



Momento & Perspectivas em Saúde

Volume 24 - Número 1 - JANEIRO / JUNHO 2011

Publicação técnico-científica do Grupo Hospitalar Conceição, sociedade anônima de capital fechada com controle acionário da União Federal e ligada à Gerência de Ensino e Pesquisa - GEP/GHC.

MOMENTO & PERSPECTIVAS EM SAÚDE tem como escopo divulgar a experiência técnico-científica dos profissionais do GHC e difundir conhecimentos, de qualquer origem, que contribuam para aperfeiçoar o momento e desenvolver tendências de melhoria das perspectivas para a saúde no País.

Editores

**Alberto Salgueiro Molinari
André Galvão
Rafael Moraes**

Conselho Editorial

Airton Stein	Leo Limberger
Balduino Tschiedel	Lauro Hagemann
Charly F. Camargo	Marília Gerhardt de Oliveira
Cristiane Valle Tovo	Paulo R.S. Silva
Edelvis Vieira Rodrigues	Pedro Pimentel Filho
Edmundo Lima Zagoury	Raul Pruinelli
José Luiz Pedrini	Romeu Warken
Júlio Baldisserotto	Sérgio Antonio Sirena
Emílio Moriguchi (PUCRS)	Sérgio M. Espinosa
Jorge Luiz de Lima Hetzel (FFFCMPA)	Vera Lúcia Pasini
Justo S. Lobato Leivas	Maria Inês Schmidt (UFRGS)
Noé Zamel (Canadá)	Leo Doncatto (ULBRA)
Jorge L. Irvin III(USA)	Alberto Bujardon (CUBA)

CORRESPONDÊNCIA: os trabalhos para publicação e as revistas em permuta devem ser encaminhadas para “Momento & Perspectivas em Saúde” Revista Técnico-Científica do GHC - Serviço de Editoria - Av. Francisco Trein, 596 - CEP 91350-200 - Porto Alegre - RS Brasil - Telefone: (51) 3357.2376

SUMÁRIO

EDITORIAL

Alberto Molinari.....	06
-----------------------	----

ARTIGOS ORIGINAIS

Programas de residência multiprofissional em saúde: aspectos gerais e uma experiência em Porto Alegre, Brasil

Luiz Henrique Alves da Silveira, Paulo Roberto Antonacci Carvalho, Cristianne Maria Famer Rocha.....	07
--	----

Avaliação da puericultura de crianças que necessitaram hospitalização durante O primeiro ano de vida

Andréia Silva Saffer, Fernanda Stassen dos Santos, José Ricardo Scalise, Juliano Soares Rabello Moreira, Daniela Montano Wilhelms, Maria Lúcia Medeiros Lenz.....	16
---	----

O desafio da educação permanente em saúde: desvendando a percepção dos trabalhadores do serviço de nutrição e dietética de um hospital público de Porto Alegre

Aliandre Toller, Olinda Maria de Fátima Lechmann Saldanha, Monique Soares Vieira.....	27
---	----

ARTIGOS DE ATUALIZAÇÃO

Dietas restritas em carboidratos em pacientes com diabetes mellitus tipo 2 : análise crítica das evidências

Liete Zanuzzo , Vânia Ames Schommer , Aline Marcadenti.....	36
---	----

Perfil nutricional de pacientes admitidos na unidade de oncologia e hematologia de um hospital geral

Erika Cavalheiro Skupien, Marília Unello Garcez , Ana Claudia Coelho, Aline Marcadenti.....	51
---	----

ARTIGOS DE REVISÃO

Determinantes da aderência do paciente com diabetes melito ao tratamento: uma revisão sistemática

RúbiaSlavieroSchulz, CeciliadeFatimaBacoSchumann, FláviaMoraesSilva.....	59
--	----

MOMENTOS EM MEDICINA

Para a memória: Paulo Delgado

Renato Soares Gutierrez.....	80
------------------------------	----

NORMAS PARA A PUBLICAÇÃO DA REVISTA GHC.....81

EDITORIAL

O ano de 2011, confirma o alcance dos objetivos propostos pelo Conselho Editorial da Revista do GHC – Momento & Perspectivas em saúde, quando definiu que após a regularização da sua publicação, cumpriria as exigências de qualidade e originalidade na produção aqui editadas.

Nesta primeira edição do ano, começamos com um trabalho de Silveira LHA e cols, que apresenta sob o título: Programas de Residência Multiprofissional em Saúde: Aspectos Gerais e uma Experiência em Porto Alegre, Brasil a experiência da Residência Multiprofissional do GHC, com história recente mas já com reconhecimento no SUS pela preparação de novos profissionais da área da saúde em cursos de especialização em áreas demandadas pelas necessidades do Sistema Único de Saúde. O atendimento de base em crianças é focado por Saffer AS e cols, na Avaliação da Puericultura de Crianças que Necessitaram Hospitalização Durante o Primeiro Ano de Vida na rede de atendimento do GHC, enquanto Toller A, e cols avaliam os entendimentos dos funcionários de nutrição do GHC em O Desafio Da Educação Permanente Em Saúde: Desvendando A Percepção Dos Trabalhadores Do Serviço De Nutrição E Dietética De Um Hospital Público De Porto Alegre.

Em artigos de atualização em nutrologia em relação a pacientes com diabetes Mellitus e em tratamento em serviço de oncologia e hematologia, Zanuzzo L, e cols(Dietas Restritas em Carboidratos em Pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 2 : Análise Crítica Das Evidências) e Skupien EC, e cols(Perfil Nutricional de Pacientes Admitidos na Unidade de Oncologia e Hematologia de um Hospital).

Em artigos de Revisão Schulz RS(Determinantes da Aderência do Paciente com Diabetes Mellito ao Tratamento: Uma Revisão Sistemática) demonstram as dificuldades destes pacientes em cumprir com as orientações para o seu correto tratamento.

Em MOMENTOS EM MEDICINA, o Dr. Renato Gutierrez relembra um dos médicos que mais marcaram a história do GHC em Para a Memória: Paulo Delgado. (Mom&Persp Saúde. 2011; 24(1):5)

Boa leitura

Alberto Molinari
Editor

PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: ASPECTOS GERAIS E UMA EXPERIÊNCIA EM PORTO ALEGRE, BRASIL

Multiprofessional Health Programs: General Aspects And An Experience In Porto Alegre, Brazil

Luiz Henrique Alves da Silveira*, Paulo Roberto Antonacci Carvalho**, Cristianne Maria
Famer Rocha***

RESUMO

A saúde depende de integralidade de práticas na atenção ao usuário, segundo as diretrizes do SUS. Nesse contexto, a Residência em Área Profissional de Saúde foi instituída no Brasil em 2005, embora existissem programas com proposta similar desde a década de 1960. É uma modalidade de ensino de pós-graduação, realizada através de educação em serviço por profissionais da área de saúde, exceto médicos. Embora tenham regras e parâmetros comuns, há aspectos peculiares de cada instituição onde a mesma ocorre. No Grupo Hospitalar Conceição, de Porto Alegre, realiza-se esse tipo de formação desde 2006, nas áreas de Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental e Terapia Intensiva. Entende-se que esse tipo de programa é fundamental para consolidação do SUS, por ocorrer através de ações articuladas entre os setores da educação e da saúde, e ter como referências as necessidades da população, da gestão dos trabalhadores em saúde e do controle social. (Mom&Persp Saúde. 2011; 24(1):7-15)

Descritores: Residência multiprofissional em saúde; educação em serviço; multidisciplinaridade; interdisciplinaridade; Serviço Único de Saúde.

ABSTRACT

The health is dependent of combined actions and practices regarding to the patient, according to the Brazilian public health program. In Brazil, the multiprofessional residence program began on 2005, but similar statement had existed since the 60's. This is a type of post-graduation course based on education in health attended by health professional, except physicians. There are a lot of similar rules, but each institution that offers the program has its particularities. At the Grupo Hospitalar Conceicao, in the Porto Alegre City, one of this programs has been offer since 2006. It has three specializations: Community and Family Health, Mental Health and Intensive Care. We think this kind of opportunity is essential to the public health program establishment because it is done with actions between the health and education and it is based on the population needs, the health workers management and the social control. (Mom&Persp Saúde. 2011; 24(1):7-15)

Key words: Multiprofessional health program; health service education; multidisciplinary; integrality; Brazilian Public Health Program.

Endereço: Rua Visconde de Taunay, 312/304 - Novo Hamburgo/RS - 93310-200

Telefone para contato: (51) 99457178 ; E-mail para contato: dr.ique@ig.com.br

Instituição : Grupo Hospitalar Conceição (Residência Integrada em Saúde).

