico informou que quando aplica a medida, registra no prontuário individual e também em um formulário próprio criado para as unidades de saúde da família vinculadas à FMRP/USP no município de Ribeirão Preto, onde são registradas as medidas preventivas. O formulário foi adaptado e também foi implantado no município de Morro Agudo. Ele tem a função de auxiliar o profissional de saúde a lembrar quais são as medidas a serem aplicadas e quais medidas já foram realizadas ou não.

Tabela 22 – Emprego das medidas e o registro, segundo médicos e enfermeiros dos serviços de atenção primária à saúde do Brasil, 2010

Aplicação das medidas de PSPD e o registro nos prontuários no Brasil	Médico		Enfermeiro		Total	
	N	%	N	%	N	%
Orientação verbal	-	-	3	30	3	15,8
Orientação verbal e registro em prontuário	8	88,9	7	40	15	78,9
Orientação verbal e registro em formulário próprio	-	-	-	-	-	-
Orientação verbal, registro em prontuário e em formulário próprio	1	11,1	-	-	1	5,3

Quanto ao registro nos prontuários dos serviços de saúde da Comunidade Autônoma de Madri, os profissionais informaram que, em 88,9% dos casos, realizam a orientação verbal e registram na história clínica do paciente, sendo que 9,3 responderam que fazem apenas a orientação verbal, sem o registro. Um profissional não respondeu à questão porque desconhecia as medidas de prevenção estudadas.

Cabe explicar que, na Espanha, o registro das medidas preventivas pode ser realizado tanto em campos da história clínica do usuário ou em áreas específicas de medidas preventivas. Além disso, uma vez digitada uma medida na história clínica, automaticamente ela é também registrada dentro da pasta específica para as medidas preventivas, não necessitando registrar em formulários próprios. Ademais o próprio sistema auxilia o profissional a lembrar quais são as medidas a serem aplicadas (por meio da cor verde para as que estão em dia e vermelho para as medidas atrasadas) e as que necessitam de atualização.

Ainda quanto ao registro, perguntamos aos médicos e enfermeiros do Brasil e da Espanha sobre a frequência com que se registram nos prontuários as orientações realizadas. Como mostra a Tabela 23, 63,2% dos brasileiros responderam que quando aplicam as medidas **quase sempre** registram as anotações, em 21,1% registram **algumas vezes** e em 15,8% eles afirmaram que **sempre** registram no prontuário.

Tabela 23 – Frequência do registro no prontuário, segundo os profissionais dos serviços de atenção primária à saúde da Espanha e do Brasil, 2010

Frequência do registro das orientações	Espanha N (%)		Brasil N (%)		p-valor
Nunca	1	1,8	-	-	0,791
Algumas vezes	11	20	4	21,1	
Quase sempre	28	50,9	12	63,1	
Sempre	14	25,5	3	15,8	
NSA	1	1,8	-	-	
Total	55	100	19	100	

Quadro semelhante ocorreu com os espanhóis, pois metade dos profissionais espanhóis também relatou que **quase sempre** registra nos prontuários e 20% deles também afirmaram que anotam no prontuário apenas **algumas vezes**. Entretanto, ao contrário dos profissionais brasileiros, um profissional respondeu que **nunca aplica** as medidas, e um percentual maior de profissionais afirmou que **sempre** registra as ações preventivas realizadas (25,5%). Não houve diferença estatisticamente significativa entre o padrão de respostas dos profissionais dos dois países que participaram da pesquisa.

Analisando com mais detalhe as respostas dos profissionais entre as categorias, observamos, conforme descrito na Tabela 24, que cerca da metade dos médicos e enfermeiros afirmou que **quase sempre** registram, 25% dos médicos responderam que registram apenas **algumas vezes**, enquanto 33,3% das enfermeiras informaram que registram **sempre** as medidas aplicadas realizadas. Apesar dessa diferença entre médicos e enfermeiros, ela não se mostrou estatisticamente significativa ($p=0,192$).

Tabela 24 – Frequência do registro no prontuário, segundo médicos e enfermeiros entrevistados dos serviços de saúde da Espanha e do Brasil, 2010

Frequência do registro nos prontuários espanhóis	Médico	Enfermeiro	p-valor
Nunca	1 (2,5)	0 (0,0)	0,192
Algumas vezes	10 (25%)	5 (15,1%)	
Quase sempre	23 (57,5%)	17 (51,5%)	
Sempre	6 (15%)	11 (33,3%)	

Quanto à entrega de material educativo, a maior parte dos entrevistados respondeu que somente em **algumas vezes** fornece material educativo, sendo 61,1% dos espanhóis e 78,9% dos brasileiros. Enquanto um número maior de espanhóis (37%) que brasileiros (15,8%)

afirmou que **quase sempre** adota esta prática. Apesar desta diferença ela não tem relevância estatística, de acordo com a Tabela 25:

Tabela 25 – Frequência de entrega de material educativo nos serviços de atenção primária à saúde, entre os partícipes da pesquisa na Espanha e no Brasil, 2010

Entrega de material educativo	Espanha		Brasil		p-valor
	N	%	N	%	
Nunca	1	1,9	0	0,0	0,117
Algumas vezes	33	61,1	15	78,9	
Quase sempre	20	37,0	3	15,8	
Sempre	0	0,0	1	5,3	
Total	55	100	19	100	

5.1.10 Obstáculos

Apesar das atividades de prevenção e promoção da saúde fazerem parte das atividades dos profissionais da atenção primária, perguntamos aos participantes quais eram os principais obstáculos para a aplicação destas medidas na prática diária.

Listamos as principais dificuldades encontradas na literatura, como a falta de tempo, a falta de um programa de incentivos institucionais que estimulem a aplicação das medidas, a falta de conhecimento ou motivação entre outros, e os profissionais opinaram se concordavam, discordavam ou se essas dificuldades não interferiam na aplicação das medidas preventivas de acordo com seu contexto.

Observamos que houve uma diferença na ordem dos principais obstáculos, segundo os profissionais dos dois países. Os espanhóis elegeram a falta de tempo para aplicar as medidas como o principal obstáculo; seguida da presença de orientações conflitantes de diversas sociedades; a falta de incentivo e a presença de outras prioridades. Os profissionais brasileiros afirmaram que as principais dificuldades eram a falta de incentivo, o desconhecimento do profissional, a falta de interesse e as medidas conflitantes sugeridas por diversas instituições, de acordo com a Tabela 26:

Tabela 26 – Principais obstáculos à aplicação das medidas de PSPD, segundo os profissionais dos serviços de atenção primária à saúde da Espanha e do Brasil, 2010

Obstáculos ao emprego das medidas de PSPD	Espanha		Brasil	
	Concordo	Discordo	Concordo	Discordo
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Tempo	43 (68,3)	12 (19)	2 (10,5)	14 (73,7)
Medidas conflitantes de PSPD	37 (61,6)	9 (15)	9 (47,3)	7 (36,9)
Falta de incentivo	31 (49,2)	20 (31,7)	12 (63,2)	6 (31,6)
Outras prioridades	31 (49,2)	25 (39,7)	7 (36,9)	10 (52,6)
Desconhecimento	18 (28,6)	39 (61,9)	11 (57,9)	8 (42,1)
Falta de interesse	9 (14,3)	46 (73)	11 (57,9)	8 (42,1)
Incerteza quanto ao valor do teste	28 (45,1)	19 (30,6)	8 (42,1)	9 (47,4)
Piora a relação profissional-paciente	23 (37,7)	29 (47,5)	6 (31,6)	12 (50,1)
Falta de organização do serviço	9 (14,3)	47 (74,6)	3 (15,8)	16 (84,2)
Medo de prejudicar o paciente	7 (11,5)	41 (67,2)	2 (10,5)	13 (68,4)
Mudança do perfil de morbimortalidade	2 (3,2)	59 (93,7)	0	19 (100)

Enquanto 68,3% dos profissionais espanhóis informaram que o tempo é um obstáculo para empregar as medidas de PSPD, no Brasil, 73,7% dos servidores entrevistados discordaram desta afirmativa.

A falta de incentivo das instituições e as medidas conflitantes foram dificuldades citadas pelos participantes dos dois países. Também houve concordância quanto a fatores que não interferem no emprego das medidas, como a organização do serviço, a não aplicação das medidas pelo medo de prejudicar o paciente e a crença de que o emprego das medidas preventivas interfere no perfil de morbimortalidade da população assistida.

Quando comparamos a opinião dos médicos e enfermeiros sobre os principais obstáculos, não encontramos diferenças significantes entre a opinião deles.

5.2 ANÁLISE DOS REGISTROS

Foram analisados os registros das medidas preventivas anotadas nos prontuários clínicos dos serviços de saúde no âmbito da atenção primária do Brasil e da Espanha. É importante ressaltar que no Brasil foram estudados os prontuários individuais dos usuários

cadastrados que procuraram a unidade de saúde e possuíam o registro de pelo menos dois atendimentos, no período de dezembro de 2007 a dezembro de 2009.

Os prontuários nacionais analisados são manuscritos ao contrário dos prontuários espanhóis que são eletrônicos há cerca de 10 anos. Assim a seleção dos prontuários se deu de forma diferente nos dois países. No Brasil, foi feito um cálculo amostral e selecionados 404 prontuários que continham os critérios de inclusão dos três municípios estudados.

O número de prontuário por serviço de saúde variou de acordo com o número de serviços de saúde da família da área estudada. No distrito oeste de Ribeirão Preto foram estudados os prontuários dos cinco Núcleos de Saúde da Família vinculados ao CAPSF da FMRP/USP, quatro, em Morro Agudo e um vinculado em Cássia dos Coqueiros.

Já na Espanha foram estudados todos os registros eletrônicos dos usuários cadastrados nas unidades de saúde estudadas e que passaram por consulta na unidade de saúde, com uma população bem maior que a amostra estudada dos serviços brasileiros.

Observamos uma diferença substancial quando comparamos o número de usuários assistidos no período pelos centros de saúde da Espanha, já que temos cerca de 6 a 8 equipes por centro, enquanto no Brasil possuímos apenas uma equipe por serviço de saúde estudado. Outra questão importante é que enquanto nos serviços estudados no Brasil são realizados três a quatro agendamentos por hora, nos serviços espanhóis estudados são realizados dez agendamentos por hora, com uma média de 6 minutos por consulta. Destacamos aqui que todo o processo de agendamento, prescrição e encaminhamentos são eletrônicos, o que agiliza a consulta.

5.2.1 Perfil da população atendida pelos serviços de saúde estudados

Municípios espanhóis

A coleta de dados dos serviços de saúde da Espanha foi realizada sobre toda a população acima de 14 anos cadastrada nas 15 unidades de saúde que atendia aos critérios de inclusão, de acordo com as medidas preventivas presentes na Carteira de Serviços da CAM.

Tabela 27 – Relação dos centros de saúde espanhóis, sua população e distribuição por sexo, 2010

Cidades	População	Masculino (%)	Feminino (%)
1	239.008	44,1	55,9
2	18.495	48,1	51,9
3	9.306	50,0	50,0
4	38.926	49,0	51,0
5	5.244	48,8	51,2
6	56.972	47,9	52,1

Podemos perceber que há uma distribuição semelhante entre homens e mulheres nos serviços de saúde, sendo que o município “1” há uma maior diferença entre homens e mulheres adscritos aos serviços, com 55,9% de mulheres e 44,1% de homens.

Municípios brasileiros

Foram revisados 404 prontuários dos três municípios selecionados. Os prontuários foram analisados segundo a idade, sexo, número de consultas e registros das medidas preventivas, segundo o Guia de Atividades Preventivas para Profissionais de Saúde.

Observamos, na Tabela 28, a idade da população atendida pelos serviços de saúde selecionados dos municípios brasileiros.

Tabela 28 – Distribuição da população atendida nos serviços de atenção primária à saúde por idade nos municípios brasileiros estudados, 2010

Cidade	N	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo
7	164	55,46	16,12	18	56	87
8	120	45,49	17,87	18	44	85
9	120	43,43	17,37	18	42	86

Observa-se uma população mais jovem no município “9”, com uma média de 43 anos e uma mediana de 42, ao contrário do município “7” que possui uma média com 55 anos.

Quanto ao sexo, 268 prontuários analisados eram do sexo feminino (66,3%) e 136 do sexo masculino (33,7%), este predomínio de mulheres ocorreu em todos os municípios, com um maior destaque no município “7” onde 71,2% dos prontuários selecionados eram de mulheres e 28% eram do sexo masculino. Houve uma menor diferença no município “8” com

40,8% dos prontuários do sexo masculino, o maior percentual encontrado, conforme a Tabela 29.

Tabela 29 – Distribuição por sexo da população atendida nos serviços de atenção primária à saúde nos municípios brasileiros estudados, 2010

Município	População	Masculino (%)	Feminino (%)
7	164	28	72
8	120	40,8	59,2
9	120	34,2	65,8
Total	404	33,7	66,3

Quanto à média de atendimento por usuário, os serviços de saúde estudados do município “9” ou de médio porte foram os que registraram a maior média (12,4) de atendimento por usuário, ao longo dos dois anos analisados. A segunda maior média foi apresentada pela cidade de pequeno porte, com uma média de 11,3 atendimentos encontrados nos prontuários e, a menor média, com 7,9 atendimentos por usuário de 2007 a 2009, foi encontrada no município “7”. Foram incluídos todos os atendimentos encontrados nos prontuários individuais realizados pelos médicos, equipe de enfermagem e outros profissionais, divididos entre retornos, eventuais, acolhimentos, visitas domiciliares e caso novo.

5.2.2 Principais medidas preventivas encontradas nos prontuários

As medidas preventivas foram divididas em rastreamento, aconselhamento sobre hábitos de vida e vacinação distribuídas entre municípios de pequeno, médio e grande porte.

Para comparar a aplicação das medidas de PSPD por município, calculamos as médias das medidas de rastreamento, aconselhamento e vacinação registradas pelos profissionais dos municípios do Brasil e da Espanha, conforme Tabela 30:

Tabela 30 – Médias do registro das medidas de rastreamento, aconselhamento e vacinação por município espanhol e brasileiro estudados, 2010

Município	Rastreamento	Aconselhamento	Vacinação
1	24,1	2,3	9,0
2	33,6	3,7	18,2
3	30,6	2,4	39,8
4	21,8	2,8	14,8
5	28,9	1,2	9,9
6	28,3	2,3	16,8
7	69,0	37,4	17,7
8	62,0	30,8	9,1
9	42,2	12,4	0,0

Houve uma discrepância entre as médias encontradas nos serviços de saúde analisados da Espanha (1 a 6) e do Brasil (7 a 9). Enquanto nos municípios espanhóis o denominador considerado foi toda a população adscrita aos serviços de saúde, nos serviços de saúde paulistas o denominador foi o total de prontuários sorteados dos usuários que buscaram o serviço de saúde (cerca de 120), um valor bem menor que a população adscrita ao centro de saúde.

Quando comparamos as médias encontradas entre os centros estudados dos municípios espanhóis (1 a 6), observamos que o rastreamento foi mais aplicado, com uma média que variou de 21,8 no município “4” a 33,6 no município “2”. A segunda medida mais frequente foi a vacinação que variou de 9,0 no município “1” e alcançou 39,8 no município “3”, seguida do aconselhamento, com uma média bem inferior às demais medidas de PSPD. Nos serviços das cidades paulistas (7 a 9), houve uma maior média no rastreamento, aconselhamento e por último uma média bem menor no registro de vacinação.

Houve um padrão da aplicação das medidas de PSPD em todos os municípios. O rastreamento foi a medida mais empregada por todos, independente do país e do número de habitantes, conforme Gráficos 2 e 3:

Gráfico 2 – Média das medidas de PSPD por tamanho dos municípios espanhóis, 2010

Nos municípios espanhóis estudados, o registro do rastreamento foi a medida mais encontrada, seguida da vacinação e do aconselhamento em todos os serviços de saúde dos municípios estudados.

Gráfico 3 – Média das medidas de PSPD por tamanho dos municípios do Brasil, 2010

Apesar de possuírem médias diferentes entre as medidas de PSPD, houve semelhança no padrão de registro das medidas de PSPD nos serviços de saúde do Brasil, com predomínio do rastreamento e do aconselhamento sobre a vacinação.

A partir desses resultados, realizamos uma análise mais minuciosa das medidas de rastreamento, aconselhamento e vacinação mais empregadas, segundo o tamanho do município na Espanha e posteriormente no Brasil.

Municípios espanhóis

Nos centros de saúde estudados da Comunidade Autónoma de Madri, quatro das cinco medidas mais registradas nos prontuários foram comuns a todos os municípios, foram elas: rastreamento para câncer de mama, hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes mellitus. Outras medidas variaram segundo o tamanho do município, conforme Tabela 31:

Tabela 31 – Tamanho da população e o percentual das medidas de PSPD encontradas, segundo o porte dos municípios da Espanha, 2010

Variáveis	Espanha					
	Pequeno		Médio		Grande	
	N	%	N	%	N	%
Mama	4988	40,0	9.370	53,9	33.495	34,0
Glicemia	53476	34,8	75.467	40,4	239.008	34,1
Dislipidemia	53476	34,0	75.467	39,9	239.008	30,9
HAS	53476	23,5	75.467	28,3	239.008	25,7
Útero	18987	22,1	27.893	26,2	87.341	15,0
IMC	53476	18,0	75.467	22,6	239.008	21,4
Gripe	9780	17,0	14.480	17,3	68.108	8,3
Tabaco	53476	14,1	75.467	20,3	239.008	19,1
Álcool	53476	5,4	75.467	7,5	239.008	7,5
Acons. Álcool	49893	3,0	70.981	2,7	228.224	2,6
Acons. Tabaco	49893	3,9	70.981	3,4	228.224	2,9
Dieta	49893	0,8	70.981	1,1	228.224	0,9

O rastreamento de hábitos como tabagismo e alcoolismo, assim como seu aconselhamento apresentou um baixo percentual de registro em todos os centros de saúde estudados. Considerando que os dados da Espanha são referentes à população, não há análise estatística.

Rastreamento

Não houve alteração na ordem das cinco medidas mais aplicadas nos municípios de pequeno e médio porte, foram elas: rastreamento de câncer de mama, diabetes, dislipidemia, hipertensão arterial e câncer do colo do útero. A única diferença observada entre todas as medidas empregadas pelos dois municípios ocorreu entre o rastreamento do tabagismo e a vacinação, uma vez que, no município de médio porte, houve um maior registro do rastreamento para tabagismo (20,3%) que para a vacinação contra influenza (17,3%), já nas cidades menores ocorreu o inverso.