* Psicólogo, Técnico em Educação do GHC, Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente

** Professor Associado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Professor do Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Doutor em Ciências Médicas

***** Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Professora Colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Doutora em Educação**

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988, tem seus princípios defendidos pelos sanitaristas e é baseado no relatório resultante da 8ª Conferência Nacional de Saúde. A Lei 8.080/90 ⁽¹⁾ mostra uma perspectiva de inversão do modelo de atenção, seguindo uma proposta cujo marco regulador do cuidado com a saúde oferecida para a população é a atenção primária. Nesse contexto, passou-se a entender a saúde dependente de integralidade de ações e práticas na atenção ao usuário. Assim, foram estruturadas novas concepções que deveriam ser aplicadas em serviço e sua gestão, estabelecendo-se a ideia de ações articuladas entre os setores da educação e da saúde, com as necessidades da população, da gestão dos trabalhadores em saúde e do controle social como referências.

O objetivo desse artigo é apresentar aspectos de Programas de Residência Multiprofissionais em Saúde (PRMS), que são uma das modalidades de educação permanente em saúde. Inicialmente, serão apresentadas informações gerais sobre essas modalidades de formação em serviço. A seguir, será detalhado um exemplar desse tipo de programa, que é a Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC).

Histórico

Residência Médica e Residência Multiprofissional em Saúde

Através da Lei 11.129, de 30 de junho de 2005, institui-se no Brasil a Residência em Área Profissional da Saúde, definida como uma mo-

dalidade de ensino de pós-graduação lato sensu. É realizada através de educação em serviço por profissionais que integram a área de saúde, exceto médicos ⁽²⁾. Entretanto, cabe destacar que programas de residência com proposta similar ocorrem informalmente em nosso país desde a década de 1960, segundo o Relatório de Atividades da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde ⁽³⁾. Até então, a finalidade dessas iniciativas era qualificar os participantes através de treinamento em atividades de longa duração, nos mesmos parâmetros da Residência Médica ⁽⁴⁾.

A Residência Médica ocorreu sem regulamentação oficial até 1977, quando foi publicado o Decreto 80.281. Sua principal característica era formação em serviço, considerada como o padrão-ouro da especialização em Medicina ⁽⁵⁾. Em outras áreas de formação, destaca-se que em 1961 foi criado o primeiro Programa de Residência em Enfermagem, no Hospital Infantil do Morumbi, em São Paulo ⁽⁶⁾.

Nos anos 1970, confirmou-se a necessidade de realizar atenção integrada à família e à comunidade, com trabalhos em equipes multiprofissionais. Diante disso, foram desenvolvidos os programas pioneiros, os quais agregaram diferentes profissões em um mesmo espaço de formação, resultando no PRMS.

A cidade de Porto Alegre tem ligação direta com a história das Residências Multiprofissionais em Saúde por ter sido o local de criação do primeiro programa de Residência em Medicina Comunitária no Brasil ⁽⁷⁾. A saber, a Secretaria Estadual de Saúde criou a Unidade Sanitária São José do Murialdo, a qual é considerada por muitos como o embrião dessa modalidade

de formação ⁽⁷⁾. A proposta inicial dessa organização era “formar profissionais com uma visão integrada entre saúde, clínica, saúde mental e saúde pública” ⁽⁷⁾, e sua função era formar profissionais com visão integrada de saúde e foco em prevenção e promoção de saúde ⁽⁵⁾. Em 1978, esse programa de residência tornou-se multiprofissional. Esse PRMS continua existindo, embora tenha sofrido interrupções em muitos momentos, devido a mudanças na Gestão Estadual. Atualmente, o Programa, que é da competência da Escola de Saúde Pública (ESP/RS), oferece Residência Integrada em Saúde Coletiva, composta pela Residência Médica e o Curso de Aperfeiçoamento Multiprofissional Especializado, a qual abrange as áreas de Serviço Social, Psicologia, Enfermagem, Nutrição e Odontologia ⁽⁷⁾.

Na mesma linha, instituiu-se o Treinamento Avançado em Serviço (TAS) na década de 1970, sendo formado por uma equipe multiprofissional, com iniciativa e gestão da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-FIOCRUZ). Tal como ocorria em Porto Alegre, nesse serviço o eixo norteador era o caráter integrador das diversas práticas em saúde.

Na década de 1980, as propostas de formação em Medicina Comunitária e Social ganharam incentivos para se transformarem em Residências em Medicina Geral Comunitária. Este fato levou à extinção, em 1982, de financiamentos para as iniciativas focadas na formação de profissionais fora da área médica por parte do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Neste período, constatou-se a existência de grupos já articulados para formar equipes profissionais e multiprofissionais através da Residência na Área da Saúde. Em 1994, foi criado o Programa de Saúde da Família, a partir do Programa de

Agentes Comunitários de Saúde (PACS), existente desde 1991.

No ano de 2002, foram criados 19 Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família ⁽⁵⁾ com recursos do Ministério da Saúde (MS). O autor observa que, mesmo diversificados em seus formatos, os objetivos dos PRMS eram focados no trabalho multiprofissional em saúde e visavam contribuir para aprimorar a ação dos profissionais em serviço.

Em 2005, instituiu-se a RMS através da publicação da Portaria 2.117/05 e ocorreu o I Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, realizado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) do MS, em parceria com a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH) do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A proposta do evento foi “[...] fomentar a reflexão e estimular o debate com as representações sobre as Residências Multiprofissionais em Saúde” ⁽⁸⁾. Participaram residentes, coordenadores, secretários municipais e estaduais vinculados aos Programas financiados pelo MS, e também representantes dos Conselhos Profissionais da Área da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), entre outros. No ano seguinte, aconteceu o II Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, que projetou o movimento para os seminários estaduais, envolvendo a ação dos residentes. Com o apoio da SGTES/MS, consolidou-se a sistematização dos seminários regionais. Logo depois, a SGTES/MS e a Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (SESU/MEC) criaram um Grupo de Trabalho que deveria sistematizar o relatório do Seminário e elaborar uma proposta de minuta de Portaria para criação da CNRMS. A Portaria

Interministerial MEC/MS 45/2007 estabeleceu a composição e as diretrizes da CNRMS ⁽⁹⁾. A seguir, a Portaria Interministerial MEC/MS 698, de 19 de julho de 2007, nomeou os membros da CNRMS e, em agosto do mesmo ano, foi realizada a primeira plenária da comissão.

Princípios e Diretrizes da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS)

As RMS abrangem diferentes profissões da área da saúde¹, exceto a Medicina, e são orientadas pelos princípios (universalidade, equidade e integralidade) e diretrizes (descentralização, atendimento integral e participação da comunidade) do SUS (Brasil, 2009). As mesmas refletem a realidade e as necessidades de saúde de um determinado local ou região do país e devem propiciar a integração de diferentes níveis de formação, com o ensino de educação profissional, graduação e pós-graduação na área da saúde (Brasil, 2007).

A Residência deve consistir em um programa intersetorial de cooperação, com objetivo de favorecer a inclusão qualificada dos novos profissionais da saúde no mercado de trabalho, em particular, nas áreas de prioridade do SUS. É de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde, desenvolvendo-se em regime de dedicação exclusiva, com supervisão docente-assistencial (Brasil, 2005).

A RMS tem como princípios e diretrizes propiciar a formação qualificada de profissionais da saúde, ensejando oportunidades para que ocorram ações significativas, em consonância com as diretrizes e princípios do SUS, referidas anteriormente, oferecendo cenários de ensino-aprendizagem e proposta pedagógica nos moldes desse.

De acordo com o Relatório da CNRMS, a regionalização e a criação dos colegiados de

gestão regional vêm acompanhadas da criação da instância de articulação dos atores envolvidos na política de educação na saúde – as Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), conforme previsto na Lei 8.080/1990. (Brasil, 2009, p. 12)

A RMS deve buscar o desenvolvimento de sua atuação e formação, nos diferentes espaços de promoção e atenção à saúde. A esse respeito, Nascimento e Quevedo ⁽¹⁰⁾ afirmam:

É a partir da vivência prática nos serviços, permeada por um sucesso pedagógico específico e voltado para as necessidades da população, que se concretiza uma formação técnica e humanística, do profissional de saúde, uma vez que as situações-problema vivenciadas no cotidiano desses profissionais exigem ações que extrapolem o âmbito puramente científico/clínico.