Ademais, observamos que os serviços de saúde dos municípios de médio porte tiveram um percentual um pouco maior de registro das medidas preventivas, quando comparamos com os municípios de pequeno e grande porte, conforme Gráfico 4:

Gráfico 4 – Frequência do emprego das medidas de PSPD, segundo o tamanho dos municípios espanhóis estudados, 2010

Nos serviços de saúde dos municípios maiores, o rastreamento para diabetes (34,1%) e câncer de mama (34,0%) foram praticamente iguais, seguidos do rastreamento de dislipidemia (30,9%), hipertensão arterial (25,7%) e cálculo do IMC (21,4%). O município de grande porte foi a única cidade onde o rastreamento do câncer de colo de útero não ficou entre as cinco medidas mais aplicadas, tendo sido registrado em 15% dos usuários atendidos, ocupando o sétimo lugar. O rastreamento do tabagismo foi muito mais frequente que o rastreamento para o uso abusivo do álcool.

Aconselhamento e vacinação

O aconselhamento foi a medida menos encontrada nos prontuários de todos os serviços de saúde estudados. Além disso, houve diferença na ordem das medidas, pois os espanhóis registraram muito mais o aconselhamento sobre o tabagismo, depois do alcoolismo, e por último a orientação de uma dieta mais saudável.

Quanto à vacinação no país espanhol, também observamos um maior registro de vacinação nos municípios de pequeno e médio porte da Espanha (cerca de 17%) que nos municípios maiores (8,3%).

Municípios brasileiros

No Estado de São Paulo, das cinco medidas mais encontradas nos prontuários, quatro também foram comuns a todos os municípios estudados, quais sejam: rastreamento para hipertensão arterial, câncer de mama e de colo uterino e aconselhamento para uma dieta mais saudável. Outras medidas variaram segundo o tamanho do município, conforme Tabela 32:

Tabela 32 – Tamanho da amostra dos municípios brasileiros, segundo o porte, percentual de registro das medidas de PSPD e seus resultados do teste do Qui-quadrado, Brasil, 2010

Variáveis	Brasil						p-valor
	Pequeno (8)		Médio (9)		Grande (7)		
	N	%	N	%	N	%	
HAS	81	95,1	94	100,0	63	100,0	0,017
Mama	21	90,5	25	44,0	57	61,4	0,003
Útero	55	76,4	68	52,9	82	89,0	<0,001
Dislipidemia	54	37,3	61	31,6	74	48,5	0,114
Glicemia	41	82,9	33	21,4	88	55,9	<0,001
IMC	118	35,6	117	6,0	136	58,8	<0,001
Tabaco	120	41,7	120	23,3	162	55,6	<0,001
Álcool	120	36,7	119	12,6	161	47,2	<0,001
Acons. Álcool	95	8,4	113	3,5	119	21,8	<0,001
Acons. tabaco	91	12,1	110	3,6	106	22,6	<0,001
Dieta	57	71,9	47	29,8	137	67,9	<0,001
Gripe	33	9,1	24	0,0	82	19,5	0,027

Rastreamento

Dentre as medidas de rastreamento, a medida da pressão arterial (PA) foi encontrada em 100% dos prontuários estudados dos municípios de médio e grande porte, e em 95,1% dos prontuários nos municípios de pequeno porte, apesar de os valores não serem tão díspares, houve diferença estatística entre o registro da PA e o tamanho dos municípios ($p<0,017$).

A segunda medida mais encontrada em todas as cidades foi relacionada à prevenção de câncer na mulher, sendo o rastreamento para câncer de mama no município de pequeno porte (90,5%) e o rastreamento do câncer de útero nos municípios de médio (52,9%) e grande porte (89%). Aqui também observamos que houve associação entre o tamanho dos municípios e o emprego das medidas de câncer de mama ($p=0,003$) e câncer de colo uterino ($p<0,001$).

O cálculo do IMC como instrumento para rastrear a obesidade sofreu variações de acordo com as cidades estudadas, com valores variando de 6% no município de médio porte, 35,6% nos de pequeno porte a 58,8% nos centros de saúde do município “7”, conforme verificamos no Gráfico 5. A variação encontrada é estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

Gráfico 5 – Frequência da aplicação das medidas de PSPD, segundo o tamanho dos municípios paulistas estudados, 2010

Quanto ao rastreamento para dislipidemia, a diferença dos percentuais foi mais discreta, variando de 31,6% a 48,5% entre os serviços de saúde dos municípios e não houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,114$).

Os registros da glicemia sofreram alterações mais discrepantes, 21,4 a 82,9% entre os municípios, apresentando relevância estatística ($p < 0,001$).

Segundo os registros encontrados nos prontuários, o rastreamento do tabagismo foi mais frequente que o alcoolismo em todos os municípios, com um maior percentual nos municípios de grande porte (55,6%), seguido dos municípios com menor número de habitantes (41,7%) e por fim nas cidades de médio porte (23,3%). O mesmo se repetiu para o rastreamento do alcoolismo. Estas diferenças entre os valores encontrados entre os serviços de saúde estudados mostram-se significantes tanto para o alcoolismo como para o tabagismo ($p < 0,001$).

Aconselhamento e vacinação

Sobre o aconselhamento, foram analisadas as variáveis de aconselhamento para uma dieta mais saudável, sobre o tabagismo e alcoolismo (fatores de risco; incentivo à interrupção; manutenção da abstinência; etc.).

O aconselhamento para dietas saudáveis foi umas das cinco medidas mais encontradas nos prontuários nacionais estudados, foi a terceira medida (67,9%) mais encontrada nos prontuários da cidade “7”, e nos demais municípios tal medida ocupou o quinto lugar das medidas mais aplicadas, sendo 71,9% no município “8” e 29,8% no município “9”.

O aconselhamento referente ao tabagismo e alcoolismo apresentou um percentual de registro bem inferior, sendo que o aconselhamento sobre malefícios e suspensão do tabagismo foi discretamente mais elevado que o aconselhamento sobre alcoolismo. Observamos um menor percentual de registro dos aconselhamentos nos serviços de saúde do município paulista “9”, quando comparamos com os municípios “7” e “8”.

O registro da vacinação para gripe foi o que alcançou o menor índice nos prontuários estudados do Brasil. Foi registrado em quase 20% dos prontuários do município de grande porte, em 9% dos prontuários dos serviços de pequeno porte e não foi encontrado nenhum registro nos prontuários sorteados dos serviços de saúde do município de médio porte. Esta desigualdade entre os municípios mostrou-se estatisticamente significativa ($p < 0,027$).

5.2.3 Medidas de PSPD mais aplicadas segundo a categoria profissional

Profissionais espanhóis

Observamos uma divisão de tarefas entre médicos e enfermeiros no que tange à aplicação de algumas medidas de prevenção. Algumas medidas foram mais realizadas pelos médicos, como a glicemia, rastreamento do câncer de útero e dislipidemia, enquanto outras medidas foram mais empregadas pelos enfermeiros, como o rastreamento da obesidade, do tabagismo e alcoolismo, conforme observamos no Gráfico 6:

Gráfico 6 – Média da aplicação das medidas de PSPD, segundo os profissionais espanhóis dos serviços de atenção primária à saúde da Espanha, 2010

Rastreamento

Com relação ao rastreamento, os médicos e enfermeiros dos centros de saúde que participaram da pesquisa se portaram da seguinte forma, segundo o tamanho do município.

Tabela 33 - Rastreamento segundo o registro dos profissionais nos serviços de atenção primária à saúde da Espanha, 2010

Profissional	Medidas de rastreamento	Pequeno %	Médio %	Grande %	Total geral %
Enfermeiro	HAS	13	18	18	17
	IMC	11	18	17	16
	Tabagismo	7	15	12	12
	Glicemia	4	4	4	4
	Álcool	3	4	3	4
	Colesterol	3	3	3	3
	Câncer de útero	2,6	3,1	2,9	2,9
Médico	Colesterol	36	39	33	35
	Glicemia	37	39	33	35
	HAS	20	16	19	18
	Tabagismo	8	8	10	9
	IMC	12	7	7	8
	Álcool	3	2	2	2
	Câncer de útero	25,7	23,7	13,2	18,5

A hipertensão esteve presente entre as três medidas mais rastreadas nas duas classes profissionais. Os enfermeiros tiveram um percentual maior de rastreio de obesidade, tabagismo e alcoolismo que os médicos, que tiveram uma participação mais marcante no rastreamento de dislipidêmicos, diabéticos e de câncer de útero.

Aconselhamento

Tabela 34 – Aconselhamento segundo o registro de profissionais dos serviços de atenção primária à saúde da Espanha, 2010

Profissional	Medidas de aconselhamento	Pequeno	Médio	Grande	Total geral
		%	%	%	%
Enfermeiro	Tabagismo	2,3	3,3	2,2	2,5
	Álcool	1,9	2,7	2,1	2,2
	Dieta	0,3	0,9	1,0	0,9
Médico	Tabagismo	0,5	1,0	0,9	0,8
	Álcool	0,2	0,7	0,7	0,6
	Dieta	0,3	0,0	0,2	0,2

Os enfermeiros realizaram um percentual maior de registro de aconselhamento, seja sobre dieta ou hábitos saudáveis, que os médicos dos serviços de saúde estudados.

Profissionais brasileiros

Quanto aos profissionais brasileiros, observamos uma participação mais discreta da enfermagem tanto no rastreamento quanto no aconselhamento, com uma participação mais ativa dos médicos no rastreamento de doenças crônicas (diabetes e dislipidemia) e na prevenção de câncer nas mulheres.

Gráfico 7 - Média da aplicação das medidas de PSPD, segundo os profissionais brasileiros dos serviços de atenção primária do Brasil, 2010

Rastreamento

Com relação ao rastreamento, a Tabela 35 mostra as medidas de prevenção mais registradas pelos profissionais brasileiros de acordo com a categoria profissional e o tamanho do município.

Tabela 35 - Rastreamento segundo o registro dos profissionais nos serviços de atenção primária à saúde do Brasil, 2010

Profissional	Rastreamento	Pequeno %	Médio %	Grande %	Total geral %
Médico	Glicemia	85,0	81,4	88,0	85,7
	Colesterol	83,6	60,9	90,4	79,4
	Câncer de Mama	90,3	56,0	65,0	69,8
	Câncer de útero	50,9	43,5	87,1	63,2
	Tabagismo	40,8	20,0	55,6	40,5
	Álcool	35,8	10,9	47,8	33,3
	HAS	7,4	9,6	100	32,8
	IMC	15,3	0,0	55,1	25,1
Enfermeiro	HAS	71,6	83,0	0,0	57,1
	Câncer de útero	20,0	10,1	1,2	9,1
	IMC	11,0	1,7	0,7	4,3
	Câncer de Mama	3,2	0,0	0,0	0,9
	Colesterol	1,5	1,6	0,0	0,9
	Tabagismo	0,0	2,5	0,0	0,7
	Álcool	0,0	1,7	0,0	0,5
	Glicemia	1,7	0,0	0,0	0,5

Entre as medidas encontradas, o rastreamento da hipertensão arterial foi o mais registrado pela equipe de enfermagem, seguido do cálculo do IMC e do rastreamento do câncer de colo uterino. Já entre os médicos, o rastreamento do diabetes, dislipidemia e tabagismo e a prevenção de câncer (de mama e útero) na mulher foi o mais encontrado nos prontuários estudados.

Rastreamento para obesidade

O IMC foi realizado pelo médico (25,1%) na maior parte das vezes que encontramos este dado anotado no prontuário, seguido da enfermagem em 4,3% e dos nutricionistas em 3% dos prontuários estudados. Em 2,7% dos prontuários, a medida foi registrada por mais de uma categoria profissional. No entanto, na grande maioria dos casos (65,0%), este dado não foi encontrado no prontuário.

Tabela 36 – Rastreamento da obesidade, segundo profissional e o porte do município estudado no Brasil, 2010

Índice de Massa Corporal	Pequeno %	Médio %	Grande %	Total %
Médico	15,3	0,0	55,1	25,1
Enfermagem	11,0	1,7	0,7	4,3
Vários	5,9	0,0	2,2	2,7
Outros	3,4	5,1	0,7	3,0
Não foi realizado	64,4	93,2	41,2	65,0

Quando separamos o achado pelo tamanho do município, apareceram algumas divergências, pois no município de médio porte, quando encontramos o IMC, observamos que foi calculado pelo nutricionista (5,1%) e pela equipe de enfermagem (1,7%). Em mais da metade dos prontuários dos serviços de saúde estudados do município de grande porte, o cálculo do IMC foi realizado pelo médico, já no município de pequeno porte 15,3% dos IMCs calculados foram realizados pelos médicos, pela equipe de enfermagem (11%) ou por mais de um profissional (5,9%).

Rastreamento para HAS

No rastreamento para hipertensão arterial em 57,1% dos casos, a medida foi aferida pelos profissionais da enfermagem, em 32,8% pelos médicos e 7,6% por mais de um profissional.

Analisando os municípios separadamente, nota-se que todos os registros dos serviços de saúde do município de grande porte foram feitos exclusivamente pelos médicos, enquanto nos municípios pequenos e de médio porte a medida foi empregada na maioria das vezes pelos enfermeiros.

Tabela 37 - Rastreamento de hipertensão arterial, segundo profissional e o porte do município estudado do Brasil, 2010

HAS	Pequeno %	Médio %	Grande %	Total
Médico	7,4	9,6	100	32,8
Enfermagem	71,6	83,0	0,0	57,1
Vários	16,0	5,3	0,0	7,6
Outros	0,0	2,1	0,0	0,8
Não foi rastreado	4,9	0,0	0,0	1,7

Rastreamento para dislipidemia e glicemia

O rastreamento para essas comorbidades foi quase exclusivo da classe médica, apenas em um pequeno percentual nos municípios de pequeno e médio porte houve o registro por parte do enfermeiro que anotou os resultados dos exames no prontuário do usuário.

Tabela 38 - Rastreamento da dislipidemia e diabetes, segundo profissional e o porte do município estudado do Brasil, 2010

Dislipidemia	Pequeno %	Médio %	Grande %	Total
Médico	83,6	60,9	90,4	79,4
Enfermagem	1,5	1,6	0,0	0,9
Não foi rastreado	14,9	37,5	9,6	19,6
Glicemia				
Médico	85,0	81,4	88,0	85,7
Enfermagem	1,7	0,0	0,0	0,5
Não foi rastreado	13,3	18,6	12,0	13,8

Observamos que o município de médio porte foi o município que menos solicitou o lipidograma e glicemia, quando havia indicação de solicitá-lo, seguido dos outros municípios estudados.

Rastreamento de câncer de colo de útero e câncer de mama

O rastreamento do câncer do colo do útero foi feito em sua maioria pelos médicos (63,2%), no entanto, nos municípios de pequeno e médio porte, observamos que o enfermeiro também foi responsável pela coleta do preventivo para câncer do colo do útero. No município menor, rastreamaram um percentual de 20% enquanto os médicos rastreamaram o câncer de colo em 50,9% do total dos casos. Já no município de médio porte, os enfermeiros tiveram uma participação menor (10,1%), mas ainda assim significativa, enquanto no município de grande porte foi encontrado apenas um único registro realizado pelo enfermeiro (1,2%). Em 26,3% dos casos, o rastreamento para câncer do colo uterino não foi realizado.

Tabela 39 - Rastreamento do câncer de colo uterino e de mama, segundo profissional e o porte do município estudado do Brasil, 2010

Câncer do Colo do Útero	Pequeno %	Médio %	Grande %	Total %
Médico	50,9	43,5	87,1	63,2
Enfermagem	20,0	10,1	1,2	9,1
Médico e enfermagem	5,5	0,0	0,0	1,4
Não foi realizado	23,6	46,4	11,8	26,3
Câncer de Mama				
Médico	90,3	56,0	65,0	69,8
Enfermagem	3,2	0,0	0,0	0,9
Não foi realizado	6,5	44,0	35,0	29,3

Quanto ao câncer de mama, houve predomínio de médicos sobre os enfermeiros em todos os municípios. O município de pequeno porte foi o que mais empregou esta medida e o único que teve a participação da enfermagem no rastreio do câncer de mama.

Rastreamento de álcool e tabagismo

O rastreamento do alcoolismo foi feito majoritariamente pelos médicos, independente do serviço de saúde estudado. Contudo este percentual não atingiu metade dos prontuários estudados, pois a maioria deles (65,8%) não possuía o rastreio para alcoolismo. O mesmo padrão ocorreu com o rastreamento de tabagismo aos usuários que tiveram seus prontuários revisados. Quando encontramos o registro do tabagismo, este foi feito em sua maioria por médicos. No entanto, um grande número de prontuários não possuía a anotação sobre tabagismo (44,4% a 76,7% dos prontuários).

Tabela 40 - Rastreamento do alcoolismo e tabagismo, segundo profissional e o porte do município estudado do Brasil, 2010

Alcoolismo	Pequeno %	Médio %	Grande %	Total %
Médico	35,8	10,9	47,8	33,3
Enfermagem	0,0	1,7	0,0	0,5
Outros	0,8	0,0	0,6	0,5
Não foi realizado	63,3	87,4	51,6	65,8
Tabagismo				
Médico	40,8	20,0	55,6	40,5
Enfermagem	0,0	2,5	0,0	0,7
Vários	0,0	0,8	0,0	0,2
Outros	0,8	0,0	0,0	0,2
Não foi realizado	58,3	76,7	44,4	58,2

Aconselhamento e vacinação

No Brasil, analisando todos os municípios, observamos que em 39,6% dos casos não houve orientação sobre a dieta, entretanto quando a abordagem foi registrada, ela foi feita pelos médicos (51,7%), seguidos dos nutricionistas (4,2%) e por fim pelos enfermeiros (2,9%).

Tabela 41 – Aconselhamento sobre dieta e vacinação contra gripe, segundo profissional e o porte do município estudado do Brasil, 2010

Aconselhamento sobre Dieta	Pequeno %	Médio %	Grande %	Total
Médico	64,9	8,5	61,0	51,7
Enfermagem	0,0	4,3	3,7	2,9
Vários	1,8	4,3	0,7	1,7
Outros	5,3	10,6	1,5	4,2
Não foram aconselhados	28,1	72,3	33,1	39,6
Vacinação				
Médico	9,1	0,0	19,5	13,7
Enfermagem	0	0,0	0,0	0,0
Não foi registrado	90,9	100	80,5	86,3

Quando estudamos os municípios individualmente, observamos que, no município de médio porte, os outros profissionais (nutricionistas) orientaram mais sobre dieta que os médicos (8,5%) e a equipe de enfermagem (4,3%). Nos demais municípios, o médico foi o que mais aconselhou em mais de 60% dos aconselhamentos registrados nos prontuários estudados.

Quando analisamos o registro da vacina nos prontuários dos usuários, percebemos que, na totalidade dos casos, o médico foi o único profissional que registrou a orientação sobre a vacinação contra gripe, contudo isto representou um baixo percentual de registro, pois mais de 80% dos prontuários não possuía a indicação desta vacina registrada nos prontuários.

5.2.4 Emprego apropriado e inapropriado das medidas de PSPD nos serviços de saúde brasileiros

Para comparar o desempenho das unidades de saúde estudadas quanto ao emprego das medidas preventivas e utilizamos dois indicadores já aplicados previamente²³, o Índice de

Medidas Apropriadas (IMA) e o Índice de Medidas Inapropriadas (IMI). O primeiro diz respeito à proporção das medidas elegíveis aplicadas em relação ao total de medidas elegíveis e o IMI é a proporção das medidas não recomendáveis em relação ao total de medidas realizadas (recomendáveis e não recomendáveis).

Esses indicadores foram aplicados para cada prontuário estudado, comparando a aplicação de medidas apropriadas e inapropriadas.

Índice de Medidas Apropriadas

Comparamos a média do “IMA” encontrada, de acordo com o tamanho dos municípios paulistas estudados.

Tabela 42 – Descrição do indicador “IMA”, segundo o município brasileiro estudado, 2010

Cidade	N	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo
7	164	0,45	0,17	0	0,44	0,9
8	120	0,41	0,23	0	0,44	0,91
9	120	0,24	0,15	0	0,22	0,75

Observamos a distribuição do “IMA” por municípios estudados no Brasil e verificamos uma média menor que 50% em todas as cidades estudadas, com uma aproximação dos valores nos municípios “7” e “8”, com um valor entre 40 e 45% de medidas apropriadas. Já os centros de saúde do município “9” apresentaram uma média do “IMA” menor que 25%, conforme observamos no Gráfico 8.

Gráfico 8: Distribuição do “IMA”, segundo o tamanho dos municípios brasileiros estudados, 2010

É possível observar que, nos municípios “7” e “9”, há uma distribuição mais simétrica dos dados do que ocorre com o município “8”. No entanto, tanto no município “7” quanto no “8” a mediana está mais próxima do 0,5 e no município “9” mais próxima do 0,2. Observamos também que os maiores valores estão acima de 0,8 nos municípios “7” e “8”, e no “9” os maiores valores estão abaixo de 0,8.

Para comparar a média do “IMA” entre os três municípios e a diferença entre as suas médias, aplicamos a análise de variância (ANOVA), utilizando-se do software SAS versão 9. Para a utilização desse modelo, é necessário que os resíduos tenham distribuição normal com variância constante.

Tabela 43 - Análise de variância do indicador “IMA” por cidades brasileiras estudadas, 2010

Fonte de Variação	SQ	G.L.	MQ	valor F	p-valor
Modelo	3,03	2	1,52	44,89	<0,001
Erro	13,54	401	0,03		
Total	16,57	403			

Após análise da variância, foi verificado que houve diferença estatística ($p < 0,001$) entre os grupos e para identificar qual era o município mais díspar, utilizou-se o pós-teste de Duncan.

Tabela 44 – Resultados do pós-teste de Duncan, segundo o porte dos municípios estudados, Brasil, 2010

Cidade	Média
7	0,45 ^a
8	0,41 ^a
9	0,24 ^b

*médias com mesma letra não são significativamente diferentes em relação aos outros grupos do nível de 5% pelo teste de Duncan.

De acordo com a tabela, podemos observar que o município “9” é significativamente diferente em relação aos outros grupos, com uma média inferior aos municípios de pequeno e grande porte.

Índice de Medidas Inapropriadas:

Comparamos a média do “IMI” encontrada, de acordo com o tamanho dos municípios paulistas estudados.

Tabela 45 – Descrição do indicador “IMI” por cidade brasileira estudada, 2010

Cidade	N	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo
7	164	0,12	0,18	0	0	0,83
8	120	0,13	0,21	0	0	0,78
9	120	0,08	0,18	0	0	1

Observamos uma média próxima de 0,1 em todos os municípios e com um grande número de valores iguais a zero (mediana igual a 0), o que determina uma menor proporção de usuários que tiveram medidas rastreadas inapropriadamente.

Para a comparação entre os grupos, foi utilizado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis para as variáveis dependentes. O resultado do teste foi de 0,013.

Considerando um nível de significância de 5%, realizamos um pós-teste (Teste de Comparações Múltiplas) para detectar nos municípios quais eram os grupos diferentes. Estes testes foram feitos também por meio do software SAS.

Tabela 46– Teste de Dunn para comparações múltiplas do indicador “IMI”, por cidade estudada no Brasil, 2010

Cidade	Diferença
7 - 8	NS
7 - 9	*
8 - 9	NS

Segundo o teste não houve diferença entre as cidades “7” e “8” e nem entre as cidades “8” e “9”, apenas nos valores dos municípios “7” (grande porte) e “9” (médio porte) observamos diferença entre os resultados do “IMI”. O município de médio porte apresentou os menores valores do “IMI”, enquanto os municípios “7” e “8” apresentou valores maiores, conforme observamos Gráfico 9.

Gráfico 9: Distribuição do “IMI”, segundo o tamanho dos municípios brasileiros estudados, 2010

Medidas inapropriadas mais empregadas

Levantamos quais foram as medidas preventivas mais aplicadas pelos profissionais para rastreamento sem seguir como parâmetro a periodicidade e a indicação presente no Guia de Atividades Preventivas para Profissionais de Saúde²².

Gráfico 10 - Emprego de medidas inadequadas de rastreamento, segundo o porte do município estudado no Brasil, 2010

A solicitação de exames laboratoriais para rastrear diabetes e dislipidemia foi a medida mais solicitada indiscriminadamente pelos profissionais de saúde, em todos os municípios. Na

maioria dos casos, os exames foram solicitados para usuários jovens e sem nenhuma indicação precisa registrada no prontuário.

Tabela 47 – Emprego de medidas inapropriadas de rastreamento, segundo o porte do município estudado no Brasil, 2010

Medidas empregadas inadequadamente	Pequeno	Médio	Grande	Total
Glicemia	19 (46,3%)	10 (24,4%)	12 (29,3%)	41 (100%)
Dislipidemia	13 (53%)	3 (12%)	9 (36%)	25 (100%)
Ca de mama	10 (58,8%)	3 (17,6%)	4 (23,5%)	17 (100%)
Ca de útero	0	1 (25%)	3 (75%)	4 (100%)

O mesmo ocorreu no rastreamento de câncer de mama em mulheres jovens e sem antecedentes familiares, em maior proporção no município de pequeno porte. Já o rastreamento de câncer de útero em mulheres, com idade acima da preconizada pelo Ministério da Saúde, foi o achado mais comum nos serviços de saúde estudados do município de Ribeirão Preto. O mesmo não ocorreu no município de pequeno porte.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A PESQUISA

A prevenção de doenças e a assistência no âmbito da atenção primária à saúde, sob a ótica da Estratégia da Saúde da Família, sempre foram áreas de interesse da pesquisadora desde os tempos da residência médica, dada a necessidade de investigação nestes dois campos de conhecimento.

O aspecto mais relevante desta investigação foi o desafio da coleta dos dados em dois países, com campos de pesquisa, idioma, cultura e realidades distintas. Na Espanha a inserção das medidas preventivas foi estabelecida de forma sistematizada há mais de 20 anos por meio de um amplo programa conhecido como Papps. Já no Brasil, esta questão é tratada de forma pontual e não integrada, por meio de ações assistenciais, ainda em caráter incipiente.

Para conformação desse campo de pesquisa na Espanha, foi necessária uma imersão nos serviços de saúde para conhecer as peculiaridades da sua atenção primária à saúde, adaptar os instrumentos quanto às necessidades e realidade local. A dificuldade com a língua e a criação e aplicação dos instrumentos da pesquisa foram desafios encontrados, mas que foram superados pela aceitabilidade por parte dos profissionais que se prontificaram a participar da pesquisa.

No Brasil, as entrevistas com os profissionais se deram de forma mais tranqüila, contudo a revisão dos prontuários foi mais trabalhosa, pois como são manuscritos a sua revisão exigiu mais tempo, principalmente nos municípios de pequeno e médio porte.

6.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS ENCONTRADOS NOS QUESTIONÁRIOS

Foram entrevistados 82 profissionais, divididos igualmente entre médicos e enfermeiros, com um predomínio de mulheres (75,6%) entre os enfermeiros e um equilíbrio entre a categoria médica (20 homens e 20 mulheres). Os dados encontrados estão de acordo com o perfil dos profissionais de saúde da atenção primária no Brasil, segundo Machado *et al.* (1997) na atenção primária, especificamente na saúde da família, há uma maior absorção das

mulheres como médicas nas equipes de trabalho, não apenas na enfermagem, que é uma característica peculiar desta profissão⁵¹.

Houve diferenças no perfil dos profissionais, sobretudo quanto ao tempo de formado e principalmente ao tempo de atuação na atenção primária, pois a maioria dos espanhóis entrevistados tinha mais de 10 anos de formado (73%), e metade deles atuava na APS há mais de 10 anos (54%), enquanto um terço dos brasileiros tinha entre 4 e 6 anos de formado e quase metade deles estava há menos de 3 anos na APS. Quanto à vida profissional dos médicos, podemos dividi-la conforme o Gráfico 11.

Gráfico 11: Fases da vida profissional do médico na Espanha e no Brasil, 2010

Segundo a tipologia criada por Machado *et al.*, (1997) sobre a vida profissional dos médicos², os profissionais brasileiros estariam em sua maioria na primeira fase, ou seja, iniciando-se na vida profissional, constituída por profissionais jovens com menos de 30 anos e com até 4 anos de formado, enquanto a maioria dos profissionais espanhóis estaria na fase de consolidação da vida profissional, formada por profissionais com 10 a 24 anos de formado ou ainda na fase de desaceleração, quando têm em média de 50 a 59 anos de idade e há mais de 25 anos estão no mercado⁵².

Quanto ao tempo de atuação dos profissionais nas equipes da ESF, os achados são compatíveis com a literatura nacional que revela que 43,34% dos profissionais atuam há menos de um ano na ESF com uma alta rotatividade desses profissionais nas equipes de saúde da família. Este alto percentual de mudança dos profissionais da ESF é prejudicial ao trabalho da equipe, ao estabelecimento de vínculo com a comunidade e ao fortalecimento da Saúde da Família como eixo estruturante da APS dentro do SUS. Revela deficiências na organização

² São cinco fases, a fase de iniciação na vida profissional, a segunda fase que é de afirmação no mercado, formado por médicos com 5 a 9 anos de formação, a fase de consolidação na profissão, constituída por médicos com 10 a 24 anos de formação, a quarta fase que é a de desaceleração profissional com mais de 25 anos de formação e a última fase, denominada de paralisando a vida profissional, formada por médicos de mais de 35 anos de formação.

das políticas públicas no âmbito dos municípios na forma de contratação dos profissionais, com precarização do vínculo de trabalho, más condições de trabalho e fragmentação da formação^{52,53}.

Quanto à especialização, a maioria dos médicos de família brasileiros tinha residência de MFC, o que não reflete a realidade nacional que dispõe de um número reduzido de profissionais com tal residência médica. Em estudo realizado pelo Ministério da Saúde, apenas 37,16% dos médicos da atenção primária que participaram da entrevista tinham residência, sendo a média nacional de 75%, o que ressalta a baixa qualificação dos profissionais que atuam na APS do Brasil. Daqueles que possuíam residência, 14,91% tinham residência em Medicina Geral Comunitária, a antiga denominação de MFC⁵¹. A busca deste perfil foi intencional, pois queríamos evitar que possíveis diferenças na formação dos médicos entrevistados dos dois países interferissem no padrão de respostas. Assim buscamos centros de saúde vinculados à universidade, pois aumentava a probabilidade de esses profissionais terem cursado residência de MFC.

Na Espanha desde 1995, é exigida a especialização nesta área para poder atuar como médico de família no sistema público. Como 71,9% dos profissionais espanhóis têm mais de 10 anos de formação, é esperado que ainda existam profissionais atuantes da rede primária sem a residência de MFC, o que justifica os 25,8% de médicos sem especialização⁵⁴.

Apesar das diferenças no perfil dos profissionais entrevistados do Brasil e da Espanha, como tempo de formado, possuir ou não especialização, o vínculo e a idade, as mesmas não interferiram no padrão de respostas dos questionários, quanto ao conhecimento, aplicação, registro ou obstáculos para a aplicação das medidas de PSPD.

Quanto à opinião dos profissionais sobre as medidas preventivas, todos concordam que as medidas de PSPD são parte importante da assistência, estão motivados (96,3%) e acreditam que essas medidas são aplicadas na maior parte das atividades realizadas (95,1%).

Apesar da postura otimista em relação às medidas preventivas, uma pesquisa realizada na Espanha com profissionais da atenção primária, gerentes de unidades e gestores dos serviços de saúde, sobre a evolução do Papps naquele país, mostrou que o desgaste dos profissionais (*burnout*) é uma das principais justificativas para a desmotivação dos profissionais ao emprego das medidas preventivas²¹.

Segundo metade dos profissionais espanhóis (50,8%), qualquer contato com o usuário é um espaço adequado para aplicar as medidas preventivas, seguido das consultas

programadas com 44,4% da preferência desses profissionais. Houve diferença na ordem escolhida pelos profissionais brasileiros que defenderam a consulta agendada como o local privilegiado para empregar ações de prevenção, e depois elegeram as atividades em grupo, a visita domiciliar ou qualquer encontro com o usuário. Ressaltamos que a grande maioria (86,6%) dos entrevistados não acredita que as consultas eventuais sejam locais apropriados para as práticas preventivas. Quando perguntamos onde eles normalmente aplicam as medidas preventivas, a grande maioria destacou a consulta agendada como principal local para aplicação das medidas de PSPD. Apesar da consulta médica programada proporcionar uma efetiva abertura para a prevenção e promover uma oportunidade natural para iniciar a prevenção, pesquisas reforçam que qualquer encontro do usuário com o serviço deveria ser um espaço para prevenção. A aplicação de medidas pode ser mais efetiva quando existe nexo entre a queixa do usuário e o aconselhamento realizado pelo profissional, principalmente quando o paciente e o profissional de saúde reconhecem que o problema atual e recorrente poderia ter sido evitado, como, por exemplo, abordar o tabagismo para pacientes que buscam serviços com crises de broncoespasmo ou com angina^{10,55}.

A opinião dos profissionais está coerente com achados encontrados na literatura nacional que demonstram que a aplicação das medidas preventivas ocorreu com mais frequência nos serviços que possuem mais atendimentos programados que aqueles serviços que têm um número maior de consultas eventuais⁵⁶.

Quanto à responsabilidade dos profissionais, observamos que, no Brasil, os médicos e enfermeiros responderam que tanto o aconselhamento como a vacinação é uma atividade que deveria ser desempenhada por todos os profissionais da equipe. Esta postura se explica pelas diretrizes atribuídas à estratégia de saúde da família no Brasil, onde o trabalho em equipe e a integralidade da atenção são pressupostos importantes. Objetiva-se integrar ações curativas e preventivas em um mesmo momento sobre o mesmo objeto – a família, por meio da intersecção dos conhecimentos e habilidades de cada categoria profissional, com o intuito de atender às necessidades de saúde e promover uma melhor qualidade de vida dos usuários e dos seus familiares^{57,58}.

Quando questionamos sobre o rastreamento, os profissionais entrevistados afirmaram que é um papel mais específico do médico e da enfermeira e 63,2% dos entrevistados brasileiros defenderam que a enfermagem tem um importante papel no rastreamento. Contudo, se pensarmos que o rastreamento não está só relacionado à solicitação de exames,

mas também à busca sobre hábitos nocivos como tabagismo e alcoolismo, deveria ser uma atividade comum a todos os profissionais.

Na Espanha este perfil foi um pouco diferente, embora concordem que o aconselhamento deva ser compartilhado por todos os profissionais, quando se trata da vacinação e do rastreamento há uma maior divisão de tarefas entre os médicos e enfermeiros. Consideraram a vacinação como tarefa típica do enfermeiro (90,5%) e o rastreamento de responsabilidade médica (92,7%), com uma menor contribuição da enfermeira (39%) e da matrona (25,8%).

Nessa linha, Rose já argumentava a necessidade da divisão de tarefas entre as categorias profissionais. Referia que algumas medidas deveriam ser extensão do trabalho médico como rastreamento e imunização, enquanto outras que necessitavam de habilidades específicas como o aconselhamento, deveria ser função dos enfermeiros ou outros profissionais que possuíssem uma melhor formação teórica e prática neste tema¹⁰.

Os profissionais entrevistados informaram que as medidas preventivas que mais empregavam durante as atividades diárias era o aconselhamento, e as demais medidas variaram conforme o país. No Brasil o rastreamento foi mais citado que a vacinação e na Espanha a vacinação foi mais referida que o rastreamento.

Esse resultado corrobora os achados de Stange *et al.*, cujo trabalho consistiu em rever cerca de 2.500 gravações de consultas clínicas para avaliar a aplicação ou não de medidas preventivas. Observou-se que a medida mais empregada pelos profissionais, durante as consultas em geral, foi o aconselhamento sobre hábitos saudáveis em 28% de todas as consultas, vacinação em 5% e o rastreamento em 4% das consultas. Em um número pequeno de consultas mais de uma medida foi aplicada simultaneamente³¹.

Assim é possível verificar que os profissionais entrevistados apresentam um perfil comum aos médicos de família, aplicando mais o aconselhamento, seguidos do rastreamento e vacinação ou vice-versa.

Quando perguntamos aos profissionais a frequência com que aplicavam as medidas preventivas, metade dos espanhóis e brasileiros respondeu que **quase sempre** empregavam as medidas preventivas, principalmente nas consultas agendadas. Quando comparamos com os dados encontrados no mesmo estudo acima citado, observamos um percentual próximo a 30% de emprego das medidas preventivas em todas as consultas estudadas³¹.

6.3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS ENCONTRADOS NOS REGISTROS

Apesar de os profissionais afirmarem que o aconselhamento é a medida mais aplicada, o rastreamento foi a medida mais encontrada em todos os serviços estudados. O aconselhamento de medidas preventivas teve um número maior de registro nos prontuários brasileiros que nos espanhóis, e o inverso ocorreu com a vacinação que teve mais registros nos prontuários espanhóis que brasileiros.

Foram encontrados poucos registros de aconselhamento, principalmente quanto ao uso nocivo de álcool e do tabagismo e uma das possíveis razões é que o aconselhamento muitas vezes pode ser realizado durante uma conversa no acolhimento, nas atividades em grupo ou na visita domiciliar, e os profissionais sobrecarregados pelo trabalho acabam por não registrar. Ao passo que no rastreamento, além do registro do rastreamento, também foi considerado rastreado quando encontramos os resultados dos exames complementares, assim como a anotação dos seus resultados ao longo do prontuário.

A pesquisa em prontuários é uma importante fonte de informação, e o registro em saúde é considerado um critério da avaliação da qualidade prestada. O prontuário é um documento único, constituído por informações sobre a saúde do paciente e assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre os profissionais envolvidos na assistência⁵⁹. O registro nos prontuários respalda o profissional quanto às ações prestadas aos usuários por ele assistidos, sendo recomendado por todos os Conselhos Federais das categorias profissionais que seja feito um registro claro, consistente e legível.