Para Martins et al. ⁽⁷⁾, os PRMS apresentam alguns princípios em comum, assim sintetizados: foco na oferta de uma modalidade de ensino de pós-graduação, direcionado para a educação em serviço de profissionais em saúde, exceto a área médica; 2 anos de duração, com carga anual de 2880 horas, mas distribuídas de acordo com cada programa; espaços de teoria e prática, possibilitados por seminários, oficinas, estudos de caso, pesquisa e supervisão; desenvolvimento de atividades de formação em saúde em área hospitalar; ingresso por processo seletivo público. Porém, as autoras ressaltam que as diferenças existentes nas metodologias adotadas ou nos espaços de atuação oferecidos talvez sejam maiores do que as semelhanças, devido à diversidade que caracteriza cada programa. As diferenças são percebidas na aplicação dos módulos teóricos, que são específicos de cada Programa, de acordo com a metodologia empregada, bem como em relação às práti-

cas realizadas, que obedecem aos requisitos das áreas de concentração ⁽⁷⁾.

Experiência de RMS: Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição

A Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC) foi instituída em julho de 2004, a partir de um projeto financiado pelo MS. Esse especificava os objetivos, a forma de organização curricular (teoria e prática) e as regras institucionais de seu funcionamento.

O objetivo da proposta da RIS/GHC é qualificar um profissional para atender às exigências do SUS. Espera-se que o mesmo seja um sujeito atuante e um cidadão crítico e capaz de construir soluções em sua atuação profissional, social e política, agindo de forma coletiva ⁽¹¹⁾.

Em sua concepção, as áreas de ênfase da RIS/GHC eram Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental e Terapia Intensiva. Essas opções foram estabelecidas devido às necessidades locais e da realidade do perfil dos usuários da instituição. O GHC estabeleceu que poderiam ser agregadas novas áreas, desde que observadas as necessidades do sistema de saúde e a qualificação assistencial e do corpo técnico docente dos serviços. Nesse contexto, em 2008, o Serviço de Oncologia e Hematologia do HNSC [Hospital Nossa Senhora da Conceição] propôs a criação de uma área de ênfase nesta especialidade para formação de equipes multiprofissionais na área. A proposta foi concretizada com a oferta de seis vagas em 2009. Neste mesmo ano, foi discutida a necessidade de mudança na concepção da ênfase TI [Terapia Intensiva], que passou a se denominar Atenção ao Paciente Crítico (APC) em 2010, agregando, além da Terapia Intensiva, os serviços de Emergência do HNSC e HCR (Hospital Cristo Redentor)⁽¹²⁾.

A RIS/GHC está sob orientação de profissionais de variados campos de atuação em saúde. Com base na legislação vigente, o GHC define que essa ficará sob a coordenação da Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP/GHC), em cooperação com os demais serviços nos quais ela se desenvolve. O gerenciamento da RIS/GHC é feito através de uma Coordenação Geral, pela Coordenação das Áreas de Ênfase, pelo Colegiado de Coordenação e pelo Colegiado de Preceptoria por Área de Ênfase ⁽⁴⁾.

A Portaria 037/07 estabelece que as normas e rotinas para o credenciamento ou descredenciamento das áreas de ênfase e de funcionamento da RIS/GHC serão instituídas por regimento específico, que deverá ser organizado pela GEP/GHC, previamente aprovado pela Diretoria do GHC ⁽⁹⁾.

Com relação a particularidades da RIS/GHC, sua proposta é a junção de outras bases de produção de conhecimentos, que façam a temática da formação em saúde ser uma resultante da inclusão das ciências sociais e das ciências humanas, tendo como desfecho uma inovação no ensino em serviço nas diversas formações profissionais. Essa característica tem o objetivo de provocar uma comunicação entre saberes, construindo um processo inter/transdisciplinar, favorecendo uma troca de percepções sobre o objeto de seu trabalho, que é o usuário do SUS.

O corpo docente da RIS/GHC é formado por orientadores de serviço, preceptores, professores convidados e orientadores de trabalho de conclusão. Como orientadores de serviços, compreendem-se os profissionais das equipes que acompanham os residentes onde eles estiverem atuando diariamente. Os preceptores devem promover a integração entre os diferentes profissionais em formação, junto à equipe de saúde, com a população e com os demais

serviços com que estarão relacionados durante os 2 anos de formação. Para desempenhar a função, os requisitos para os preceptores são 2 anos de experiência em sua área de ênfase e/ou residência completa e/ou pós-graduação na área, e disponibilidade e disposição para o trabalho com os residentes, com articulação dos fazeres do serviço com a equipe de saúde.

A RIS/GHC conta, ainda, com apoio das secretarias de serviços onde está inserida e de uma secretaria própria, vinculada à GEP/GHC. Suas atribuições são definidas pelo regimento da RIS/GHC ⁽⁴⁾. É competência da secretaria própria a guarda e organização da documentação educacional dos residentes, através de instrumentos de registro sistematizado de todo o processo acadêmico resultante das vivências do corpo técnico-docente e do corpo discente. Todos os dados relativos à vida acadêmica dos residentes devem estar permanentemente atualizados, e as áreas de ênfase deverão repassar informações referentes à sua ênfase/especialidade para a GEP/GHC ⁽⁴⁾.

Em 2010, a RIS/GHC tinha entre seus residentes profissionais egressos de nove especialidades (Tabela I). Com essa configuração, espera-se provocar uma experiência de abertura recíproca e de comunicação entre diversos conhecimentos. E que se constitua em um processo inter/transdisciplinar que privilegie o diálogo sistemático e contínuo entre saberes, bem como a construção coletiva de novos conhecimentos ⁽¹¹⁾.

Tabela I: Número de R1 na RIS/GHC em 2010

Formação	Ênfase			
	Saúde da Família e Comunidade	Saúde Mental	Atenção ao Paciente Crítico	Oncologia e Hematologia
Enfermagem	7	2	8	1
Farmácia	4	0	0	1
Fisioterapia	0	0	4	1
Fonoaudiologia	0	0	2	0
Nutrição	3	0	2	1
Odontologia	7	0	0	0
Psicologia	6	2	0	1
Serviço Social	7	2	0	1

Terapia Ocupacional	0	2	0	0
Total	34	8	16	6
			64	

R1= Residentes do primeiro ano.

A missão da RIS/GHC é a formação de profissionais para a área da saúde, na modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, a partir da integralização dos serviços e da atenção em saúde. Esses profissionais devem ser inseridos em serviços de saúde diversificados, realizarem práticas que integrem o ensino, a pesquisa e atenção, nos moldes dos princípios e das diretrizes do SUS. Salienta-se que estes princípios são a base para consolidar um programa que atenda às necessidades e demandas de interesse público ⁽⁴⁾.

Nesse sentido, os princípios que orientam o Projeto Político Pedagógico da RIS/GHC ⁽⁴⁾ são baseados na legislação nacional de criação e regulamentação do SUS, que define os parâmetros (princípios e diretrizes) que propiciam a qualificação da atenção à saúde no Brasil. Especificamente, os princípios e eixos orientadores da RIS/GHC são a integralidade, que consiste no atendimento integral ao paciente e da prioridade à prevenção, sem abrir mão dos serviços assistenciais; o trabalho em equipe, sendo o paciente atendido de forma multidimensional, com integração de saberes para o cuidado; a humanização, que se refere à compreensão intrínseca e subjetiva de si e do outro, do ser humano em sua diversidade, e possibilita a construção de vínculos entre equipes e usuário/as e uma nova face para a convivência; e a educação permanente, que é pensada como um meio de reestruturar os espaços de serviço, a fim de possibilitarem a elaboração de práticas em saúde, de forma integral e humanizada ⁽⁴⁾.

Para a RIS/GHC, a necessidade de formar profissionais capazes de compreender a

complexidade da vida e seus diferentes modos de compreensão é fundamental. A formação contextualizada, que foca a importância do trabalho em equipe e a interdisciplinaridade, é a maneira de abordar diferentes dimensões, tanto dos sujeitos envolvidos no processo, como do contexto em que estão inseridos. Este trabalho deve ser regido por posturas éticas claras, definidas a partir de discussões entre os membros e que tenham como resultante um clima cooperativo e solidário, estabelecendo pactos que envolvam os sujeitos e a instituição como um todo ⁽⁴⁾. O desafio que se evidencia, quando analisados os princípios orientadores da RIS/GHC, é a capacidade de alterar práticas de trabalho no campo da saúde, buscar uma sincronicidade de respostas às questões que se apresentam, alinhar conceito e prática, conhecimento e capacidade de interferir para transformar.

O objetivo geral da RIS/GHC é especializar profissionais que buscam atuar nas diferentes áreas que têm relação com a saúde integral, através da formação em serviço, para atuarem em equipe interdisciplinar em diferentes níveis de atenção e gestão do SUS. Além disso, fornecer subsídios para o desenvolvimento de pesquisas, aprimoramento e qualificação das capacidades de análise, de enfrentamento e de proposição de ações cujo fim seja concretizar os princípios e as diretrizes do SUS ⁽⁴⁾.