Ainda assim, a literatura aponta uma baixa qualidade do registro em saúde, com prontuários incompletos e mal preenchidos, seja no âmbito hospitalar ou ambulatorial. Sem considerar as informações que se perdem quando os prontuários desaparecem, exames são extraviados ou os registros não são feitos^{60,61,62}.

Apesar desse cenário encontrado na literatura, a maioria dos prontuários estudados era legível e claro, e nenhum prontuário foi excluído do processo por falta de informações, não identificação do usuário ou ilegibilidade. Quanto à frequência do registro das medidas de PSPD nos prontuários, mesmo que mais de 75% dos profissionais afirmassem que sempre ou quase sempre empregavam as medidas de prevenção, apenas 15,8% dos profissionais

responderam que **sempre** registram, e um número mais expressivo (63,2%) afirmou que **quase sempre** registra as ações empregadas.

A ausência do registro não significa que o profissional não empregou as medidas preventivas, entretanto dados não registrados são considerados como não realizados, o que talvez indique a necessidade de se utilizar outros métodos, como a gravação dos atendimentos ou entrevista com o usuário, para verificar se o aconselhamento foi feito apesar de não ter sido registrado.

Nesse sentido foi realizada uma pesquisa em Ribeirão Preto, por meio de entrevistas domiciliares sobre o risco de câncer e comportamentos preventivos. Os sujeitos foram questionados se já tinham recebido informações sobre prevenção de câncer e 80% da população entrevistada afirmou que já teve acesso a informações sobre prevenção de doenças e promoção de saúde, e o local mais citado como veículo dessas informações foi a televisão (58,2%), cartazes (13,6%) e depois em postos de saúde (10,9%) e em 7,3% dos casos por profissionais de saúde⁶³. Diante desses resultados, enfatizamos a necessidade de estimular ações intersetoriais e parcerias para difundir as informações sobre a promoção de saúde e prevenção de doenças, com intuito de atingir toda a população, como a televisão, rádio, internet, etc. Além disso, reforçamos o papel do profissional de saúde como educador em saúde que deveria utilizar recursos verbais e não verbais, como panfletos, cartazes para desenvolver ações e práticas educativas sobre a PSPD e atingir toda a população adscrita e não só aqueles que buscam pelos serviços de saúde.

6.3.1 Medidas mais registradas pelos profissionais

Duas das quatro medidas mais registradas em todos os municípios dos dois países foi o rastreamento para hipertensão arterial e para câncer de mama. Enquanto os brasileiros realizaram mais rastreamento para câncer do colo do útero e orientação de uma alimentação mais saudável, os espanhóis registraram mais o rastreamento para diabetes e dislipidemia. Esses achados refletem o perfil de morbimortalidade do Brasil, da Espanha e da grande maioria dos países.

O rastreamento da hipertensão arterial foi encontrado em quase todos os prontuários brasileiros estudados, enquanto nos prontuários espanhóis foi a quarta medida mais registrada. Tem importante relevância clínica, pois é o principal fator de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares que hoje representam a principal causa da mortalidade e

incapacidade prematura na grande maioria dos países⁶⁴. Representam 62,8% de todas as mortes ocorridas no Brasil e 58,5% do total das mortes por causa conhecida no mundo³. Justifica-se a preocupação dos profissionais com esta doença e suas repercussões clínicas, dado o peso que representa aos usuários e também aos serviços de saúde.

Quanto à prevenção de neoplasia na mulher, o rastreamento do câncer de mama foi a medida preventiva mais encontrada nos serviços de saúde espanhóis, já no Brasil foi a segunda medida mais encontrada em todas as cidades, sendo o rastreamento para câncer de mama mais freqüente no município de pequeno porte (90,5%) e o rastreamento do câncer de útero nos municípios de médio (52,9%) e grande porte (89%).

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum nas mulheres e quando diagnosticado precocemente tem um bom prognóstico que varia segundo o grau de desenvolvimento do país⁶⁵. Os achados do rastreamento do câncer de mama são semelhantes aos encontrados na literatura brasileira^{56,66}. No Brasil a importância da detecção precoce do câncer de mama tem sido mais difundida, promovendo uma maior busca das mulheres pela mamografia, inclusive com acréscimo no contingente de mulheres com idade entre 50 e 69 que realizou a mamografia nos últimos cinco anos, o percentual passou de 54,6% para 71,5%⁶⁷.

O câncer de colo de útero é o segundo tipo de câncer mais comum nas mulheres e duas vezes mais incidente nas mulheres dos países em desenvolvimento, quando comparamos com países desenvolvidos⁶⁵. O rastreamento do câncer de colo uterino nos municípios brasileiros estudados está em consonância com os achados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) que mostraram um aumento no percentual de realização do rastreamento do câncer de colo uterino, de 82,6% para 87,1% entre mulheres entre 25 e 59 anos, no período de 2003 a 2008⁶⁷.

Esses achados também estão coerentes com o perfil da população atendida nos serviços de saúde brasileiros, visto que encontramos um maior número de adultos (faixa etária entre 40 e 55 anos) e uma maior proporção de mulheres em relação aos homens. Estes resultados também estão em sintonia com os dados da PNAD que evidenciaram que a proporção de mulheres (76,1%) que buscou atendimento de saúde nos últimos 12 meses foi maior que a proporção de homens (58,8%). Entre os grupos populacionais, os maiores de 65 anos (82,3%) e as crianças de 0 a 4 anos (80,3%) foram os que mais buscaram consultas

anuais e os principais motivos da procura por atendimento foram por causa de doença (50,0%), puericultura, vacinação ou outros atendimentos de prevenção (22%)^{67,68}.

As medidas de rastreamento mais registradas nos serviços espanhóis, além da hipertensão arterial e do câncer de mama, foi o rastreamento para diabetes mellitus e para dislipidemia. Estas doenças são importantes fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório, principal causa de morte na Espanha, seguida das neoplasias, doenças respiratórias e mentais. Apesar da redução dos casos de morte por doenças cardiovasculares desde 1970, elas ainda representaram um terço da mortalidade geral no ano de 2003⁶⁹.

Foi no município de pequeno porte do Brasil que encontramos os melhores percentuais de medidas preventivas empregadas pelos profissionais de saúde. Destacamos o rastreamento de HAS em 95,1%; de câncer de mama em 90,5% e a busca ativa para diabetes e câncer de útero em 76,4%. Já nos serviços de saúde de médio porte foi onde encontramos os menores percentuais de registro. Na Espanha ocorreu o inverso, pois estes municípios de médio porte apresentaram um percentual ligeiramente maior que os municípios de pequeno e grande porte.

No Brasil o aconselhamento de uma dieta saudável foi umas das cinco medidas mais encontradas nos prontuários estudados, já na Espanha observamos que o aconselhamento foi a medida menos registrada.

A vacinação contra gripe foi mais registrada na Espanha que no Brasil. Na Espanha o perfil da sua clientela é de uma população mais idosa, que preenche os critérios para indicar a vacinação contra o vírus influenza e justifica esse maior percentual de registro. Já no Brasil, o perfil de quem buscou os serviços de saúde é de uma população mais jovem (43 a 55 anos), justificando que este número seja mais reduzido. Entretanto quando analisamos o registro da vacinação antitetânica nas cidades brasileiras selecionadas, cuja indicação abrange a população estudada, observamos que mantém um baixo percentual de registro:

Tabela 48 – Percentual do registro da vacinação dupla-adulto encontrado nos prontuários estudados de acordo com o porte dos municípios estudados do Brasil, 2010

Vacinação dupla-adulto	Pequeno	Médio	Grande
Rastreamento não realizado	56,7	100	87,7
Rastreado	16,7	0	12,2
Sem indicação de ser realizado	26,7	0	0
Total	100	100	100

Observamos que o município pequeno rastreou a vacinação em 16,7% dos casos, em 26,7% o usuário já tinha sido vacinado previamente e continha o registro na lista de problemas. Nos demais casos, havia a indicação de ser rastreada, mas não havia a prescrição desta vacina ou o registro de sua aplicação.

A diversidade de locais para registrar as informações pode ter sido uma das justificativas do baixo registro dessa medida pelos profissionais brasileiros. O registro da vacina é habitualmente realizado no cartão vacinal e nos Sistemas de Informação do Programa Nacional de Imunização e, muitas vezes, este dado não é anotado no prontuário individual. Ainda neste sentido, uma das atividades dos agentes comunitários de saúde é checar o cartão vacinal e orientar sobre a vacinação aos usuários cadastrados que recebem a visita domiciliar mensal, no entanto, o local de registro é o prontuário familiar e como a pesquisa foi realizada em prontuários individuais é possível que tenhamos perdido este dado.

Observamos nesses resultados que há um subregistro nos prontuários, pois quando buscamos os dados em sites oficiais do Ministério da Saúde, percebemos que a cobertura vacinal é muito maior do que a encontrada nos prontuários. Se já é precário o registro em um só sistema é inviável que o profissional tenha de registrar em mais de um sistema, e torna-se evidente a necessidade de sistemas de informação que auxiliem o profissional e os serviços de saúde no planejamento das ações e na organização da assistência.

A Espanha implantou há cerca de 10 anos um sistema de informação que comunica os três níveis de assistência, além de ter um programa de medidas preventivas, incorporada na carteira de serviço que o município oferece ao usuário, facilitando o registro das informações nos prontuários eletrônicos. Apesar dos obstáculos existentes, é possível entender por que a Espanha é o país europeu que mais aplica as medidas preventivas²³.

Quando analisamos as medidas mais rastreadas pelos profissionais espanhóis, percebemos que os médicos registraram um número maior de rastreamento, enquanto a enfermagem registrou mais o aconselhamento e a vacinação. O mesmo não ocorreu no Brasil, pois o médico foi o responsável pela maioria dos registros de rastreamento, aconselhamento e vacinação.

Na Espanha percebemos uma maior divisão de tarefas entre médico e enfermeiro, quanto ao rastreamento, observamos um papel mais atuante do enfermeiro no rastreio da obesidade, do tabagismo e alcoolismo, enquanto os médicos solicitaram mais exames para rastrear o câncer de colo uterino, a dislipidemia e o diabetes mellitus.

Já no aconselhamento os enfermeiros foram os responsáveis pela maioria dos registros de aconselhamento sobre tabagismo, alcoolismo e dieta saudável. Ali, tais atividades são prioridades do enfermeiro, e o rastreamento deve ser priorizado pelo médico.

Com relação à responsabilidade de aplicar as medidas, os profissionais brasileiros entrevistados se dividiram, pois defenderam que a responsabilidade deveria ser de todos da equipe quando se trata de aconselhamento e vacinação e do médico quando falamos de rastreamento.

Apesar de os profissionais acreditarem que o aconselhamento deva ser responsabilidade de todos os que atuam na equipe da atenção primária, quem mais registrou tais medidas foram os médicos, seguidos dos nutricionistas e enfermeiros.

Quanto à vacinação, quase a totalidade dos profissionais defendia que deveria ser um procedimento de todos os membros da equipe, mas esta foi a medida menos registrada pelos profissionais brasileiros. Quando analisamos quem mais aplicou nos serviços de saúde do Brasil, percebemos que, na totalidade dos casos, o médico foi o único profissional que registrou a orientação sobre a vacinação contra gripe. A única medida que foi mais registrada pela equipe de enfermagem nos prontuários estudados dos municípios de pequeno e médio porte foi a pressão arterial.

Também percebemos uma participação desta categoria no rastreamento do câncer de útero e no cálculo do IMC. Se considerarmos apenas o registro do peso, sem o cálculo do IMC como forma de rastrear a obesidade, observaremos um elevado número desse registro realizado pela equipe de enfermagem, conforme Tabela 49.

Tabela 49 – Comparação do registro do peso pelos profissionais brasileiros, segundo o tamanho dos municípios brasileiros, 2010

Profissional	Grande %	Médio %	Pequeno %	Total %
Médico	88,3	5,8	0	37,3
Enfermagem	1,2	83,3	90	52,2
Vários	1,9	5,8	0,8	2,7
Outros	0	2,5	0	0,7
NSA	8,6	2,5	9,2	7
Total	100	100	100	100

À semelhança do registro da pressão arterial, aqui também houve uma expressiva participação da enfermagem no registro do peso tanto no pequeno como município de médio

porte, com uma discreta participação desta categoria nos serviços de saúde do município de grande porte. Tanto a medição da pressão arterial como o registro do peso são realizados durante a pré-consulta pela equipe de enfermagem, antes de qualquer atendimento clínico na unidade. Esta atividade é realizada nos municípios de pequeno e médio porte onde é realizada também a medição da temperatura e em alguns casos a queixa que trouxe o usuário ao centro de saúde, os serviços de saúde estudados do município de grande porte não adotam mais esta prática.

Faz-se necessário estimular a equipe de enfermagem que realiza a pré-consulta a rastrear outras patologias ou fatores de risco, como o tabagismo, uso abusivo de álcool, perguntar e orientar sobre a vacinação, etc. Tais ações preventivas deveriam ser empregadas durante o acolhimento, a pré-consulta e durante a realização de outros procedimentos, na unidade ou no domicílio.

No Brasil a atenção primária é formada por uma equipe mínima, com um número reduzido de profissionais com a responsabilidade de arcar com as atividades de assistência, e particularmente nas unidades de saúde da família de Ribeirão Preto as equipes também são responsáveis pelo ensino e pesquisa. À equipe de enfermagem é atribuído um papel mais administrativo da unidade, com prejuízo da assistência. Este fato é perceptível quando analisamos o relatório de produção do SIAB de uma equipe de saúde da família, onde ao longo de um ano a equipe médica realizou 4.582 atendimentos e o enfermeiro realizou 1.568 consultas, um número substancialmente menor que o médico. Também temos um número pequeno de procedimentos de enfermagem, como injeções (38), curativos (10) e retirada de pontos (8). Há um número semelhante de visitas domiciliares entre médicos (279) e enfermeiros (208), e a realização de 148 grupos. Outra atividade que não consta no SIAB é o acolhimento e a pré-consulta realizada pela equipe de enfermagem, que nem sempre registra nos prontuários individuais e sim em instrumentos avulsos, o que dificulta a chance de encontrar registros de enfermagem nos prontuários dos usuários. Torna-se prioritário rediscutir a formação da equipe mínima da ESF, com a inclusão de outros profissionais que possam assumir as questões administrativas e proporcionar mais tempo pra equipe de enfermagem se dedicar as suas atribuições e à clínica da enfermagem.

Apesar de os profissionais de saúde afirmarem que sempre registram as informações, principalmente as enfermeiras, uma razão para o baixo registro encontrado são as diversas fontes de informação que utilizamos para registrar dados dos usuários. É pouco provável que

as enfermeiras não tenham realizado uma orientação sobre dieta saudável, o cálculo do IMC nos grupos de reeducação alimentar ou questionado sobre tabagismo aos pacientes que participam de grupos de hipertensão. No entanto, a anotação em outros prontuários (familiar ou prontuário dos grupos) ou a prática de empregar a medida e não registrar no prontuário pode justificar o baixo registro encontrado pela equipe de enfermagem. De novo ressaltamos a importância de termos sistemas de informação que condensassem as informações e auxiliassem o profissional de saúde no registro das informações.

Quando pensamos na assistência centrada no usuário, queremos que ele tenha acesso ao serviço e às informações sobre o cuidado com sua saúde, não importando quem as aplique, mas é preciso que haja um trabalho em equipe com divisão de tarefas. É preciso oferecer aos usuários as medidas preventivas indicadas de acordo com cada perfil, para que ele tenha acesso à informação e o livre arbítrio para decidir sobre a realização ou não de exames, prescrições ou orientações.

Levantamos nos registros estudados o “IMA”, o índice de medidas apropriadas para cada usuário, e percebemos que a média do “IMA” variou de 24 a 45%, um índice baixo, que não alcança 50% de emprego de medidas preventivas aos usuários. Ou seja, menos da metade das medidas indicadas foram aplicadas pelos profissionais de saúde.

Quanto ao índice de medidas inapropriadas, observamos que algumas medidas foram aplicadas inadequadamente, embora tenham atingido um valor baixo nos três municípios estudados no Brasil. Todos eles tiveram uma média menor que 15% de medidas empregadas inadequadamente, ou seja, sem a periodicidade indicada e em uma faixa etária inadequada. Os municípios de pequeno e grande porte tiveram uma média do IMI muito semelhante, 0,13 e 0,12 respectivamente, já o município de médio porte apresentou uma média menor (0,08), apresentando diferença estatística com os serviços de saúde de grande porte.

Reforçamos que as medidas foram retiradas de um guia que utilizou como referência informações dos grupos do *Canadian Task Force*, *American Task Force*, Papps, órgãos municipais, estaduais e do Ministério da Saúde. Defendemos que as medidas preventivas não sejam utilizadas com o intuito de engessar as condutas médicas, mas para nortear o que precisa ser prevenido.

Quando analisamos as medidas mais solicitadas inadequadamente, os exames mais encontrados em todos os municípios brasileiros foram a glicemia e o colesterol. Segundo Starfield *et al.*, atualmente, vem ocorrendo uma pressão da indústria farmacêutica para uma

medicina mais baseada nos exames complementares, priorizando rastreamento dos fatores de risco e diminuição dos limites de pré-doença, principalmente dos níveis séricos do colesterol e suas frações, e também dos níveis glicêmicos⁹. Este fato reforça a dificuldade que os profissionais encontram sobre o quê rastrear, como e com qual periodicidade, já que existem medidas conflitivas disseminadas por diversas sociedades científicas.

6.3.2 Comparando as médias das medidas de PSPD aplicadas entre os países

O papel da Estratégia da Saúde da Família ultrapassa o cuidado individual, é necessário planejar uma assistência para toda a população sob a responsabilidade da equipe. Além de oferecer aos que procuram o serviço uma assistência de qualidade, também é preciso identificar e buscar aqueles que não chegam até o serviço de saúde. Quando empregamos as medidas de PSPD aos usuários que procuram os centros de saúde, estamos alcançando apenas uma parcela da população que chega a esses serviços. Um estudo realizado por Green *et al.* avaliou o número de pessoas que buscaram os serviços de saúde na vigência de sintomas, e os resultados demonstraram que durante um mês, entre 1.000 pessoas, 800 tiveram algum sintoma, destes apenas 217 buscaram um atendimento médico e destes 113 foram atendidos na atenção primária, enfim a população que busca o serviço de saúde representa um pequeno percentual da população total¹³.

Quando comparamos os registros das medidas preventivas nos prontuários dos dois países, observamos uma média menor dos municípios espanhóis que nos serviços brasileiros. Enquanto na Espanha o denominador foi toda a população cadastrada aos serviços de saúde que preenchia os critérios para ser rastreada, no Brasil a população de referência foi uma amostra dos usuários que buscaram o serviço de saúde, no período de dois anos. Um número consideravelmente menor.

Para analisar os dados encontrados no Brasil utilizando o mesmo denominador usado na Espanha, comparamos os valores encontrados no município de pequeno porte brasileiro com a sua população cadastrada pelo SIAB, que tem 95% de cobertura, valor semelhante ao encontrado na Espanha e encontramos os seguintes resultados, de acordo com a Tabela 50.

Tabela 50 – Tamanho da população cadastrada, da população que buscou o serviço (n), porcentagem (%) do registro das medidas realizadas, e a cobertura populacional, Brasil, 2010

Medidas preventivas	População Cadastrada no Siab > 20 anos*	População que buscou o serviço com indicação de rastreamento	Rastreamento realizado	Cobertura da população cadastrada %
HAS	1591	81	77 (95,1 %)	4,8
Mama	359	21	19 (90,5%)	5,3
Útero	1487	55	42 (76,4%)	2,8
Glicemia	1795	41	34 (82,9%)	1,2
IMC	1906	118	42 (35,6%)	2,2
Tabaco	1906	120	50 (41,7%)	2,6
Álcool	1906	120	44 (36,7%)	2,3
Vacinação Contra Gripe	419	33	3 (9,1%)	0,7

*que apresenta os critérios para rastreamento das medidas preventivas, segundo o Guia de Atividades Preventivas para Profissionais da Saúde.

** SIAB – período: janeiro a dezembro de 2008.

Diante desses novos parâmetros, encontramos um cenário mais sombrio, pois se em algumas medidas preventivas foram atingidos percentuais maiores de 80% entre os usuários que buscaram o centro de saúde (como é o caso da hipertensão, do diabetes e do câncer de mama), quando repassamos esses valores para a população adscrita sob responsabilidade da equipe, observamos que os valores não alcançaram mais de 5% de toda a população cadastrada.

Diante desses resultados é mister lançar mão de outros recursos que vão além do atendimento clínico realizado na unidade de saúde. A saúde da família tem o potencial de ir até a população que não vem ao serviço, por meio das visitas domiciliares dos profissionais de saúde, principalmente dos agentes comunitários de saúde. Esta prática facilita a identificação de todos os usuários, suas necessidades e possibilita a oferta de assistência adequada à realidade local. Para isso, é fundamental estabelecer parcerias, além de planejar ações, dividir tarefas e gerenciar os recursos disponíveis.

Diante do baixo registro de medidas preventivas encontrado nos prontuários, do “IMA” abaixo do esperado e da solicitação inadequada de alguns exames laboratoriais, buscamos encontrar na opinião dos profissionais quais são os principais desafios encontrados para empregar as medidas de PSPD.

Os espanhóis reclamaram mais da falta de tempo para aplicar as medidas, seguido da presença de orientações conflitantes de diversas sociedades, falta de incentivo e de outras prioridades. Os profissionais brasileiros afirmaram que as principais dificuldades eram a falta de incentivo das instituições, a falta de interesse, o desconhecimento do profissional e a presença de medidas conflitantes.

A falta de tempo citada pelos profissionais espanhóis entrevistados está em consonância com dados, encontrados na literatura internacional, que mostram que o tempo é citado como principal limitante para a aplicação das medidas preventivas²³. Uma pesquisa realizada com 2.082 médicos de família de onze países da Europa mostrou que há falta de tempo pela excessiva carga assistencial, assim como o não reembolso e dificuldade de acesso dos pacientes foram citados como os três principais obstáculos ao emprego de medidas preventivas⁷⁰. Em outro estudo realizado na Espanha, além do tempo, mais de 60% dos entrevistados afirmaram que o desgaste do profissional também interfere na aplicação das medidas preventivas²¹.

A falta de incentivo foi relatada pelos profissionais espanhóis (49,2%) e brasileiros (63,2%). Ainda que existam outras formas de incentivo institucionais pouco explícitas como o estímulo à formação continuada, treinamento, facilitação para participação em projetos, a falta de incentivo financeiro ou reembolso foi uma das razões para desmotivar a aplicação de medidas preventivas, segundo profissionais de 11 países europeus^{70, 71}.

Na Espanha o profissional da atenção primária recebe incentivos financeiros de acordo com o cumprimento de metas da Carteira de Serviços. Mediante a auditoria das histórias clínicas dos pacientes, é feita uma busca pela presença ou não de registros de determinadas atividades assistenciais ou preventivas e são comparadas com parâmetros predeterminados. De acordo com os achados, a equipe da atenção primária do centro de saúde recebe ou não os incentivos. Se por um lado, há um pacto do que deve ser realizado entre profissional e gestor, com estabelecimento das ações a serem rastreadas ou tratadas, por outro temos os profissionais ainda insatisfeitos, pois a busca pelo registro acaba induzindo os profissionais a investigar e registrar o que foi preconizado, mesmo que não tenha nexo causal com a queixa do usuário.

Ademais os profissionais defendem que o registro é só uma parte da atividade clínica e que sua realização está diretamente relacionada ao tempo disponível para fazê-lo. Ressaltam, ainda, que o fato de se registrar uma medida de PSPD não forçosamente muda os hábitos dos

usuários, ou seja, o fato de registrar o tabagismo não reduz a prevalência do tabagismo, uma vez que a motivação para mudar está mais relacionada a questões sociais e psicológicas que médicas, por exemplo, há alguns anos o hábito de fumar era normal e agora é socialmente desaprovado^{10, 71, 72}.

A presença de recomendações conflitantes, como obstáculo para aplicar as medidas preventivas, também foi lembrada pelos profissionais brasileiros (47,3%) e espanhóis (61,6%). O número de recomendações preventivas promovidas por sociedades específicas tem aumentado e, muitas vezes, com evidências insuficientes. Quando divulgadas na mídia trazem consequências desastrosas para profissionais e usuários, enquanto os profissionais têm dúvidas sobre qual recomendação empregar, a população fica confusa e temerosa^{32, 73}. Este conflito também vem à tona em outras pesquisas realizadas na Europa e que tem promovido uma discussão sobre a necessidade de gerar recomendações consensuais entre as diversas sociedades^{21,22,23}.

Enquanto na Espanha o principal limitante é o tempo, o que condiz com o pouco tempo que possuem para atender os usuários, no Brasil, a maioria dos profissionais (73,7%) discordou que o tempo seja um fator limitante, já que dispõem de mais tempo por consulta. Apesar de um número expressivo de brasileiros (47,3%) concordar que as recomendações conflitantes sobre as medidas preventivas seja um problema, um número maior ainda de profissionais afirmou que há desconhecimento das medidas preventivas (57,9%) e falta de interesse para aplicá-las (57,9%).

Embora um percentual importante dos profissionais paulistas que participaram da pesquisa ter afirmado que conhecem os Manuais das Secretarias Municipais de Saúde (63,2%), do Ministério da Saúde (57,9%) e do INCA (47,4), o desconhecimento sobre qual medida aplicar e a quem deva ser aplicado foi mencionado por mais da metade dos profissionais entrevistados como um obstáculo ao emprego das medidas preventivas.

Esse achado pode ser explicado pela carência de protocolos gerais de prevenção na atenção primária, sem a divisão por sexo, idade ou fatores de risco. Temos disponíveis na literatura protocolos de prevenção sobre o câncer de mama, câncer de útero, vacinação das crianças e idoso, etc., mas são segmentados por patologias, faixa etária ou sexo, realizados por programas como, o programa de saúde da mulher, programa DST/AIDS, etc. A atenção primária trabalha segundo o princípio da integralidade, o que implica em uma assistência que supra todas as necessidades de saúde dos usuários, incluindo prevenção, promoção, cura e

tratamento⁷⁴. Torna-se necessário um programa que auxilie o profissional a elencar quais são as medidas de prevenção que precisam ser aplicadas, sua periodicidade e o público-alvo.

Acreditamos que outra razão para essa dificuldade de aplicação do conhecimento na clínica seja a deficiência na formação dos profissionais, visto que o currículo é mais direcionado para aspectos diagnósticos, de cura e tratamento, com pouca ênfase na PSPD.

Apesar da postura favorável dos médicos e enfermeiros brasileiros quanto à importância da aplicação das medidas preventivas, só a motivação não é suficiente para um bom desempenho, pois outros fatores podem interferir no resultado final, como a falta de capacitação, ausência dos recursos necessários e a não identificação com os objetivos propostos⁷¹. E se não há identificação com o projeto, provavelmente será difícil a adesão à proposta. Em um estudo avaliando a implantação de medidas preventivas em uma unidade de saúde da família de Ribeirão Preto, foram observados obstáculos semelhantes, como a dificuldade de incorporar ações preventivas nas práticas diárias de saúde e promover o envolvimento de todos os profissionais da equipe²⁸.

A aplicação das medidas de prevenção de doenças e promoção de saúde faz parte do rol de atividades preconizadas da atenção básica. Defendemos a necessidade de estratégias para melhorar o seu emprego pelos profissionais de saúde, por meio de fundamentos já defendidos pela Política Nacional da Atenção Básica, como a valorização dos profissionais mediante incentivo e acompanhamento de sua formação e capacitação. Estimular a educação continuada de todos os profissionais da equipe de saúde da família sobre as medidas de prevenção de doenças, com uma maior divisão de responsabilidades entre eles, de acordo com seu núcleo de competências⁷⁵.

Visando à melhor operacionalização das ações, é prioritária a implantação de sistemas de informação que auxiliem os profissionais de saúde no registro dos atendimentos, favorecendo a comunicação entre os níveis de assistência, garantindo a continuidade da assistência e do cuidado ao usuário.

7. CONCLUSÃO

Observamos que houve uma postura favorável dos profissionais da atenção primária dos dois países quanto à aplicação das medidas preventivas. No entanto, os obstáculos existentes refletem realidades distintas e a necessidade de investimento em diferentes áreas. No Brasil, faz-se necessário investir na formação de profissionais para atuar nas equipes de saúde da família e, para aqueles que já trabalham, estimular a educação continuada sobre as medidas preventivas para que cada integrante possa aplicá-las de acordo com seu núcleo de competência. Uma menor rotatividade dos profissionais, possivelmente possibilitaria um maior vínculo e facilitaria a aplicação das ações preventivas sobre a comunidade adscrita.

É preciso implementar instrumentos que auxiliem os profissionais na aplicação das medidas preventivas, como guias e protocolos de EPS. Ferramentas que permitam o registro das ações preventivas no âmbito da APS, como sistemas de informação eletrônicos, facilitariam o acesso às informações do usuário e a comunicação entre os diferentes níveis de assistência.

As medidas mais rastreadas pelos profissionais brasileiros e espanhóis voltaram-se para a hipertensão arterial, o diabetes, a dislipidemia e o rastreamento do câncer de mama e de colo do útero, que estão em consonância com o perfil de morbimortalidade dos países estudados que têm as doenças cardiovasculares como a principal causa de morte, seguidas das neoplasias.

No contexto da prevenção na APS, os profissionais da Espanha apresentaram uma maior divisão de tarefas, com uma participação mais ativa do enfermeiro nas atividades clínicas. Já no Brasil, é prioritário reorganizar o processo de trabalho, pois encontramos uma participação mais discreta no âmbito da prevenção, com um maior registro de medidas preventivas realizado pelos médicos.

Esforços têm sido realizados para conter a epidemia das doenças crônicas não transmissíveis que acometem os países estudados, contudo é necessário maior investimento na prevenção da instalação dos fatores de risco modificáveis, para reduzir as doenças passíveis de prevenção, seu sofrimento subsequente, além do número de mortes que poderiam ser evitadas.

8. REFERÊNCIAS

1. WESTPHAL, M.F.; Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. In: Campos, G.W.S. *et al.* (org). Tratado de Saúde Coletiva. 2ª ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Editora Hucitec e Editora Fiocruz, 2006. cap.19, p.635-667.
2. HAN, P. K. J. Historical Changes in the Objectives of the Periodic Health Examination. **Ann Inter Med**, v. 127, p. 910-917, 1997.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília, p. 131, 2009.
4. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, Estratégia e plano de ação regional para um enfoque integrado à prevenção e controle das doenças crônicas. Washington, 2007. 46 p.
5. ROSÁRIO, T.M. *et al.* Prevalência, controle e Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica em Nobres – MT. **Arq Bras Cardiol**, Rio de Janeiro, v.93, n.6, p. 672-678, 2009.
6. MACEDO, ME. *et al.* Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Portugal. The PAP Study. **Rev Port Cardiol**, Lisboa, v.26, n.1, p.21-39, 2007.
7. PEREIRA, M.G. Morbidade. In:_____. **Epidemiologia. Teoria e Prática**. 1ª Ed. Rio de Janeiro:Ed Guanabara Koogan S.A, 2002. cap.2, p. 17 - 29
8. GETZ, L., A. L. Kirkengen, *et al.* Ethical dilemmas arising from implementation of the European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. A descriptive epidemiological study. **Scand J Prim Health Care**, v.22, n.4, Dec, p.202-8. 2004.
9. STARFIELD, B., J. Hyde, *et al.* The concept of prevention: a good idea gone astray? **J Epidemiol Community Health**, v.62, n.7, Jul, p.580-3. 2008
10. ROSE, G. Estratégias da Medicina Preventiva; com comentários de Kay-Tee Khaw e Michael Marmot; tradução de Armando Henrique Norman. 1ª Ed. Porto Alegre: ARtmed, 2010. p. 192.
11. CZERESNIA, D.; Freitas, C.M. (org). Promoção da Saúde conceitos, reflexões, tendências. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 229 p.
12. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**-Ministério da Saúde. 2ª Ed. Brasília, 2007. 51 p.
13. MCWHINNEY, I.R., FREEMAN, T. Manual de Medicina de Família e Comunidade. 3ª ed. Porto Alegre: ArtMed. 2009. p. 956.

-
14. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. **Ann Intern Med**, v.151, n.10, Nov 17, p.716-26, W-236. 2009.
 15. MAGALHÃES, N. Médicos ou economistas?. **Revista Veja**, 25 nov. 2009. p.110-111.
 16. GERVAS, J., B. Starfield, *et al.* Is clinical prevention better than cure? **Lancet**, v.372, n.9654, Dec 6, p.1997-9. 2008.
 17. BASTOS, R.R. Check-up de adultos. **Revista MedicinaAtual**, , v. 6. n2,, 2006. Disponível em: [<http://www.medicinaatual.com.br/>]. Acesso em: 8 dez. 2009.
 18. MURTA, C.G.V.; FRANÇA, L.C. Medida da Translucência Nucal no Rastreamento de Anomalias Cromossômicas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 24, n.3, p. 167-173, 2002.
 19. GERVAS, J., I. Heath, *et al.* Prevention and clinical complexity. **Aten Primaria**, v.41, n.8, Aug, p.460-2. 2009.
 20. STACHENKO, S. Preventive Guidelines: Their Role in Clinical Prevention and Health Promotion. In: The Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Disponível em: <<http://www.ctfphc.org/Guide.html>>. Acesso em 11 de abril de 2005.
 21. PÉRULA, L. *et al.* Opiniones De los profesionales sanitarios sobre la influencia del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) en atención primaria. **Aten Primaria**, v. 39, p. 5-14, 2007. supl 3.
 22. BROTONS, C.; CIURAMA, R.; IGLESIAS, M. Manual de Prevención en Atención Primaria. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. 1ª ed. Barcelona: Editora Casanova, 2003. 1000 p.
 23. ZURRO, A. M. Prevención y Promoción de la Salud en Las Consultas de Atención Primaria: Apuntes Sobre su Pasado, Presente y Futuro. **Aten Primaria**, v. 33, p.295-296, 2004
 24. DINGLE, J.L.; Aproximación metodológica del Grupo de Trabajo Canadiense sobre el Examen Periódico de Salud. In: Organización Panamericana de la Salud. Prevención Clínica. Guía para médicos. 1ª ed. Washington, 1998. cap.2, p 22-26.
 25. BRASIL. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.3, 316-9, junho 2000.
 26. WYKE, S. Reasons for consultation. In: Jones, R. *et al.* (org). Textbook of Primary Medical Care. 1ª ed. New York: Editora: Oxford University press, 2005. cap.3, p. 95-98.

-
27. SANKARANKUTTY, A.K.; RIBEIRO, L.P. O Exame Periódico no Universo da Atenção Primária. Ribeirão Preto, São Paulo: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2003. (mimeo)
 28. SANTOS, LL *et al.* La Implantación del Examen Periódico de Salud en un Unidad de Salud de la Familia. In: CONGRESO REGIONAL IBEROAMERICANO-WONCA Iberoamericana CIMF, 1., 2006, Buenos Aires. Libro de Resúmen. Buenos Aires, 2006. p.116.
 29. SANKARANKUTTY, A.K. *et al.* Guia de Atividades preventivas para profissionais de saúde. 1ª ed., 2008. 31p.
 30. SILVA, A.S. Avaliação da implantação de um protocolo de prevenção em equipes da Atenção Básica em Ribeirão Preto, 2008. 119f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) Departamento de Cirurgia e Anatomia, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.
 31. STANGE, K. C., S. A. Flocke. *et al.* Opportunistic preventive services delivery. Are time limitations and patient satisfaction barriers? **J Fam Pract**, v.46, n.5, May, p.419-24. 1998.
 32. PIMLOTT, N. Preventive care: so many recommendations, so little time. **CMAJ**, v.173, n.11, Nov 22, p.1345-6. 2005.
 33. ZURRO, A.M. Seminario Innovación en Prevención Clínica y Priorización de Actividades. Madrid, España; 2008. (Mimeo)
 34. Guzmán, M.A.; Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria. Madrid, España: Servicio Madrileño de Salud; 2007.
 35. CONILL, E.M. *et al.* Organização dos Serviços de Saúde: A Comparação como Contribuição. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p. 328-346, 1991.
 36. ESPAÑA. La Constitución Española de 1978. Madrid. Disponível em: [http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/constitucion.t1.html#a43]. Acesso em: 01 dez. 2008.
 37. ELOBA, J. Sistemas de Salud in España. In: Navarro, F. Martínez; Antó, J.M.; Castellanos, P.L.; Gili, m.; Marset, P.; Navarro, V. Salud Pública. Madrid 1998. 1ª Edição. Editora: McGraw-Hill – Interamericana de España. Cap. 43, p. 861- 877.
 38. ESPAÑA. El Real Decreto 137/1984. Madrid. Disponível em: [<http://www.msc.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/busquedaCA/detalleHospitalesCA.jsp?comunidad=13>]. Acesso em 11 dez. 2008.
 39. UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. Dirección de Atención primaria Área 2. **Guía del residente de Medicina Familiar y Comunitaria del Área 2**. Madrid. 62p. 2008.