Além desse objetivo, é importante ressaltar que cada uma das quatro ênfases (Tabela I) tem outros objetivos específicos, definidos de acordo com as demandas de seu campo de formação ⁽⁴⁾.

Para a construção do perfil profissional do sujeito que atua na RIS/GHC, foi utilizada a Resolução 4/99 da Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação (CNE), que estabelece o conjunto de competências na formação educacional. A noção de competência

humana é primordial na área da saúde, pois, além de buscar qualidade em saúde, implica considerar o sujeito envolvido no cuidado profissional sob a ótica da humanização e não somente sob uma perspectiva tecnicista e instrumentalista ⁽⁴⁾. Espera-se que o residente tenha condições de desenvolver, durante o período de formação, através das práticas e aulas teóricas, tanto profissional quanto pessoalmente, capacidades e habilidades para dominar os conteúdos, as regras e os procedimentos de sua área de atuação, a compreensão desse processo e o entendimento das relações como um sistema integrado de ações.

A Portaria Interministerial 506/08 ⁽¹³⁾ define a carga horária dos PRMS, que deve corresponder a 60 horas semanais. A RIS/GHC tem sua estrutura curricular constituída por atividades de formação em serviço e por atividades de formação teórica, apresentadas a seguir ⁽⁴⁾.

As Atividades Integradas de Formação Teórica são realizadas por meio de seminários e oficinas semanais, contando com a participação de todos os residentes das ênfases da RIS/GHC. Estas atividades desenvolvem temas relacionados à Metodologia de Pesquisa, Políticas Públicas em Saúde, Temas Atuais do Campo da Saúde (Seminários Temáticos) e Estudos de Caso.

As Atividades de Reflexão Teórica de Campo também acontecem todas as semanas e residentes de cada uma das ênfases participam. São desenvolvidos temas diretamente relacionados ao campo de formação de cada uma das áreas, por meio de oficinas, seminários, aulas expositivas, entre outros.

As Atividades de Reflexão Teórica de Núcleo buscam agrupar os residentes, semanalmente, por profissões de cada área de ênfase. Nos encontros, são discutidos temas específicos de cada núcleo profissional.

As Atividades de Reflexão Teórica de Campo nas Unidades promovem a discussão de casos e o estudo de artigos teóricos. Os encontros propiciam a integração entre residentes, preceptores e orientadores de serviço, com o objetivo de aprofundar os temas pertinentes às atividades de formação em serviço vividas no cotidiano.

A Supervisão de Núcleo pode ser individual e/ou em grupo, com a participação dos preceptores responsáveis por cada núcleo profissional. São discutidos os conteúdos relacionados às atividades desenvolvidas na prática diária com os usuários e com a equipe. Cada residente tem garantido, no mínimo, uma hora de supervisão semanal.

Há ainda as Atividades Complementares. Essas sustentam a idéia de que os residentes devem participar de atividades científicas complementares, tais como congressos, seminários e cursos de extensão, referentes à sua área de ênfase na RIS/GHC, em um mínimo de 20 horas por semestre.

As Atividades de Formação em Serviço compreendem as atividades diárias durante o período da residência. Essas atividades oportunizam que os residentes coloquem em prática os referenciais orientadores da RIS/GHC, assim como os auxiliam no desenvolvimento do perfil profissional pela prática cotidiana.

Dentro do contexto exposto até aqui, considera-se que a avaliação na RIS/GHC deve compreender a formação em sua teoria e prática. Portanto, a mesma é orientada pelo princípio da integralidade, o que é fundamental uma vez que se trata da formação de sujeitos que atuam na saúde. A avaliação precisa se refletir num instrumento de auxílio que não se restrinja a aspectos quantitativos ⁽⁴⁾.

O PPP da RIS/GHC ⁽⁴⁾ orienta a busca do aspecto qualitativo na avaliação, através de pa-

receres descritivos, elaborados pelos coordenadores dos diferentes espaços de formação, na teoria e na prática. Consideram-se aspectos específicos, tanto de núcleo, quanto de campo, relacionados à atuação nas práticas, às atividades teóricas e técnicas, aos seminários integrados e à elaboração do Trabalho de Conclusão de Residência. Os itens avaliados em cada uma das ações são definidos por cada área de ênfase, de acordo com suas complexidades e ações pertinentes ao seu campo. É atribuída uma nota de zero a dez, acompanhada de um parecer descritivo. Esse processo de sistematização de avaliação se dá semestralmente (em janeiro e julho). Para seguir para o segundo ano do programa, a nota final do primeiro ano deverá ser superior a sete.

A frequência do residente em 75% dos espaços de formação teórica é pré-requisito para o recebimento do certificado da RIS/GHC. Nas atividades de formação em serviço, é exigida participação integral, e o cumprimento desta exigência compõe a avaliação quantitativa e qualitativa do residente ⁽¹¹⁾.

Ao final de cada ano, é realizado um evento onde são apresentados e discutidos os trabalhos de conclusão, com a presença dos profissionais envolvidos diretamente com a Residência e convidados.

CONCLUSÕES

Este trabalho apresenta aspectos dos PRMS através de um exemplo concreto do mesmo. Entende-se que é papel de uma instituição como o GHC, que se mantém totalmente com recursos do SUS, que contribua para a formação de profissionais em saúde que levem a todos os âmbitos de suas reflexões, discussões e práticas, os princípios e diretrizes do Sistema.

Assume-se que é um programa complexo e que demanda recursos materiais e pessoais para sua implantação, execução e sucesso. No último levantamento realizado, constatou-se que há 185 egressos da RIS/GHC entre os anos de 2004 e 2009. Conforme compreendido com a leitura desse texto, consideramos que o aprimoramento e a avaliação por novas demandas devem ser permanentes. Por fim, entendemos que também temos participação na discussão do preparo do mercado de trabalho em saúde para absorver esses profissionais, os quais consideramos plenamente preparados para as necessidades de nossa população.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Lei orgânica da saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF; 1990.
2. Brasil. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Pro-Jovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e nº 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF; 2005.
3. Brasil. Ministério da Saúde; BRASIL. Ministério da Educação. Relatório de atividades da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde: CNRMS: exercício 2007/2009. [Acessado em 2010 set 4]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/3_b_relatorio_atividades_cnrms_261109b.pdf>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Residência Integrada em Saúde – Projeto Político Pedagógico da RIS/GHC – Ano 2009. Disponível em <http://www2.ghc.com.br/GepNet/docsris/risprojeto.pdf>, acesso em 02 Set. 2010.
5. Campos FE. Prefácio. In: Brasil. Ministério da Saúde. Residências Multiprofissionais em Saúde: experiências, avanços e desafios, 2006. [Acessado em 2010 ago 8]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf>.
6. Lima DM, Porto MEAA. Residência em enfermagem: subsídios para possíveis estudos. Enfermagem em Novas Dimensões. 1977; 3(5):294-298.
7. Martins AR, Rosa KRKK, Basso KF, Orofino MMB, Rocha CMF. Residência Multiprofissional em Saúde: o que há de novo naquilo que já está pronto. In: Fajardo AP, Rocha CMF, Pasini VL, Organizadoras. Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição; 2010. p. 75-90.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
9. Brasil. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 698, de 19 julho de 2007. Dispõe sobre a nomeação dos membros titulares e suplentes da CNRMS. Diário Oficial da União. Brasília, 2007.
10. Nascimento DDG, Quevedo M. Aprender fazendo: considerações sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família na qualificação de profissionais da saúde. In: Bourget MMM, Organizador. Estratégia Saúde da Família: a experiência da equipe de reabilitação. São Paulo: Martinari; 2008. p. 43-59.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Residência Integrada em Saúde: cartilha 2010. [Acessado em 2010 set 12]. Disponível em: <HREF="http://www2.ghc.com.br/GepNet/docsris/riscartilha2010.pdf" MACROBUTTON HtmlResAnchor http://www2.ghc.com.br/GepNet/docsris/riscartilha2010.pdf">.
12. Fajardo AP et al. Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição: um processo de formação em serviço para qualificação do SUS. In: Fajardo AP, Rocha, CMF, Pasini VL, Organizadoras. Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição; 2010. p.115-126.
13. Brasil. Portaria Interministerial nº 593, de 15 de maio de 2008. Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRM - Diário Oficial da União, Brasília, 2008.