-
40. MADRID. Servicio Madrileño de Salud. **Atención Primaria Área 5**. Madrid. p.1-7. 2007. Disponível em [<http://www.gservicios.sanidadmadrid.org/>] Acesso em 17 dez. 2009.
 41. PLANO DE SAÚDE DE CÁSSIA DOS COQUEIROS: Período 2010-2013. Cássia dos Coqueiros, SP: Secretaria Municipal de Cássia dos Coqueiros, 2009.
 42. BRASIL, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica- DAB. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php]. Acesso em 15 out. 2009.
 43. MEDICINA SOCIAL, Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo. Cássia dos Coqueiros. Informações úteis. Ribeirão Preto, 2009. Disponível em: [<http://www.fmrp.usp.br/rms/index.php?pg=base&coduser=16&codpag=52>]. Acesso em: 15 out. 2009.
 44. BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Sistema Estadual de análise de dados _SEADE. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>. Acesso em: 14 out. 2009
 45. PLANO DE SAÚDE DE MORRO AGUDO: Período 2006-2009. Morro Agudo, SP: Secretaria Municipal de Morro Agudo, 2009.
 46. CACCIA-BAVA, M.CGG. *et al.* A Atenção Básica à Saúde e a Estratégia Saúde Familiar. In: Santoro, J.R. Ecologia e Desenvolvimento Humano. 1ª Ed. São Paulo: Ed. Funpec, 2008. cap. 16. p.253-261.
 47. PAGANO, M.; GAUVREAU, K. Princípios de bioestatística. Thompson, 2ª ed. 2004
 48. SAS Institute Inc., *SAS/STAT® User's Guide, Version 9*, Cary, NC: SAS Institute Inc., 2003.
 49. SIEGEL, S e CASTELLAN N J (1988). *Nonparametric Statistics for the Behavioral Sciences*, 2a edição, McGraw-Hill College.
 50. MONTGOMERY, D. C., *Design and Analysis of Experiments*, 5ª Ed., John Wiley & Sons, Inc., Nova Iorque, 2000.
 51. MACHADO, M.H. (Coord.). Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil – Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 146 p.
 52. MACHADO, M.H. (Coord.). Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. cap.4, p. 99 – 146.

-
53. MEDEIROS, C.R.G. *et al.* A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, p.1521-1531, 2010. Suplemento 1.
54. ZURRO, A.M. Evaluación de la formación posgraduada, certificación y recertificación profesional de los médicos de familia en diferentes países (Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Holanda, Australia y España). **Aten Primaria**, v.30, n.1, p.46 – 56. 2002.
55. BRULL, R.; GHALI, W.A.; QUAN, H. Missed opportunities for prevention in general internal medicine. **CMAJ**, v.160, n. 8, p.1137 – 1140. 1999.
56. VERSIANI, L.M. Avaliação da assistência à saúde do idoso na atenção básica: um estudo sobre prevenção clínica, 2010. 90f. Dissertação de mestrado (em Saúde na Comunidade) Departamento de Medicina Social, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.
57. SANTOS, L.L. A visibilidade da violência de gênero em dois serviços de assistência primária à saúde, 2003. 128f. Dissertação de mestrado (em Saúde na Comunidade) Departamento de Medicina Social, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.
58. ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; FONSECA, C.D. A Estratégia Saúde da Família. In: Duncan, B.B. *et al.* (org). Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. cap.7, p.88 – 100.
59. VASCONCELLOS, M.M.; GRIBEL, E.B.; MORAES, I.H.S. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, p. s173-s182, 2008. Suplemento 1.
60. SETZ, V.G.; D'INNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v.22, n.3, p. 313-7, 2009.
61. MODESTO, M.G.; MOREIRA, E.C.; ALMEIDA-FILHO, N. Reforma Sanitária e Informação em Saúde: Avaliação dos Registros Médicos em um Distrito Sanitário de Salvador, Bahia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p. 62 -68, 1992.
62. PEREIRA, M.G. Morbidade. In: _____. **Epidemiologia. Teoria e Prática**. 1ª Ed. Rio de Janeiro:Ed Guanabara Koogan S.A, 2002. cap. 5, p. 76 – 104.
63. TONANI, M.; CARVALHO, E.C. Risco de Câncer e Comportamentos preventivos: a persuasão como estratégia de intervenção. **Rev Latino-am enfermagem**, v. 16, n.5, 2008.
64. MALTA, D.C. *et al.* A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.15, n.3, p. 47-65, 2006.

-
65. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2009. 98 p.
 66. VIACAVA, F., SOUZA-JUNIOR, P.R.B., MOREIRA, R.S. Estimativas da cobertura de mamografia segundo inquéritos de saúde no Brasil. **Revista Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.43, p. 117-125, 2009. Suplemento 2.
 67. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. **Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde**. 1ª Ed. Rio de Janeiro, 2010. 256 p.
 68. RUMEL, D. *et al.* Condições de Saúde da População Brasileira. In: Duncan, B.B. *et al.* (org). **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. cap.4, p.59 -68.
 69. DURÁN, A., LARA, J.L., VAN WAVEREN, M. **Spain: Health system review**, *Health Systems in Transition*, 2006; v. 8, n.4, p.1 – 208.
 70. BROTONS, C. *et al.* Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. **Preventive Medicine**, 2004.
 71. GERVAS, J. (Coord). *Innovación en Atención Primaria. La organización de los servicios en Atención Primaria*. 1ª ed. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud, 2007. 219 p.
 72. BADIA, J.G. *La prevención clínica en un entorno gestionado*. Madrid, España; 2008. p.7. (Mimeo)
 73. KAMEROW, D. Mammograms, poor Communications, politics. **BMJ**, v. 339, p. 1285, 2009.
 74. TAKEDA, S. A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: Duncan, B.B. *et al.* (org). **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. cap.6, p.76 – 87.
 75. BRASIL, Ministério da Saúde.Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. **Política Nacional da Atenção Básica** -Ministério da Saúde.3ª Ed. Brasília, 2007. 61 p.

APÊNDICE A ENTREVISTA

Avaliação da Implantação de um Protocolo de Prevenção de Doenças e Promoção de Saúde no Contexto de Equipes de Atenção Primária
<p>Nome:</p> <p>Sexo:</p> <p>Data de Nascimento:</p> <p>Profissão:</p>

Questões:

1. Há quanto tempo você concluiu o curso técnico ou de graduação?
 - ☐ Menos de 1 ano
 - ☐ De 1 a 3 anos
 - ☐ De 4 a 6 anos
 - ☐ De 7 a 9 anos
 - ☐ Mais de 10 anos

2. Você possui curso de especialização em Saúde da Família ou residência médica em Medicina de Família e Comunidade?
 - ☐ Sim
 - ☐ Não

3. Há quanto tempo você trabalha como membro de uma equipe do Programa Saúde da Família?
 - ☐ Menos de 1 ano
 - ☐ De 1 a 3 anos
 - ☐ De 4 a 6 anos
 - ☐ De 7 a 9 anos
 - ☐ Mais de 10 anos

4. Há quanto tempo você trabalha **nesta** equipe do Programa Saúde da Família?
 - ☐ Menos de 1 ano
 - ☐ De 1 a 3 anos
 - ☐ De 4 a 6 anos
 - ☐ De 7 a 9 anos
 - ☐ Mais de 10 anos

5. A promoção de saúde e prevenção de doenças é parte importante dos cuidados em saúde oferecidos à população assistida por sua equipe.
 - ☐ Concordo plenamente
 - ☐ Concordo
 - ☐ Indiferente
 - ☐ Discordo
 - ☐ Discordo plenamente

6. As medidas de promoção de saúde e prevenção de doenças são empregadas na maior parte das consultas (agendadas, eventuais ou visitas domiciliares) realizadas pelos profissionais de sua equipe.

- ☐) Concordo plenamente
- ☐) Concordo
- ☐) Indiferente
- ☐) Discordo
- ☐) Discordo plenamente

7. O emprego das medidas de promoção de saúde e prevenção de doenças deve ser mais enfatizado no atendimento diário da população assistida por sua equipe.

- ☐) Concordo plenamente
- ☐) Concordo
- ☐) Indiferente
- ☐) Discordo
- ☐) Discordo plenamente

8. Qual o tipo de contato com o paciente que você considera o mais adequado para o emprego das medidas de promoção de saúde e prevenção de doenças?

- ☐) Consulta agendada
- ☐) Consulta eventual/fora de dia
- ☐) Visita domiciliar
- ☐) Atendimento em grupo
- ☐) Acolhimento
- ☐) Consulta específica para essa finalidade
- ☐) Nenhuma delas
- ☐) Qualquer uma delas

9. De quem deve ser a responsabilidade de orientar/aconselhar sobre os aspectos de promoção de saúde e prevenção de doenças, tais como: orientação alimentar, prática de atividade física ou parar de fumar?

- ☐) Agente comunitário
- ☐) Auxiliar de enfermagem
- ☐) Médico
- ☐) Enfermeira
- ☐) Dentista
- ☐) Qualquer membro da equipe
- ☐) Todos os membros da equipe

10. De quem deve ser a responsabilidade de solicitar exames de rastreamento, tais como: mamografia, densitometria óssea ou pesquisa de sangue oculto nas fezes?

- ☐) Agente comunitário
- ☐) Auxiliar de enfermagem
- ☐) Médico
- ☐) Enfermeira
- ☐) Dentista
- ☐) Qualquer membro da equipe
- ☐) Todos os membros da equipe

7 De quem deve ser a responsabilidade de verificar o cartão vacinal e orientar quanto à realização de vacinas indicadas ou atualização daquelas que estiverem atrasadas?

- () Agente comunitário
 () Auxiliar de enfermagem
 () Médico
 () Enfermeira
 () Dentista
 () Qualquer membro da equipe
 () Todos os membros da equipe

12. Opine a respeito da seguinte afirmativa: “Eu me considero motivado para abordar, de maneira sistemática, os aspectos de promoção de saúde e prevenção de doenças com os pacientes no meu dia a dia de trabalho”.

- () Concordo plenamente
 () Concordo
 () Indiferente
 () Discordo
 () Discordo plenamente

13. Opine a respeito da seguinte afirmativa: “Eu tenho conhecimento suficiente para empregar as medidas de promoção de saúde e prevenção de doenças a meus pacientes”.

- () Concordo plenamente
 () Concordo
 () Indiferente
 () Discordo
 () Discordo plenamente

14. O entrosamento entre os membros da sua equipe é suficiente para permitir que as medidas de promoção de saúde e prevenção de doenças sejam empregadas na maioria das vezes em que há contato como o paciente (acolhimento, consulta agendada/eventual, visita domiciliar, atendimento em grupo).

- () Concordo plenamente
 () Concordo
 () Indiferente
 () Discordo
 () Discordo plenamente

CONHECIMENTO ESPECÍFICO

15. Qual destas fontes de informação sobre **promoção de saúde e prevenção de doenças** abaixo você tem conhecimento?

	Nunca ouvi falar ou li a respeito	Ouvi falar, apenas	Já li a respeito	Citar pelo menos uma diretriz ou recomendação
Manuais/diretrizes do Ministério da Saúde				
Manuais/diretrizes do Instituto Nacional do Câncer- INCA				
Manuais/diretrizes da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo				

Manuais/diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde (Ribeirão Preto)				
Manuais/diretrizes de Especialidades Médicas				
US Preventive Services Task Force (USPSTF)				
Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC)				
PAPPS (Programa de Actividades Preventivas Y de Promoción de La Salud)				
Outros. Quais?				

Sobre as fontes de informação nacionais de promoção/prevenção (manuais/diretrizes do Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer-INCA, Secretarias Municipal e Estadual de Saúde de São Paulo e sociedades médicas), responda:

16. Você emprega as condutas de promoção de saúde e prevenção de doenças destes órgão/instituições na sua prática diária (atendimento ou visita domiciliar)?

- () Nunca
() Algumas vezes
() Quase sempre
() Sempre
() Não sei

OBSERVAÇÃO: Caso o profissional desconheça as fontes de informações sobre prevenção citadas, avance para o item 22.

17. De que maneira você emprega as medidas de promoção de saúde e prevenção de doenças destes órgão/instituições no seu dia a dia?

- () Em consultas agendadas (casos novos ou retornos)
() Em consultas fora de dia (eventuais)
() Durante os atendimentos em grupo
() Durante o acolhimento
() Durante a visita domiciliar
() Outro. Qual?: _____

18. Quando você emprega as medidas de prevenção de doenças e promoção de saúde destes órgão/instituições, você normalmente?

- () Faz apenas orientação verbal aos pacientes
() Faz orientação verbal e registra no prontuário individual as orientações realizadas
() Faz orientação verbal e utiliza formulário próprio para o registro das orientações
() Faz orientação verbal, registra no prontuário individual e em formulário próprio as orientações realizadas

19. Com que frequência você realiza o registro das orientações?

- ☐ () Nunca
- ☐ () Algumas vezes
- ☐ () Quase sempre
- ☐ () Sempre
- ☐ () Não sei

20. Ao empregar as medidas de promoção de saúde e prevenção de doenças destes órgão/instituições a seus pacientes, com que frequência você o faz por escrito ou fornece algum material educativo relacionado?

- ☐ () Nunca
- ☐ () Algumas vezes
- ☐ () Quase sempre
- ☐ () Sempre
- ☐ () Não sei

21. Dos grupos abaixo de medidas de promoção de saúde e prevenção de doenças destes órgão/instituições, qual deles você considera que seja o mais empregado por você?

- ☐ () Aconselhamento
- ☐ () Quimioprofilaxia
- ☐ () Rastreamento
- ☐ () Vacinação
- ☐ () Não sei

Sobre as fontes de informação internacionais de promoção/prevenção (US Preventive Services Task Force-USPSTF, Canadian Task Force on Preventive Health Care –CTFPHC e PAPPS - Programa de Actividades Preventivas Y de Promoción de La Salud), responda:

22. Você emprega as condutas de promoção de saúde e prevenção de doenças do USPSTF/CTFPHC/PAPPS na sua prática diária (atendimento ou visita domiciliar)?

- ☐ () Nunca
- ☐ () Algumas vezes
- ☐ () Quase sempre
- ☐ () Sempre
- ☐ () Não sei

OBSERVAÇÃO: Caso o profissional desconheça as fontes de informações sobre prevenção citadas, avance para o item 28.

23. De que maneira você emprega as medidas de promoção de saúde e prevenção de doenças do USPSTF/CTFPHC/PAPPS no seu dia a dia?

- ☐ () Em consultas agendadas (casos novos ou retornos)
- ☐ () Em consultas fora de dia (eventuais)
- ☐ () Durante os atendimentos em grupo
- ☐ () Durante o acolhimento
- ☐ () Durante a visita domiciliar
- ☐ () Outro. Qual?: _____

24. Quando você emprega as medidas de promoção de saúde e prevenção de doenças do USPSTF/CTFPHC/PAPPS, você normalmente?

- ☐ () Faz apenas orientação verbal aos pacientes
- ☐ () Faz orientação verbal e registra no prontuário individual as orientações realizadas
- ☐ () Faz orientação verbal e utiliza formulário próprio para o registro das orientações
- ☐ () Faz orientação verbal, registra no prontuário individual e em formulário próprio as orientações realizadas

25. Com que frequência você realiza o registro das orientações?

- ☐) Nunca
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Quase sempre
- ☐) Sempre
- ☐) Não sei

26. Ao empregar as medidas de promoção de saúde e prevenção de doenças do **USPSTF/CTFPHC/PAPPS** a seus pacientes, com que frequência você o faz por escrito ou fornece algum material educativo relacionado?

- ☐) Nunca
- ☐) Algumas vezes
- ☐) Quase sempre
- ☐) Sempre
- ☐) Não sei

27. Dos grupos abaixo de medidas de promoção de saúde e prevenção de doenças do **USPSTF/CTFPHC/PAPPS**, qual deles você considera que seja o mais empregado por você?

- ☐) Aconselhamento
- ☐) Quimioprofilaxia
- ☐) Rastreamento
- ☐) Vacinação
- ☐) Não sei

BARREIRAS À IMPLEMENTAÇÃO DAS CONDUTAS DE PROMOÇÃO/PREVENÇÃO

28. O tempo de que disponho para o atendimento da população é tão pequeno que não consigo empregar as medidas de promoção de saúde e prevenção de doenças.

- ☐) Concordo plenamente
- ☐) Concordo
- ☐) Indiferente
- ☐) Discordo
- ☐) Discordo plenamente

29. O baixo percentual de emprego das medidas de promoção de saúde e prevenção de doenças aos pacientes se deve muito ao desconhecimento do profissional de saúde (qual medida aplicar e a quem).

- ☐) Concordo plenamente
- ☐) Concordo
- ☐) Indiferente
- ☐) Discordo
- ☐) Discordo plenamente

30. No dia a dia do trabalho de uma equipe de Saúde da Família há demandas mais urgentes que impedem o emprego de medidas de promoção de saúde e prevenção de doenças.

- ☐) Concordo plenamente
- ☐) Concordo
- ☐) Indiferente
- ☐) Discordo
- ☐) Discordo plenamente

31. Em geral, falta interesse do profissional de saúde em conhecer e empregar as medidas de promoção de saúde e prevenção de doenças em seus pacientes.

☐ Concordo plenamente

☐ Concordo

☐ Indiferente

☐ Discordo

☐ Discordo plenamente

32. Não há incentivo institucional (treinamento) para que o profissional de saúde empregue as medidas de promoção de saúde e prevenção de doenças em seus pacientes.

☐ Concordo plenamente

☐ Concordo

☐ Indiferente

☐ Discordo

☐ Discordo plenamente

33. A organização do trabalho das equipes de Saúde da Família não permite oferecer aos pacientes as medidas de promoção de saúde e prevenção de doenças.

☐ Concordo plenamente

☐ Concordo

☐ Indiferente

☐ Discordo

☐ Discordo plenamente

34. Não vejo como a adoção de medidas de promoção de saúde e prevenção de doenças possa modificar o perfil de morbimortalidade (doenças e morte) da população que assisto.

☐ Concordo plenamente

☐ Concordo

☐ Indiferente

☐ Discordo

☐ Discordo plenamente

35. As recomendações muitas vezes conflitantes das medidas de promoção de saúde e prevenção de doenças dificultam o seu emprego pelos profissionais de saúde.

☐ Concordo plenamente

☐ Concordo

☐ Indiferente

☐ Discordo

☐ Discordo plenamente

36. Muitas vezes por ser uma demanda que não parte do paciente, mas sim do profissional, há piora da relação profissional de saúde-paciente quando o mesmo resolve empregar as medidas de promoção de saúde e prevenção de doenças durante os atendimentos.

☐ Concordo plenamente

☐ Concordo

☐ Indiferente

☐ Discordo

☐ Discordo plenamente

37. Incertezas quanto ao valor do teste (sensibilidade/especificidade ou valor preditivo) ou das intervenções contidas nas medidas de promoção de saúde e prevenção de doenças interferem na sua aplicação pelos profissionais de saúde.

☐ Concordo plenamente

☐ Concordo

☐ Indiferente

☐ Discordo

☐ () Discordo plenamente

38. O receio de causar prejuízos à saúde do paciente (p.e. resultados falso-positivos, falso-negativos) leva muitos profissionais de saúde a não empregar as medidas de promoção de saúde e prevenção de doenças.

☐ () Concordo plenamente

☐ () Concordo

☐ () Indiferente

☐ () Discordo

☐ () Discordo plenamente

APÊNDICE B

Encuesta a los Profesionales de Atención Primaria sobre la aplicación de Medidas de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades en Madrid

Fecha:

Nombre:

Sexo:

Fecha de Nacimiento:

Profesión:

Área:

Preguntas:

1. ¿Cuánto tiempo hace que concluyó la carrera?

- ☐ Menos de 1 año
- ☐ De 1 a 3 años
- ☐ De 4 a 6 años
- ☐ De 7 a 9 años
- ☐ Más de 10 años

Se no eres médico, pase al ítem 4

2. ¿Eres médico suplente o médico adjunto? _____

3. ¿Eres especialista vía MIR en Medicina Familiar y Comunitaria?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ Otra especialidad: ¿Cuál? _____

4. ¿Cuánto tiempo hace que trabajas como miembro de un equipo de Atención Primaria?

- ☐ Menos de 1 año
- ☐ De 1 a 3 años
- ☐ De 4 a 6 años
- ☐ De 7 a 9 años
- ☐ Más de 10 años

5. ¿Cuánto tiempo hace que trabaja **en este** equipo de Atención Primaria?

- ☐ Menos de 1 año
- ☐ De 1 a 3 años
- ☐ De 4 a 6 años
- ☐ De 7 a 9 años
- ☐ Más de 10 años

6. ¿Este Centro de Salud esta vinculado al Papps?

- ☐ Si
- ☐ No

Se no esta vinculado al Papps pase para el ítem 9

7. ¿Cuánto tiempo hace que este Centro de Salud esta vinculado al Papps? _____

8. ¿Cuáles son los paquetes del Papps que se realizan en este Centro de Salud en la actualidad?

- ☐ Paquete del Adulto
- ☐ Paquete Infantil
- ☐ Paquete de Salud Mental

9. La promoción de la salud y la prevención de enfermedades es parte importante de los cuidados en salud ofrecidos a población asistida por su equipo...

1		2		3		4		5	
Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Indiferente		En Desacuerdo		Totalmente en desacuerdo	

10. Las medidas de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades (PSPE) son empleadas en la mayor parte de las consultas (concertadas, demandadas o visitas domiciliarias) hechas por los profesionales de su equipo...

1		2		3		4		5	
Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Indiferente		En Desacuerdo		Totalmente en desacuerdo	

11. El empleo de las medidas de PSPE debe enfatizarse más en la práctica diaria de atención de la población asistida por su equipo.

1		2		3		4		5	
Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Indiferente		En Desacuerdo		Totalmente en desacuerdo	

12. ¿Cuál es el tipo de contacto con el paciente que usted considera el más adecuado para el empleo de las medidas de PSPE?

- ☐ Consulta concertada
- ☐ Consulta a demanda
- ☐ Visita domiciliaria
- ☐ Actividad en grupo
- ☐ Ninguna de ellas
- ☐ Cualquiera de ellas

13. ¿De quién debe ser la responsabilidad de aconsejar sobre los aspectos de la PSPE relacionadas con la alimentación, el sedentarismo, los hábitos tóxicos, etc.?

- ☐ Médico de Familia
- ☐ Enfermero
- ☐ Matrona
- ☐ Asistente Social
- ☐ Cualquier miembro del equipo

14. ¿De quién debe ser la responsabilidad de solicitar exámenes de cribado, como: mamografía, citología, etc.?

- ☐ Médico de Familia
- ☐ Enfermero
- ☐ Matrona
- ☐ Asistente Social
- ☐ Cualquier miembro del equipo

15. ¿De quién debe ser la responsabilidad de revisar la cartilla de vacunación y orientar sobre su actualización?

- ☐ Médico de Familia
- ☐ Enfermero
- ☐ Matrona
- ☐ Asistente Social
- ☐ Cualquier miembro del equipo

16. Opine sobre la afirmación: “Yo me considero motivado para abordar, de manera sistemática, los aspectos de PSPE con mis pacientes”.

1		2		3		4		5	
Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Indiferente		En Desacuerdo		Totalmente en desacuerdo	

17. Opine sobre la afirmación: “Yo tengo conocimiento suficiente para emplear las medidas de PSPE a mis pacientes”.

1		2		3		4		5	
Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Indiferente		En Desacuerdo		Totalmente en desacuerdo	

18. La coordinación entre los miembros de su equipo es suficiente para permitir que las medidas de PSPE sean aplicadas a sus pacientes...

1		2		3		4		5	
Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Indiferente		En Desacuerdo		Totalmente en desacuerdo	

CONOCIMIENTO ESPECÍFICO

Sobre las fuentes de información nacionales y internacionales de promoción/prevenção (US Preventive Services Task Force-USPSTF, Canadian Task Force on Preventive Health Care – CTFPHC e PAPPS -Programa de Actividades Preventivas Y de Promoción de La Salud), responda:

19. De las fuentes de información sobre **Promoción de Salud de y Prevención de Enfermedades** que se muestran en la tabla, ¿de cual/es tiene conocimiento?

	Nunca he oído hablar o no leí al respecto	Apenas, he oído hablar	He leído al respecto, pero no podría dar una recomendación	He leído al respecto y podría dar una recomendación
US Preventive Services Task Force (USPSTF)				
Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC)				
PAPPS (Programa de Actividades Preventivas Y de Promoción de La Salud)				
Otros. ¿Cuáles?				

20. ¿Usted emplea las conductas de PSPE de USPSTF/CTFPHC/PAPPS en su práctica diaria?

- () Nunca
- () Algunas veces
- () Casi siempre
- () Siempre
- () No sé

OBSERVACIÓN: Cuando el profesional **no conozca** las fuentes de información nacionales y internacionales sobre promoción/prevenición (US Preventive Services Task Force-USPSTF, Canadian Task Force on Preventive Health Care –CTFPHC e PAPPS -Programa de Actividades Preventivas Y de Promoción de La Salud) **pase al ítem 26.**

21 ¿De que manera usted emplea las medidas de promoción de salud y prevención de enfermedades de **USPSTF/CTFPHC/PAPPS** en su práctica diaria?

- () En consultas concertadas
 () En consultas demandadas
 () Durante las actividades en grupo
 () Durante la visita domiciliaria
 () Otro. ¿Cuál?:_____

22. Cuando usted emplea las medidas de PSPE del **USPSTF/CTFPHC/PAPPS**, normalmente...

- () Hago solo orientación verbal a los pacientes y no registro las orientaciones realizadas en la historia clínica
 () Hago orientación verbal y registro las orientaciones realizadas en la historia clínica del paciente

23. ¿Con que frecuencia realiza el registro de las orientaciones?

- () Nunca
 () Algunas veces
 () Casi siempre
 () Siempre
 () No sé

24. Cuando emplea las medidas de promoción de salud y prevención de enfermedades, del **USPSTF/CTFPHC/PAPPS** a sus pacientes, ¿con que frecuencia entrega al paciente una hoja de recomendaciones u otro tipo de material?

- () Nunca
 () Algunas veces
 () Casi siempre
 () Siempre
 () No sé

25. ¿De los grupos de medidas de PSPE de el **USPSTF/CTFPHC/PAPPS**, ¿cuál emplea con más frecuencia?

- () Consejo
 () *Quimioprofilaxis* (hierro y ácido fólico para embarazadas, etc)
 () Cribado (MMG Cito)
 () Inmunización
 () No sé

OBSTÁCULOS A IMPLANTACIÓN DE LAS CONDUCTAS DE PROMOCIÓN/PREVENCIÓN

26. El tiempo del que dispongo para la atención de la población no me permite emplear las medidas de PSPE...

1		2		3		4		5	
Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Indiferente		En Desacuerdo		Totalmente en desacuerdo	

27. El bajo empleo de las medidas de PSPE a los pacientes se debe, entre otras causas, al desconocimiento del profesional de salud de dichas medidas...

1		2		3		4		5	
Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Indiferente		En Desacuerdo		Totalmente en desacuerdo	

28. En el trabajo diario de un equipo de Atención Primaria hay otras prioridades de asistencia que impiden el empleo de medidas de PSPE...

1		2		3		4		5	
Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Indiferente		En Desacuerdo		Totalmente en desacuerdo	

29. En general, falta interés del profesional de salud en conocer y emplear las medidas de PSPE en sus pacientes...

1		2		3		4		5	
Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Indiferente		En Desacuerdo		Totalmente en desacuerdo	

30. No hay incentivo institucional para que el profesional de salud emplee las medidas de PSPE en sus pacientes.

1		2		3		4		5	
Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Indiferente		En Desacuerdo		Totalmente en desacuerdo	

31. La organización del trabajo de los equipos de Atención Primaria no permite ofrecer a los pacientes las medidas de PSPE.

1		2		3		4		5	
Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Indiferente		En Desacuerdo		Totalmente en desacuerdo	

32. La adopción de medidas de PSPE pueden cambiar el perfil de morbilidad de la población que asisto.

1		2		3		4		5	
Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Indiferente		En Desacuerdo		Totalmente en desacuerdo	

33. A veces, la diferencia de criterios en las recomendaciones de las distintas sociedades de medicina en las medidas de PSPE dificultan su empleo por los profesionales...

1		2		3		4		5	
Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Indiferente		En Desacuerdo		Totalmente en desacuerdo	

34. Muchas veces, la relación profesional-paciente puede verse alterada al ser el profesional el que muestra interés por emplear las medidas de PSPE durante su actividad diaria.

1		2		3		4		5	
Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Indiferente		En Desacuerdo		Totalmente en desacuerdo	

35. La incertidumbre en cuanto al valor de las medidas preventivas (sensibilidad/especificidad o valor predictivo) o de las intervenciones contenidas en las medidas PSPE interfieren en su aplicación por los profesionales de salud.

1		2		3		4		5	
Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Indiferente		En Desacuerdo		Totalmente en desacuerdo	

acuerdo				desacuerdo
---------	--	--	--	------------

36. El miedo a perjudicar la salud del paciente (por ejemplo: resultados falsos-positivos, falsos-negativos) lleva a muchos profesionales a no emplear las medidas de PSPE

1		2		3		4		5	
Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Indiferente		En Desacuerdo		Totalmente en desacuerdo	

APÊNDICE C

Ficha de Registro das Medidas de PSPD

Identificação do Serviço e do Usuário			
Município:	Serviço de Saúde:	Microárea:	
Família:	Iniciais:	M () F ()	
Data de Nascimento:	Idade: anos	AC:	
Número de atendimentos registrados no período:		EV:	AG: OUT: CN:

Patologias:

Medidas de PSPD	Eleg	Regist.	Atendimento Ag/Ev/Vd/Gr/ Ac-Pc/ Cn/ out	Profissional M/E/Nut/ ambos/nsa	Não eleg regist	Obs.
Dieta						
IMC						
Peso						
Altura						
HAS						
Dislipidemia						
Glicemia						
Ca colo de útero						
Ca de mama 50 a 69						
Ca de cólon						
Osteoporose						
HIV						
VDRL						
Aneurisma de aorta						
Tabagismo						AconTBG()
Alcoolismo						Acon Alc()
Depressão						
AAS						
Vacina FA						
Vacina SRC						
Vacina dT						
Vacina Hep B						
Vacina Gripe						
Vac. Pneumo						
Outras medidas						
TOTAL						
Índice de medidas apropriadas ¹			Índice de medidas inapropriadas ²			

1 = IMA= proporção das medidas elegíveis realizadas em relação ao total de elegíveis

2 = IMI = proporção das medidas não recomendadas em relação ao total de manobras realizadas

APÊNDICE D

Universidade de São Paulo
Campus de Ribeirão Preto

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

Telefone: PABX 633-3035 - Telex (0166)354 - FAX (016)633-1586
14049-900 - Ribeirão Preto - São Paulo

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está convidado(a) a participar como voluntário da pesquisa **Análise da Percepção e Registro das Medidas de Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças por profissionais de Atenção Primária**.

Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição onde ela se realiza.

Esta pesquisa tem como objetivo principal analisar a opinião e aplicação das medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças de médicos e enfermeiras que atuam em serviços de Atenção Básica.

Assim, gostaríamos de convidá-lo a participar desta pesquisa por meio da realização de uma entrevista com duração aproximada de 20 minutos.

Sua colaboração será muito importante para a realização desta pesquisa e poderá contribuir para o planejamento dos serviços de saúde e, com sua participação você estará contribuindo para a melhoria da saúde e da assistência de saúde em nosso município.

As informações emitidas por você não causarão nenhum dano, risco, ônus ou gratificação à sua pessoa. Será mantido sigilo em relação a sua participação, sendo somente divulgados os dados diretamente relacionados ao objetivo da pesquisa.

Você receberá uma cópia assinada deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador principal podendo tirar dúvida do projeto e de sua participação.

Agradecendo sua colaboração nos colocamos à disposição para qualquer informação que você julgar necessária.

Atenciosamente

Prof. Dr. Luciane Loures dos Santos
Pesquisadora Responsável
Telefone para contato: (16) 3602-xxxx
Email: luloures@fmrp.usp.br

APÊNDICE E

Universidade de São Paulo
Campus de Ribeirão Preto

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

Telefone: PABX 633-3035 - Telex (0166)354 - FAX (016)633-1586
14049-900 - Ribeirão Preto - São Paulo

Termo de Consentimento

Eu, _____,

declaro que recebi as informações sobre a pesquisa, fui devidamente informado(a) pela pesquisadora dos procedimentos que serão utilizados e que aceito participar da pesquisa:
Análise da Percepção e Registro das Medidas de Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças por profissionais de Atenção Primária.

Declaro estar ciente de que a entrevista terá seu resultado tratado sigilosamente, e caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade de retirar este consentimento. Declaro ainda que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento.

Ribeirão Preto, Data: _____/_____/_____

Assinatura do sujeito da pesquisa

APÊNDICE F

Universidade de São Paulo

Campus de Ribeirão Preto

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

Telefone: PABX 633-3035 - Telex (0166)354 - FAX (016)633-1586

14049-900 - Ribeirão Preto - São Paulo

Ribeirão Preto, 10 de dezembro de 2009.

Prezados Senhores:

Estamos cientes e autorizamos a utilização do banco de dados referentes à pesquisa intitulada ***“Avaliação da Implantação de um Protocolo de Prevenção de Doenças e Promoção de Saúde no Contexto de Equipes de Atenção Primária em Ribeirão Preto – São Paulo”*** autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da FMRP – USP, protocolo nº244, realizada nos Núcleos de Saúde da Família em 2008, pela pesquisadora Luciane Loures dos Santos.

Estamos cientes de que os dados serão utilizados em um novo projeto, ***“Análise da Percepção e Registro das Medidas de Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças por profissionais da Atenção Primária”*** com objetivo de comparar com dados procedentes de outros municípios brasileiros de pequeno e médio porte, além de municípios espanhóis, que possuem as mesmas características.

Colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos;

Prof. Dr. Ajith Kumar Sankarankutty

Prof. Dr. Anderson Soares da Silva

ANEXO A

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-CEP/CSE-FMRP-USP.

Ribeirão Preto, 14 de janeiro de 2010.

Of. Nº 002/10/COORD.CEP/CSE-FMRP- USP.

Senhor Professor,

Temos a grata satisfação de comunicar a aprovação ad-referendum, após análise e apreciação do parecer ético, pelo senhor coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, referente ao projeto de pesquisa: *"Análise da Percepção e Registro das Medidas de Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças por Profissionais da Atenção Primária"*, protocolo nº.353/CEP-CSE-FMRP-USP, que tem como pesquisadores responsáveis: Luciane Loures dos Santos (Doutoranda do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, com período sanduiche na Universidade Autônoma de Madrid - Orientador na Espanha: Angel Antonio Otero Puime), sob orientação, no Brasil, do Prof.Dr. Ajith Kumar Sankarankutty (Departamento de Cirurgia e Anatomia - FMRP- USP).

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP, o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.

No ensejo, renovamos os votos de estima e consideração, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilmo. Sr.
Prof. Dr. Ajith Kumar Sankarankutty
Docente do Departamento de Cirurgia e Anatomia da
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.

ANEXO B

INFORME DEL COMITE ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Don Antonio Gil Aguado, Presidente del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario La Paz

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado la propuesta del investigador, el Dr. Angel Antonio Otero Puime del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario "La Paz", para que se realice el proyecto de investigación titulado **'LA APLICACIÓN DE MEDIDAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES POR LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN MADRID'**, código HULP: **PI-858**,

y considera que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado y no interfiere con el respeto a los postulados éticos.

Y que este Comité acepta que dicho proyecto de investigación sea realizado por el Dr. Angel Antonio Otero Puime del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario "La Paz", como investigador principal.

Lo que firmo en Madrid a 8 de octubre de 2009

Firmado: Don Antonio Gil Aguado

ANEXO C

PILOT PROJECT ON THE IMPLEMENTATION OF PROTOCOLS FOR HEALTH PROMOTION AND DISEASE PREVENTION (HPDP) IN A FAMILY PRACTISE UNIT

PROJETO PILOTO DE IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLOS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS EM NÚCLEOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Santos LL.,¹ Sankarankutty AK², PhD., MD; Silva AS¹, MD; Ribeiro LP³, MD; Versiani LM⁴, MD; Santos JS¹, MD, Castro e Silva O Jr⁵, PhD.

1. Professor, Department of Social Medicine; Post-graduate student of the Department of Surgery and Anatomy, Ribeirão Preto School of Medicine, University of São Paulo
2. Professor, Department of Surgery and Anatomy, Ribeirão Preto School of Medicine, University of São Paulo.
3. Family Practitioner, Professor of Medical Sciences, UNIFENAS.
4. Family Practitioner, Post-graduate student of the Department of Social Medicine, Ribeirão Preto School of Medicine, University of São Paulo.
5. Full Professor, Department of Surgery and Anatomy, Ribeirão Preto School of Medicine, University of São Paulo.

Department of Surgery and Anatomy, and the Department of Social Medicine of the Ribeirão Preto School of Medicine, University of São Paulo.

Corresponding author: Sankarankutty AK,

Departamento de Cirurgia e Anatomia

Faculdade de Medicina e Anatomia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Av. Bandeirantes, 3.900

Ribeirão Preto – SP

CEP – 14.049.900

e-mail: luloures@fmrp.usp.br

Funding : Fundação Waldemar Barnsley Pessoa

Abstract

The World Health Organization, in its annual report, notified that 47% of the deaths in the world were related to 20 risk factors. In this regard, the importance of preventive measures cannot be understated as even many surgical illnesses are amenable to prevention. The incidence of certain diseases such as esophageal cancer, peripheral vascular disease, hepatocarcinoma, automobile accidents, among others, can be reduced or minimized by measures of health promotion and disease prevention.