AVALIAÇÃO DA PUERICULTURA DE CRIANÇAS QUE NECESSITARAM HOSPITALIZAÇÃO DURANTE O PRIMEIRO ANO DE VIDA

Assessment Of Childcare Provided For Children That Demanded Hospitalization During The First Year Of Life

Andréia Silva Saffer*, Fernanda Stassen dos Santos*, José Ricardo Scalise*, Juliano Soares Rabello Moreira*, Daniela Montano Wilhelms, Maria Lúcia Medeiros Lenz*****

RESUMO

O acompanhamento ambulatorial de crianças durante seu primeiro ano de vida mostra-se, na atenção primária em saúde, como uma ação prioritária. Durante este período da vida, as internações hospitalares podem ser frequentes, sendo desencadeadas, muitas vezes por condições clínicas suscetíveis de intervenção em um acompanhamento ambulatorial. O presente estudo pretende analisar o acompanhamento realizado pela Unidade de Saúde Jardim Leopoldina localizada em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, durante o primeiro ano de vida de crianças que foram hospitalizadas em um dos Hospitais do Grupo Hospitalar Conceição até 1 ano de idade. Foram identificados 234 nascimentos durante o período do estudo, tendo 78,63% destas crianças iniciado acompanhamento na Unidade de Saúde. Cerca de 29% destas crianças necessitaram de hospitalização. Excluindo-se as causas neonatais de internação, cerca de 70% destas crianças já haviam consultado ambulatorialmente antes da internação, sendo considerado 64% adequada à frequência e número de consultas realizadas e 80% consideradas de risco durante o atendimento. Com o presente estudo, o vínculo das crianças nascidas no território de abrangência da Unidade demonstrou-se satisfatório, bem como o acompanhamento das mesmas. Demonstra-se então a necessidade da elaboração de um plano terapêutico diferenciado para as crianças identificadas como de risco durante o acompanhamento de saúde a nível ambulatorial para a prevenção de futuras hospitalizações. (Mom&Persp Saúde. 2011; 24(1):16-26)

Descritores : puericultura, atenção primária em saúde, hospitalização, estratégias terapêuticas

ABSTRACT

During the first year of life, childcare is a priority in primary health care services (PHC). Hospitalization may be a frequent event and several times it is due to some diseases which could be prevented in an ambulatory setting. This study proposes an analysis of childcare provided by a PHC Unit called Unidade de Saúde Jardim Leopoldina in Porto Alegre, State Capital of Rio Grande do Sul/Brazil which belongs to the Conceição Hospital Complex (GHC). Two hundred thirty four patients were identified during the studied period and among them, seventy eight (78,63%) had a medical appointment at the PHC Unit at least once. Twenty nine percent of the group demanded hospitalization. Excluding the newborn's related diseases, 70% of the hospitalized children had any medical appointment before this event, and the frequency of this medical assistance was considered adequate in 64% of these cases. Nevertheless, 80% were classified in "risk" based on criteria of the GHC childcare protocol. The present study argues that the quality and quantity of the childcare assistance offered to the children living in the geographic area covered by the PHC unit may be considered satisfactory. On the other hand, the results suggest that singular therapeutic strategies are necessary, mainly for children categorized in "risk" for some conditions that require hospitalization. (Mom&Persp Saúde. 2011; 24(1):16-26)

Keywords: childcare, primary health care services, hospitalization, therapeutic strategies

****Unidade de Saúde Jardim Leopoldina**

*****Núcleo de Epidemiologia-Unidade Floresta**

Endereço para correspondência:

Rua Ernesto Alves, 313 apto 505. Porto Alegre-RS

Telefone: 3211-2899

Rua Cândido Silveira, 100, Apt 302. Porto Alegre-RS

Telefone: 33379964.

INTRODUÇÃO

O acompanhamento ambulatorial de crianças no seu primeiro ano de vida é fator determinante na prevenção e diagnóstico precoce de muitas comorbidades. Através deste, é possível detectar condições que favoreçam o aparecimento de doenças prevalentes nesta faixa etária⁽¹⁾.

A Atenção à Saúde da Criança no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC) engloba ações no sentido de promover, prevenir e atender as necessidades das crianças. Em suas 12 unidades existe um programa destinado à vigilância à saúde da criança, denominado “Programa da Criança”, com o objetivo de captar precocemente o maior número possível de crianças da área, estabelecer um número mínimo de consultas, avaliar crescimento e desenvolvimento, estimular aleitamento materno e imunizações, identificar situações de risco, buscando oferecer atenção integral e reduzir a morbi-mortalidade nesta faixa etária⁽¹³⁾.

Através da avaliação do número de internações hospitalares no GHC, evidencia-se a vulnerabilidade das crianças em seus primeiros anos de vida. Avaliando-se esta realidade, no ano de 2000, o Serviço de Saúde Comunitária criou o Programa “De volta pra casa”. Este programa tem como objetivo reduzir o número de internações e reinternações entre crianças e adolescentes, identificando-se suas causas, fa-

tores de risco, facilitando o acesso e ampliando a integração entre os níveis de atenção à saúde (Hospital/Unidade de Saúde).

Neste contexto, esta pesquisa visa avaliar aspectos da qualidade destas ações em uma das unidades de saúde do SSC-GHC – Unidade de Saúde Jardim Leopoldina. Tendo em vista que estudos comprovam que um atendimento em nível primário eficaz melhora o prognóstico, evitando-se eventuais internações hospitalares^(5,7,9), analisaremos o acompanhamento em nível ambulatorial de crianças que foram hospitalizadas.

O presente estudo acompanhará uma coorte de crianças, residentes no bairro Jardim Leopoldina, inscritas no programa da criança no período de julho/2000¹ a junho/2001. Este grupo de crianças será observado do nascimento até abril de 2003 com relação à ocorrência de eventuais internações. No grupo de crianças que internaram analisaremos aspectos da qualidade do atendimento realizado em nível de atenção primária. Realizaremos uma avaliação quantitativa e qualitativa da atenção à saúde, em relação a crianças que apresentaram o evento internação hospitalar neste período.

Segundo dados fornecidos pelo Núcleo de Epidemiologia do SSC/GHC, apesar da puericultura estar entre os três principais motivos de consulta entre 0–12 anos no SSC/GHC e 95% delas não necessitarem de encaminhamento para outros pontos de atenção (estudo de demanda - 1998), um alto percentual de crianças hospitalizam (30% das crianças menores de 1 ano). Quase 50% das internações entre 0-18

anos acontecem em menores de 1 ano e 80% em menores de cinco anos. ^(13,14)

Estudos operacionais, como o proposto, buscando entender em que contexto ocorreram estas internações, fornecem subsídios para as equipes de saúde na avaliação e planejamento de suas ações. Para tanto avaliações quantitativas e qualitativas da atenção à saúde prestada a nível local são fundamentais. ^(2,4)

OBJETIVOS

O presente estudo propõe-se a acompanhar uma coorte histórica composta de todas as crianças nascidas entre julho de 2000 até junho de 2001 residentes na área de atuação da Unidade de Saúde Jardim Leopoldina. O acompanhamento será realizado durante o período do nascimento da criança até abril de 2003. Como objetivo geral verificaremos a ocorrência de internações hospitalares nesta coorte e realizaremos um estudo qualitativo sobre a atenção prestada pela equipe de saúde às crianças que internaram num período de 3 anos.

Objetivos específicos

Todas as crianças nascidas entre julho de 2000 e junho de 2001 (Amostra A)

Avaliação 1

- Analisar o número de crianças nascidas no período de julho de 2000 a junho de 2001, na área de abrangência da Unidade de Saúde Jardim Leopoldina;

- Descrever o percentual de crianças inscritas no Programa da Criança, pela equipe de saúde, no período de julho de 2000 a junho de 2001 as quais irão compor a Amostra B;

- Analisar o Vínculo da População com

a Unidade de Saúde através da verificação da ocorrência da consulta Médica.

Todas crianças inscritas no Programa da Criança (Amostra B)

Avaliação 2

- Avaliar o percentual de crianças identificadas como de risco no primeiro atendimento na unidade de saúde²;

- Avaliar o número de crianças que hospitalizaram em um dos 4 hospitais do GHC desde a implantação do Programa “De Volta Prá Casa” até abril de 2003, as quais irão compor a Amostra C;

Grupo de crianças que necessitou de internação hospitalar (Amostra C)

Avaliação 3

- Descrever o motivo destas hospitalizações;

- Identificar, no prontuário, a presença de informações referentes à internação (ficha de volta pra casa, ficha de acompanhamento da criança, evolução, ou qualquer outro registro no prontuário);

- Avaliar o número de crianças que já tinham consultado na Unidade de Saúde previamente a internação;

- Descrever a adesão ou não do paciente ao acompanhamento oferecido pela equipe de saúde após a hospitalização, conforme plano estabelecido pelo profissional de saúde que realizou o atendimento pós-internação;

- Verificar a situação vacinal, conforme calendário mínimo para idade preconizado pelo Ministério da Saúde ⁽⁸⁾;

- Avaliar a idade da criança na primeira consulta realizada na unidade de saúde³;

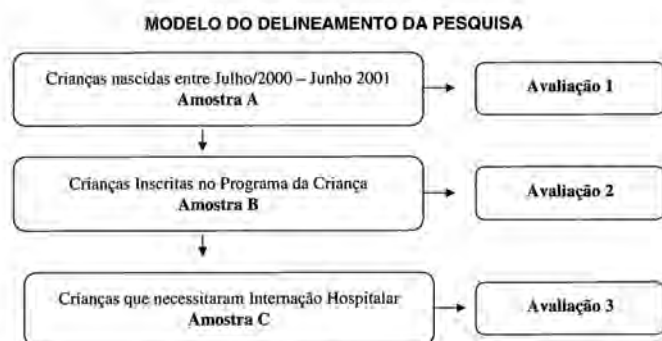
¹ Data de Implantação do “Programa de Volta Prá Casa”

² Considerada como criança de risco quando total de pontos for maior ou igual a 6, conforme anexo 3.

- Descrever o número total de consultas de puericultura realizadas durante o primeiro ano de vida⁴;
- Verificar se houve a identificação de situações de risco até a consulta de 2 meses⁵;
- Verificar se foi registrado o peso nas consultas no prontuário e no gráfico;

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo será constituído de três amostras denominadas Amostra A, Amostra B e Amostra C (Figura 1). A amostra A será constituída de todos os nascimentos ocorridos de Julho de 2000 à Junho de 2001 dentro da população da área de abrangência da Unidade de Saúde Jardim Leopoldina, identificadas através da Declaração de Nascido Vivo (DNV). A Amostra B será constituída apenas pelas crianças inscritas no Programa da Criança. A Amostra C, será composta das crianças da amostra B que necessitaram de Internação Hospitalar.



Na Amostra A será realizada a “Avaliação 1”, onde verificaremos todos os nascimentos ocorridos de julho de 2000 à junho de 2001 dentro da população de abrangência da Unidade de Saúde Jardim Leopoldina através da DNV (Declaração de Nascidos Vivos). Também será verificado o vínculo dessas crianças com a Unidade

de Saúde, bem como a inscrição ou não no “Programa da Criança”. Estas informações serão obtidas a partir da base de dados do Núcleo de Epidemiologia do Serviço de Saúde Comunitária do GHC.

A amostra B será estudada através da denominada “Avaliação 2” que consta da avaliação do percentual de crianças identificadas como de risco no primeiro atendimento Médico a ser realizada na Unidade de Saúde a partir do banco de dados do “Programa da Criança”.

A Amostra C, composta das crianças que necessitaram de internação hospitalar, será realizada a “Avaliação 3”. A base de dados para identificação das crianças internadas será obtida a partir do sistema de informação do “De Volta Prá Casa” do Núcleo de Epidemiologia do SSC/GHC. Este programa identifica diariamente as crianças e adolescentes internadas no Grupo Hospitalar Conceição enviando às equipes de saúde do GHC as fichas de investigação da hospitalização (anexo 1). O profissional de referência na unidade, junto com a equipe de saúde, irão contatar a família para manter o seguimento da criança neste local. A avaliação será realizada a partir de um questionário (anexo 2) aplicado pelo pesquisador para avaliação do acompanhamento ambulatorial de Puericultura, a ser preenchido a partir de dados obtidos no prontuário do paciente na Unidade de Saúde.

Para avaliar a qualidade da atenção durante o acompanhamento ambulatorial, consideraremos como adequados os seguintes fatores:

- Início do acompanhamento até os primeiros 15 dias de vida⁶;
- Acompanhamento com um mínimo de 4 consultas de revisão no 1º semestre e 3 no 2º semestre ;

³Preconizado como ideal até o 15º dia de vida

⁴Calendário Mínimo: 4 consultas no 1º semestre, e 3 consultas no 2º semestre - OMS.

⁵Considerada como criança de risco quando total de pontos for maior ou igual a 6, conforme anexo 3.

- Identificação da pontuação de risco na primeira consulta⁷;

- Registro no prontuário de no mínimo 8 medidas de peso durante o primeiro ano de vida e pelo menos mais duas medidas nos dois anos seguintes;

- Registro no gráfico de no mínimo 8 medidas de peso durante o primeiro ano de vida e pelo menos mais duas medidas nos dois anos seguintes;

- Informação da internação no prontuário (ficha de de volta, ficha de acompanhamento da criança, evolução, ou qualquer outro lugar do prontuário);

- Esquema de vacinação completo de acordo com a idade até abril de 2003 (registro no prontuário ou no banco de imunização da unidade)⁸.

Foi realizado um teste piloto do questionário durante a elaboração do Projeto da Pesquisa. Estima-se que 90% dos pacientes que internam possuam prontuário na Unidade, segundo dados do Programa “De Volta Prá Casa”. No prontuário será identificada a presença ou não da ficha de acompanhamento da criança no primeiro ano de vida, preconizada pela rotina do SSC para acompanhamento nesta faixa etária (anexo 3). A partir deste documento e de da-

dos da evolução, serão observados: a idade da criança na primeira consulta, o número de consultas de revisão⁹ no 1º e 2º semestre, a presença ou não da pontuação de risco, conforme tabela também preconizada na rotina do SSC, a informação do número de internações e motivos.

Será realizado um estudo longitudinal, retrospectivo de uma coorte histórica e para a análise dos dados será utilizado o software SPSS (10.0) for Windows (7).

RESULTADOS

Avaliação 1

O total de nascimentos durante este período foi de 234 crianças. Destas, 184 foram inscritas no “Programa da Criança” pelos profissionais da equipe de saúde, correspondendo a 78,63% desta população (Amostra A). Destacamos que 66 recém-nascidos procuraram a unidade espontaneamente e nos 168 (72%) restantes, foi realizado busca ativa através de visita domiciliar. Das que não procuraram a Unidade Básica de Saúde (50 crianças), 25 procuraram outro serviço de saúde, 12 mudaram de endereço, 7 não tiveram o seu endereço localizado pela visita domiciliar e em 6 delas não houve contato da família após a 2ª visita domiciliar (Figura 1).

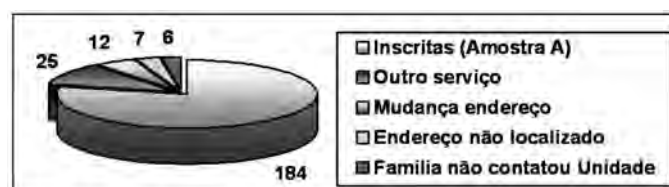


Figura 1: Vínculo com a Unidade de Saúde

⁶Conforme preconiza o “Programa da Criança”.

⁷Conforme preconiza o Ministério da Saúde.

⁸Conforme rotina de imunizações preconizado pelo Ministério da Saúde (6)

⁹Considera-se consulta de revisão a consulta registrada como: “Consulta de Revisão”, “Revisão de Puericultura” ou “Revisão dos X meses”.

Avaliação 2

Foi pesquisado se houve a identificação de risco pelo profissional de saúde. Em 175 (95%) crianças houve o preenchimento da ficha “Prá-nenê” de avaliação de risco nos primeiros 2 meses de vida (Figura 2).

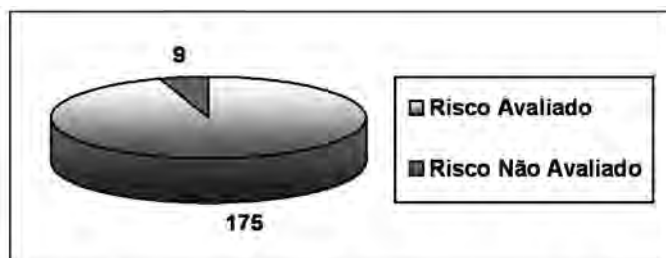


Figura 2: Avaliação do Risco pelo profissional de Saúde

Com relação à internação hospitalar, encontramos um total de 42 crianças (Amostra B) que necessitaram de hospitalização em 1 dos quatro hospitais do GHC desde Julho de 2000 até Abril de 2003 (Figura 3).

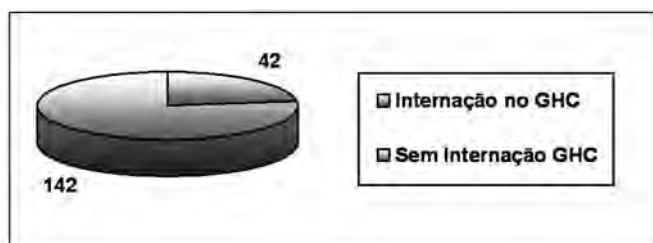


Figura 3: Necessidade de Internação Hospitalar durante o período do Estudo

Avaliação 3

As causas de internação serão listadas na tabela 1.