Methods: A protocol was drawn up based mainly on the recommendations from the *US Preventive Services Task Force*, the *Canadian Task Force on Preventive Health Care*, the *Programa de Actividades Preventivas y de Promocion de la Salud* (PAPPS) of the Spanish Society of Family Practice and Community Medicine, as well as on the recommendations of the Brazilian Ministry of Health, adapted to the local conditions. The medical team of one Family Practice Unit was trained to use the protocol in January 2005. The measures were offered to the population of this Unit during the year of 2005, as a pilot project.

Results: In the preliminary analysis, 1596 patient records were verified. During this period, the protocol was applied to 397 adult patients, which represents 25% of the records analyzed. Screening was the most frequently applied measure, being present in 99% of the cases, followed by counseling (90%), chemoprophylaxis (55%) and finally vaccination (45%).

Conclusions: It is not enough to train once and make available protocols and instruments which facilitate the implementation of HPDP measures, further steps need to be undertaken in preventive health care, incorporating screening, counseling and chemoprophylaxis in daily practice. This could be achieved with the use of a universal preventive health care charts which incorporate all the proven evidence-based preventive measures and not only vaccination, such as the one proposed in this study, to be implemented by all health care personnel.

Keywords: Disease prevention, health promotion, health check-up, health-care protocols, preventive medicine.

Resumo

A Organização Mundial de Saúde relatou que 47% das mortes no mundo estão relacionadas a 20 fatores de risco. Desta forma, a importância das medidas de prevenção não deve ser subestimada, uma vez que muitas doenças de tratamento cirúrgico também são passíveis de prevenção. A incidência de certas doença como câncer de esôfago, doença vascular periférica, hepatocarcinoma, acidentes automobilísticos, entre outras, podem ser reduzido ou minimizados por medidas de promoção de saúde e prevenção de doenças.

Método: O protocolo foi elaborado baseado nas recomendações do *US Preventive Services Task Force*, do *Canadian Task Force on Preventive Health Care*, do *Programa de Actividades Preventivas y de Promocion de la Salud* (PAPPS) da Sociedade Espanhola de Saúde da Família e Comunidade e das recomendações do Ministério da Saúde, todas adaptadas as condições locais. A equipe médica de um Núcleo de Saúde da Família foi treinada a usar o protocolo em Janeiro de 2005. As medidas foram aplicadas na população dessa unidade durante o ano de 2005, como um projeto piloto.

Resultados: Na análise preliminar, 1596 prontuários foram examinados. Durante esse período, o protocolo foi aplicado em 397 adultos, que representa 25% dos prontuários analisados. Rastreamento foi a medida mais frequentemente aplicado (99%), seguida de aconselhamento (90%), quimioprofilaxia (55%) e finalmente vacinação (45%).

Conclusões: Disponibilizar protocolos e instrumento que facilitam a implementação das medidas de HPDP não são suficientes. Outras medidas precisam ser implementados na atenção primário, que incluam rastreamento, aconselhamento e quimioprofilaxia. Isso pode ser alcançado através do uso de protocolos universais, que incorporam todas as medidas baseado em evidência recomendados, além da vacinação, e que devem ser aplicados por toda equipe da saúde.

Palavras chaves: Prevenção de doenças, promoção de saúde, avaliação periódica, protocolos de Saúde, medicina preventiva.

Introduction

The health systems in many developed and developing countries have been implementing both individual and collective measures for health promotion and diseases prevention(Who, 2002). The World Health Organization, in its annual report, notified that 47% of the deaths in the world were related to 20 risk factors, among which, for most of the countries in Central and South America, just 5 of them (arterial hypertension, smoking, alcohol consumption, hypercholesterolemia and obesity) are responsible for 1/6 of the illnesses(Who, 2002). The importance of preventive measures cannot be understated as even many surgical illnesses are amenable to prevention. For example, some liver transplant centers report that 70% of the patients in the waiting list have cirrhosis due to alcohol, hepatitis B or C, all preventable, at least in theory(Silva, 2006). Further, the incidence of certain diseases such as esophageal cancer, peripheral vascular disease, hepatocarcinoma, automobile accidents, among others, can be reduced or minimized by measures of health promotion and disease prevention.

As the risk factors are known, the next logical step would be to deal with them and control them. In order to achieve this, the priorities in health care have to be restructured from the current curative model to a model which includes health promotion and disease prevention (HPDP) as one of its pillars(Buchalla, 2003).

The literature shows that the knowledge available, if put into practice, is sufficient to obtain great health benefits and reduce some scandalous national and international inequalities(Rose, 1995). Some of the impediments for the translation of this knowledge into action are deplorable and includes widespread ignorance and lack of understanding of the issues and possibilities, and the deliberate opposition of powerful vested interests. Such obstacles to better health need to be exposed and opposed. The achievement of better health implies many kinds of costs which must be paid if we want good preventive medical services, a healthier environment, and better conditions of work, travel and housing. Similarly, changes to a healthier life-style imply personal costs, which individuals must balance against their valuation of health. For example, the smoker has to decide whether the health and other benefits of stopping smoking are worth the loss of pleasure and the difficulties of giving up.

The case for preventive medicine is often argued on economic grounds. Ill health impairs earning capacity, and the costs of medical care are high and continually escalating; prevention, it is said, will be a money-saver. This argument may prove misleading or even

false. Success often means postponement of a problem rather than its ultimate resolution. For example, the avoidance of cigarettes will greatly reduce the risks at each age of suffering a heart attack, but as a result non-smokers live longer and so more of them are exposed to the particularly high risk of heart attack in old age. The paradoxical result is that, even though smoking indeed causes heart attacks, non-smokers are more likely than smokers to die eventually of such an attack(Rose G, 1990). Avoidance of smoking is excellent preventive advice, offering the prospect of a healthier and longer life, but surprisingly it may, as an isolated measure, actually increase the number of heart attacks. The corresponding costs are therefore postponed rather than avoided(Rose, 1995).

In general, most of the population in Brazil has access to the public Health System through the primary care level, which makes this a privileged location for the application of measures for HPDP. These measures can be applied by the all the health care workers at this level, some of them even by the community health agents. The health workers at the primary care level, provide continued assistance to its population, which allows early and sometimes reiterated interventions, according to the need(Silva, 2006).

The literature recommends that the HPDP measures be applied systematically to all patients, whatever the motive that leads them to the clinic. In this manner, the opportunities that present themselves are optimized, with greater chance of adherence (as the patients are attended to in the moment of need), avoiding the necessity of another consultation specifically for the application of HPDP measures. Thereby optimizing the use of valuable individual consultation slots. Consensus and protocols can be very helpful in the application of the HPDP measures(González Al, 1997).

Government organizations of developed countries have prepared protocols, based on the scientific evidence available, in order to improve the health of individuals and the community, to prevent illnesses or to identify them in the early stages when they are still asymptomatic(Mcwhinney Ir, 1995; Semfyc Sociedad Española De Medicina De Familia Y Comunitaria, 2004; Ctfphc the Canadian Task Force on Preventive Health Care, 2005; Uspstf U S Preventive Services Task Force, 2007). They basically deal with the concept of primary and secondary prevention put up in the following modules: 1) counseling, 2) screening, 3) chemoprophylaxis, and 4) immunization. These measures can be offered to the asymptomatic population to identify and modify risk factors in order to avoid illnesses or to detect them in

early stages so that it's progression can be deterred. This represents what has been called the periodic health check-up(Stachenko S 1998).

In Brazil, protocols for prevention have been developed. They focus mainly on the prevention of certain diseases, such as breast cancer and cancer of the uterine cervix. But to the best of the authors' knowledge, there are no protocols focused on the individual, which take into consideration age and gender while adapting them to the local conditions. For these reasons, a protocol was proposed based on the literature available, adapted to our local conditions and tested in a pilot study.

The objective of the present study was to evaluate the difficulties encountered in the implementation, therefore the applicability of measures of HPDP in a Family Practice Unit, as the protocol and means to register the activities were made available.

Method

The strategy of Family Practice provides an excellent opportunity for implementing the HPDP measures(Ministério Da Saúde, 2000). But in order to implement them systematically, a protocol, adapted to the local conditions, as well as an instrument to record and track the measures had to be developed.

This protocol was drawn up by a group of Medical Residents of the Program in Family Practice and Community Medicine of the Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC-FMRP-USP) along with some faculty members of the Ribeirão Preto School of Medicine of the University of São Paulo. It included counseling, screening, chemoprophylaxis and vaccination. The protocol is based mainly on the recommendations from the *US Preventive Services Task Force*(Uspsf U S Preventive Services Task Force, 2007), the *Canadian Task Force on Preventive Health Care*(Ctphc the Canadian Task Force on Preventive Health Care, 2005), the *Programa de Actividades Preventivas y de Promocion de la Salud* (PAPPS)(Semfyc Sociedad Española De Medicina De Familia Y Comunitaria, 2004) of the Spanish Society of Family Practice and Community Medicine, as well as on the recommendations of the Brazilian Ministry of Health, adapted to the local conditions (tables 1 and 2). The protocol only included the measures which carry the degree of recommendation A and B, therefore which are undoubtedly beneficial according to the available evidence.

The available literature also suggests that the utilization of instruments as reminders and to record the measures of HPDP, increases the efficacy of the preventive

measures(Semfyc Sociedad Española De Medicina De Familia Y Comunitaria, 2004). Therefore along with the protocol, a chart for registering the measures, but which could also be used as a reminder had to be considered and adapted. This chart is annexed to the health records of the individuals and can be filled in by the different health professionals, as the patients are attended to (table 3 and 4).

Implementation

The medical team of one Family Practice Unit was trained to use the protocol and the chart in January 2005. The measures were offered to the population of this Unit during the year of 2005, as a pilot project. The medical team was comprised of one Family Practitioner and five Medical Residents of the Program of Family Practice and Community Medicine of the HC-FMRP-USP. This family practice Unit participates in the training of graduate medical students who were also encouraged to apply the protocols. The protocols and charts were made available in each consulting room and the measures were to be applied to all the patients attended to.

Results

The Family Practice Unit has an estimated population of 5663 people, of which 2995 are enrolled under its care. Among the people enrolled, 34% have access to the supplementary health system and therefore do not utilize the facilities of the Unit. Of the remaining, 174 patients were transferred to another Family Practice Unit for administrative reasons. Due to small, but constant change in the inhabitants of the area, the total number of people under the care of the Unit, in different periods of time, show slight variations. During the year the pilot project was undertaken, there were 4802 individual consultations. These consultations involved 1647 patients, which represents around 55% of the enrolled patients.

In order to analyze the preliminary results, 1596 patient records were verified. Table 5 shows the summary of the results. During this period, the protocol was applied to 397 adult patients, which represents 25% of the records analyzed. Screening was the most frequently applied measure, being present in 99% of the cases, followed by counseling (90%), chemoprophylaxis (55%) and finally vaccination (45%).

Total number of patient records analyzed	Protocol applied (%)	Screening (% of the protocol applied)	Counseling (% of the protocol applied)	Chemoprophylaxis (% of the protocol applied)	Vaccination (% of the protocol applied)
1596	397 (25)	395(99)	356(90)	219(55)	179(45)

Table 5. Table showing the total number of patient records analyzed, the number of records which contained the protocols, and when the protocol was applied, which of the measures, and in what percentage, were applied (screening, counseling, chemoprophylaxis and vaccination).

Discussion

Clearly it is not enough to train once and make available protocols and instruments which facilitate the implementation of HPDP measures. Having proceeded in this fashion, apparently only 25% of the population was offered the HPDP measures. A series of obstacles have to be surmounted before we can achieve a more universal application of preventive medicine. It has to be acknowledged that it is only the registered information which was considered valid, which means that even if the HPDP measures were applied but not registered it was considered as not applied. This is a drawback of this preliminary analysis, which has to be taken into consideration.

Although Family Practice Units are privileged sites for the application of HPDP measures, they should not be the only ones. As we could see in this evaluation, 34% of the enrolled patients have access to supplementary health care services, thereby become inaccessible to the primary care team. Unfortunately, we do not know whether these measures are universally accepted and implemented, so for the present moment it is not possible to know whether this population has been offered these measures or not. This is one of the reasons which motivated the development of a protocol for the systematic implementation of the HPDP measures.

This brings up the question of training of the different professionals working in the health care industry. Traditionally, doctors, nurses and the other members of the work force are trained to **treat** diseases and not to prevent them or promote healthy behavior. Treatment of diseases is an extremely important task, but it shouldn't coexist with the tremendous

vacuum in the area of HPDP. Both are equally important tasks to be undertaken. As the training is inadequate, some professional consider these measures as a waste of time or the responsibility of other professions. Changes in these figures require cultural changes of the whole society and the inclusion of this subject for discussion during the graduation years of these professions.

Frequently, the justification given for not applying the HPDP measures is the lack of time during consultation, even though its known that they increase the consultation time by only 2.7 minutes (Ministério Da Saúde, 2000; USPSTF U S Preventive Services Task Force, 2007).

The number of individual protocols applied was very low (25%). One of the difficulties encountered is the frequent change in the team of workers, which makes repeated training imperative until the application of preventive measures become part of the culture of care of the individuals and the community. Even when there is no change in the team, repeated training and monitoring of the measures is necessary and may help in greater implementation of the protocol.

When the protocol was applied, the most frequently utilized measure was screening (99%), followed by counseling (90%), chemoprophylaxis (55%) and vaccination (45%). Once again, only the registered information could be analyzed, which means that the information on vaccination was registered in only 45% of the protocols applied. This certainly has to be improved, and instruments such as these can be helpful for the complete follow-up of individuals. Many initiatives for preventive health care are already in place, but are usually fragmented and isolated, such as the vaccination card for monitoring the individual patients' vaccination status. There is a different, universally accepted card, issued by the health authorities for the registration of the information on the vaccination status of the individual patients. The low adherence to registration of this information may therefore not be representative, due to availability of the other official card. Vaccination has definitely been part of the great progress achieved in health care, but now it is time to take further steps in preventive health care, incorporating screening, counseling and chemoprophylaxis in daily practice. This could be greatly improved with the use of a universal preventive health care chart which incorporates all the proven evidence-based preventive measures and not only vaccination.

Another lesson learned is that it is not enough to train the just the medical team. All health care workers should participate in the initiative in order to achieve better results. A team effort is essential, therefore, all the members have to be trained in the concept of HPDP. As the other members of the team, such as the nurses and community agents, were not included in the initial training for the pilot project, many opportunities for the application of the protocol were lost. For example, the domiciliary visits undertaken by the community agents, on a monthly basis, could have been utilized to verify the vaccination status, providing another input for the registration as well as helping to spread the culture of preventive health care. The health systems are not structure for this kind of approach, which reflects the type of training the health workers receive, including doctors, nurses, physiotherapists, nutritionists etc. The focus of attention is mainly on a curative approach and this has to be changed to incorporate the culture of HPDP. This highlights the need for instruments such as these being proposed in this study to be utilized right from the training of health care workers (during graduation) to informing the general public as well as in helping the health systems execute one of its main activities, which is health promotion.

The measures included in this protocol follow the recommendations of the cited references. The principal behind HPDP is more important than the individual measures themselves, as local adaptations are frequently necessary. The recommendations may also need to be modified in the light of new scientific evidence. For example, the active screening of prostate cancer is not recommended and therefore not included in this protocol. The results of two large studies, a European and another North American, are awaited to clarify this subject. On the other hand, screening for aortic aneurism has just recently been included with a degree of recommendation A.

It's important to remember that protocols are not therapeutic straight-jackets. Each situation must be critically evaluated to distinguish features which suggest that the protocol may not be applicable. Many aspects of health care are still to be elucidated in the literature. For example, the minimal interval between certain measures of counseling have not been established. For these situations, as there isn't a consensus, the minimum interval had to be set to best suit the patient and the Family Practice Unit.

Economic reasons may not justify the implementation of HPDP measures, but it is definitely better to be healthy than to be ill or dead. That is probably the only real argument for preventive medicine and it should be sufficient.

Perspectives

The protocol for HPDP is an important instrument for orienting the health workers in applying the measures to the individual patients. But according to the Family Practice Strategy in Brazil, the units are responsible not only for the individual patients, but also for the care of the local community. In this aspect, the protocol can be an interesting instrument to used in planning. Using the primary care information system (SIAB in Brazil), it is possible to estimate the number of consultations (for HPDP) and the number of auxiliary tests, such as mammograms and occult fecal tests, that would be necessary according to the age and gender of the enrolled population. In this manner it would help in organizing the assistance and in managing the resources available according to the local necessities, thus becoming an instrument for planning and management. Once this information is digitalized, it would turn the analysis more agile and could even be used as instrument for evaluating the quality of assistance offered by the health care units, for example by analyzing the percentage of the population adequately vaccinated or the percentage of the sexually active women adequately screened by the pap smear test. Therefore it could also be used as an indicator of quality.

Bibliography

Buchalla, A. Check-up: você ainda vai fazer um. Veja: 74 p. 2003.

Ctfphc the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Evidence-Based Clinical Prevention. T. C. T. F. O. P. H. Care. 2007 2005.

González Al, Z. C. La Prevención y Sus Niveles. La Orientación Clínica y Comunitaria. In: V. Fjg. (Ed.). Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria: Madrid, International Marketing & Communications - SemFYC, 1997. La Prevención y Sus Niveles. La Orientación Clínica y Comunitaria, p.691 - 695

Mcwhinney Ir. Medicina Preventiva en La Práctica Del Medico de Familia. . In: (Ed.). Medicina de Familia. Barcelona: Doyma Libros, 1995. Medicina Preventiva en La Práctica Del Medico de Familia. , p.165 - 206

Ministério Da Saúde. Programa de Saúde da Família. . Revista de Saúde Pública, v.34, n.3, Junho, p.316 - 319. 2000.

Rose, G. The Strategy of Preventive Medicine. New York: Oxford Medical Publications. 1995. 135 p.

Rose G, S. M. Effects of coronary risk reduction on the pattern of mortality. Lancet, v.335, p.275-7. 1990.

Semfyc Sociedad Española De Medicina De Familia Y Comunitaria. Programa de Actividades Preventivas y de Promocion de la Salud. S. E. D. M. D. F. Y. C. (Semfyc). Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) 2007 2004.

Silva, A. S., Ll; Passos, Adc; Sankarankutty, Ak; Martinelli, Alc; Castro E Silva, O. Chronic liver disease prevention strategies and liver transplantation. Acta Cirúrgica Brasileira, v.21, n.Suppl. 1, p.79-84. 2006.

Stachenko S Preventive Guidelines: Their Role in Clinical Prevention and Health Promotion. T. C. T. F. O. T. P. H. Examination. Ontario: The Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. 2007 1998.

Uspstf U S Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality. 2007 2007.

Who. World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life. world Health Organization. Geneva. 2002