Tabela 1: Motivos das Internações

	Grupo	Descrição	Total
NEONATAL	Neonatal (31,6%)	Pulmonar	5
		Prematuridade	8
		Icterícia	3
		Hipoglicemia	1
		Outros	5
NÃO NEONATAL	Respiratórias (36,6%)	Bronquiolite	6
		Asma	4
		BCP	1
		IVAS	2
		Pneumotórax Espontâneo	1
	Neurológicas (17%)	Hidrocefalia	4
		Convulsões	3
	TGI (9,7%)	Enteroinfecção	3
		Entroquezia	1
	Desidratação (6,6%)		4
	Acidentes (6,6%)	Queimadura	1
		Acidente	1
		Intoxicação	2
	Hematológicas (3,3%)	Plaquetopenia	1
		Anemia	1
	Malformações (1,6%)	Vias urinárias	1
	Estafilococcia (1,6%)		1
	Otorrinolaringológica (1,6%)	OMA	1
	Ignorado (3,3%)	Total	2

Encontrou-se registro em prontuário de família/ Ficha “De Volta Pra Casa” em 38 crianças correspondendo a 90,4%.

Quanto ao acompanhamento na Unidade de Saúde previamente a hospitalização, 14 crianças (70%) já haviam consultado pelo menos 1 vez no posto de saúde, sendo que 6 crianças (30%) não faziam acompanhamento prévio e 22 crianças internaram por causas neonatais (Figura 4).

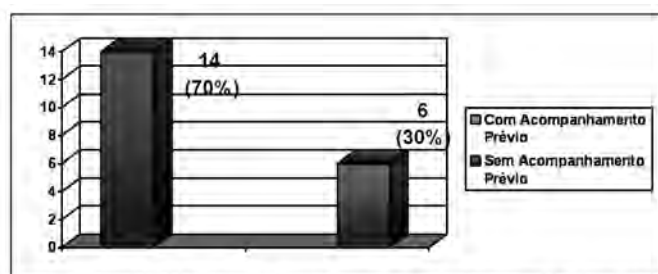


Figura 4: Vínculo à Unidade de Saúde antes e após a Internação Hospitalar

Após a alta Hospitalar, 35 crianças (83,3%) mantiveram o acompanhamento em nosso serviço, 6 mantiveram acompanhamento em outro Serviço de Saúde e 1 mudou-se.

Outro dado relevante é a descrição da situação vacinal da criança no prontuário. No presente estudo, 40 crianças (95,2%) possuíam verificação da situação vacinal pelo profissional de saúde no momento da consulta, sendo que em nenhum dos casos havia atraso na vacinação. (Figura 5)

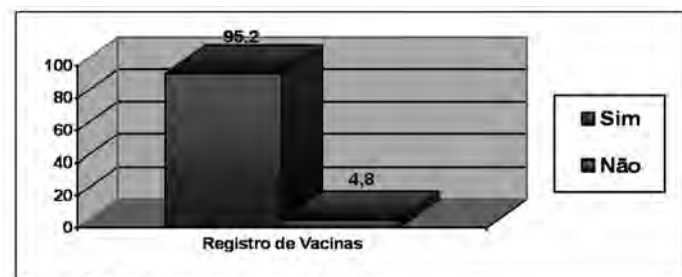


Figura 5: Registro da Situação Vacinal:

Quanto à idade das crianças na Amostra B na primeira consulta, 17 (40,4%) consultaram antes dos 15 dias de vida, 18 (42,8%) consultaram entre 15-30 dias de vida e 7 (16,6%) consultaram após 1 mês de vida. A menor idade foi de 7 dias e a maior de 210 dias, obtendo-se uma média de 31,88 dias, sendo a moda de 30 dias de vida. Analisando as crianças internadas, excluindo o período neonatal, encontramos 8 (40%) crianças que consultaram antes de 15 dias, 9 (45%) consultaram entre 15-30 dias e 3 (15%) consultaram após 30 dias de vida. A menor idade foi de 7 dias de vida, máxima de 90 dias, média de 23,81 dias e moda de 8 dias de vida. (Figura 6)

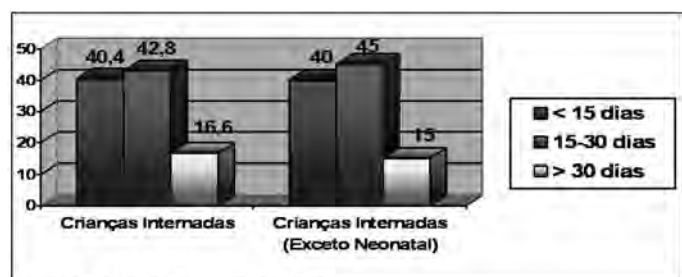


Figura 6: Idade da Primeira Consulta

Considerando-se o número total de consultas, em nosso estudo 13 (30,9%) crianças tiveram menos de 7 consultas de puericultura, 25 (59,5%) tiveram de 7-12 consultas e 4 (9,52%) tiveram mais de 12 consultas. Ao avaliar se a distribuição das mesmas foi realizada adequadamente, conforme meta estabelecida como calendário mínimo de 4 consultas no 1º semestre, e 3 consultas no 2º semestre conforme a OMS, encontrou-se que 27 acompanhamentos (64,3%) eram adequados, enquanto 15 (35,7%) não estavam adequados (Figura 7).

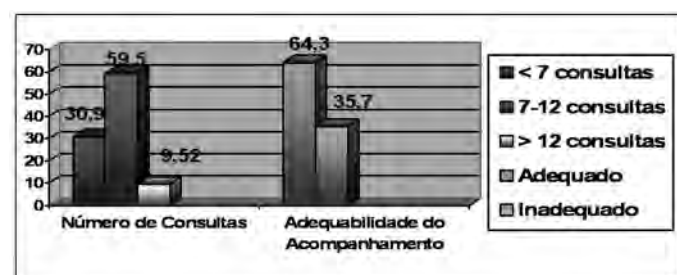


Figura 7: Número de consultas e adequabilidade das mesmas

Quanto a verificação de risco pelos profissionais de saúde nas crianças internadas, 32 (76,2%) crianças tiveram este apontamento no prontuário até os 2 meses de vida. Destas, 30 (71,4%) eram consideradas como de risco, ou seja, perfaziam mais de 6 pontos na avaliação da ficha "Pra-nenê". (Figura 8)

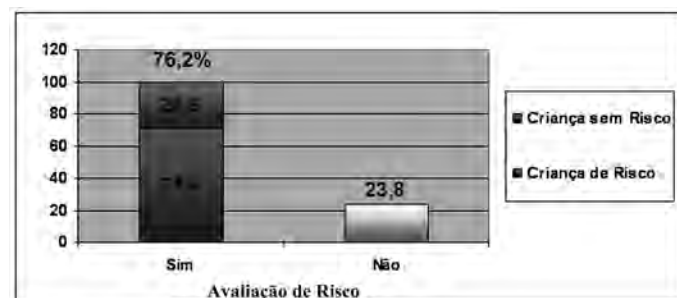


Figura 8: Verificação de Risco na consulta e Identificação das Crianças de Risco (Amostra B)

Com relação ao registro de peso nas consultas, observou-se que havia registro no gráfico de desenvolvimento ponderal, em pelo menos 8 ocasiões, em 28 crianças (81%) e descrição de peso em outro local do prontuário (evolução, registro de exame físico, etc) em 34 crianças

(67%) (Figura 9).



Figura 9: Identificação do Peso no Gráfico e do Peso no Prontuário

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados nesta pesquisa foram concordantes com o preconizado para uma puericultura adequada. Primeiramente discutiremos os resultados obtidos através da análise dos dados referentes às 234 crianças nascidas na área de atuação da Unidade de Saúde Jardim Leopoldina.^(4,6,10)

Com relação à taxa de inscrição no Programa da Criança, a Unidade de Saúde atingiu um percentual de 78,63% de crianças inscritas (184 de 234 crianças nascidas no período do estudo). Dentre as 50 crianças que não consultaram na unidade (21,37%), metade delas (25 crianças) consultavam em outro serviço de saúde, e o restante não residia na área de abrangência da Unidade. Estes dados apontam para uma cobertura de 89,3%, considerada como sendo adequada, seguindo os parâmetros do Ministério da Saúde que preconiza 60% de captação⁽⁴⁾. Em todos os casos foi realizado busca ativa dos recém-nascidos e o acesso à puericultura foi facilitado através de agendamento prévio das consultas pela agente de saúde ou por demanda espontânea à unidade. Comparando-se esse valor ao encontrado em um estudo realizado no estado do Maranhão, que mostrou uma cobertura de puericultura de 80%, nossos índices demonstram uma maior captação⁽¹²⁾. Uma das hipóteses para esse dado favorável poderia ser o fato de muitas mães já estarem vinculadas com

a Unidade de Saúde durante o pré-natal. Esse fato se revela quando observamos na prática diária que muitas mães trazem para consulta seus filhos para os mesmos profissionais que realizaram seu pré-natal.⁽²⁾

A moda de idade foi de 11 dias de vida para primeira consulta (valor mais encontrado). 42% das crianças consultaram antes dos 15 dias de vida e 89% consultaram antes do 2º mês. Sabe-se que o ideal é que a primeira consulta ocorra antes da criança completar 15 dias de vida, preconizando-se que aconteça antes do 2º mês de vida para não prejudicar a qualidade do acompanhamento. Portanto os valores encontrados estão dentro do esperado para uma puericultura adequada.

Outro importante critério da adequabilidade a ser considerado na avaliação da puericultura é a identificação de risco pelo profissional de saúde. Na Unidade em questão, o preenchimento da ficha de avaliação de risco foi feito em 95% dos casos. Através destes dados, é possível estimar o tempo mínimo de acompanhamento da criança e elaborar ações básicas de saúde voltadas para a promoção do crescimento e desenvolvimento pleno na infância, além de atentar às necessidades específicas identificadas⁽⁹⁾.

No grupo de crianças que internaram em um dos 4 hospitais do GHC (42 crianças, perfazendo um total de 60 internações / Amostra B), encontrou-se registro no prontuário referente a internação de 38 crianças (90,4%), através da ficha "De Volta pra Casa", sendo que em apenas 9,6% dos casos não houve esta observação. Isto demonstra que o Programa "De Volta pra Casa" tem papel facilitador na vigilância à saúde da criança. Ressalta-se a atuação dos (as) Agentes de Saúde que corroboram para o funcionamento do programa através de busca ativa das crianças após alta hospitalar.⁽¹⁴⁾

Dentre as causas mais frequentes de internação hospitalar observadas neste estudo, destacam-se as afecções neonatais (31,6%). Como este estudo busca mostrar a influência de uma puericultura adequada na saúde da criança, este dado torna-se irrelevante, pois tem relação direta com a qualidade da atenção à gestante, ao parto e ao recém-nascido. Excluindo-se as hospitalizações por causas neonatais, há predomínio das doenças respiratórias, perfazendo 36,6% das internações, concordante com o encontrado em vários estudos que destacam estas afecções como as principais causas de internação ^(1,3,5,6). As doenças neurológicas e afecções do trato gastrointestinal representaram, respectivamente, 17% e 9,7% das internações. Esta distribuição epidemiológica difere de estudos que analisaram dados semelhantes. O índice encontrado em nosso estudo para afecções neurológicas supera os verificados na bibliografia consultada ^(1,5). Uma das hipóteses levantadas para explicar esse fato seria que o presente estudo analisou uma amostra menor de pacientes em relação aos trabalhos consultados (erro beta). O restante das causas (41,6%) foi distribuído em 7 outros grupos (Tabela I).

Na Amostra B (exceto de causa neonatal), a média de idade da primeira consulta foi de 23,8 dias de vida, com moda de 8 dias de vida. Em 40,9% das crianças a primeira consulta ocorreu antes dos 15 dias de vida e 85% das crianças esta ocorreu antes do 2º mês. Conforme discutido previamente, o ideal é que esta consulta ocorra nos primeiros 15 dias, aceitando-se uma variação até o 2º mês de vida, estando este grupo dentro dos valores esperados. Observando estes resultados, consideramos a necessidade de atentar para que a primeira consulta de puericultura ocorra mais brevemente (até 15 dias de vida), a fim de estabelecermos vínculo

com a família, orientar a respeito do aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido, sendo possível intervir precocemente para evitar internações por causas preveníveis durante o acompanhamento.

Na Amostra B, das crianças internadas por causas não neonatais, 70% (14 crianças) faziam acompanhamento na Unidade antes da internação, sendo que 80% foram consideradas como de risco. Após a hospitalização, oitenta e três por cento mantiveram o seguimento após a alta. Os 7 casos que não mantiveram o acompanhamento (16,6%) ocorreram devido a mudança de endereço (1 caso) ou procura por outro serviço (6 casos). O elevado percentual de crianças que acompanhavam na Unidade antes da hospitalização e após esse evento reflete que as estratégias de captação e de manutenção do seguimento estão sendo efetivas com relação ao vínculo das famílias junto ao Posto de Saúde. Além disso, esses dados demonstram, que houve uma grande prevalência de crianças identificadas como de risco nesta população ⁽¹³⁾. Esta evidência suscita que os fatores de risco sejam avaliados qualitativamente em estudos posteriores para melhor entendimento da sua repercussão na saúde de nossa comunidade.

No presente estudo, em 72% das crianças internadas houve a verificação se a criança era ou não de risco até 2 meses de idade pelo profissional. Em suma, os dados mostram a importância da avaliação de risco no atendimento da puericultura, visto que grande parte das crianças da Amostra B eram crianças de risco. Entre alguns critérios que caracterizam risco (fatores sócio-econômicos, idade e escolaridade materna, peso ao nascimento, número de irmãos, entre outros) o profissional de saúde não pode intervir diretamente, entretanto uma atenção maior deve ser destinada a esta família

para prevenir maiores agravos. ^(1,2,11)

No que se refere ao número de consultas de puericultura, a OMS preconiza que sejam realizadas, no mínimo, 7 consultas durante o primeiro ano de vida para um acompanhamento adequado ^(7,8,9,13). Em nossa Unidade, na Amostra B, 69% (29 crianças) ultrapassaram o número mínimo de consultas, considerando como puericultura apenas as consultas de revisão ⁽¹¹⁾. De acordo com a realidade do bairro, composto por uma população de trabalhadores sendo grande parte cobertos por convênios de saúde empresariais, consideramos que o abandono da puericultura na unidade se deva ao fato de seguirem acompanhamento nestes serviços, utilizando o posto de saúde apenas para as intercorrências.

Ao avaliarmos a distribuição das consultas entre o primeiro e segundo semestre, conforme meta estabelecida como calendário mínimo de 4 consultas no primeiro semestre e 3 consultas no segundo semestre (OMS), encontrou-se 64,3% (27 crianças) com calendário adequado ⁽¹³⁾. daquelas com distribuição inadequada a média de consultas no 1º semestre foi 3,46 e no 2º semestre foi 0,93 consultas demonstrando que os cuidados durante os primeiros meses de vida são mais intensivos, sendo reduzidos no 2º semestre pela menor vulnerabilidade da criança.

A monitorização do crescimento infantil é realizada com registro de peso no prontuário (mínimo de 8 medidas documentadas) em 81% dos casos e, com registro do peso no gráfico em 67%. Comparando com resultados da literatura, onde encontramos registros em torno de 70%

das consultas. Nossos resultados mostram-se superiores a estes valores, dado que ressalta a qualidade da puericultura em nosso serviço ⁽²⁾.

O acompanhamento do calendário vacinal durante a puericultura demonstra o compromisso do profissional com este importante indicador de saúde e a qualidade da atenção dispensada pelo serviço. Neste estudo, 95,2% das crianças tiveram a situação vacinal registrada no prontuário, valor concordante com outros estudo que mostram verificação de vacinas em 93% das crianças ^(2,8).

CONCLUSÃO

Conclui-se que a realização de uma puericultura adequada deve ser priorizada pelas instituições e serviços de saúde para qualificar a atenção à criança. Os programas voltados à saúde da criança devem ser intensificados, especialmente os referentes à atenção pré e perinatal. Sugere-se cuidados especiais aos pacientes com patologias respiratórias, incluindo educação em saúde da população para o reconhecimento de sinais de gravidade no manejo adequado deste grupo de doenças. Destacamos a importância da atenção primária na prevenção de internações, bem como da necessidade de identificação das situações de risco e do registro em prontuário de todos os dados relevantes da consulta de puericultura a fim de gerar informações epidemiológicas que possam redirecionar as ações da equipe de saúde.

REFERÊNCIAS

1. CAETANO, JRM; BORDIN, IAS; PUCCINI, RF; PERES, CA. Fatores associados à internação Hospitalar de Crianças Menores de 5 Anos, São Paulo, SP. *Revista de Saúde Pública*, v. 36 n.03. São Paulo, Jun. 2002.
2. SANTOS, SR; CUNHA, AJL; GAMBA, CM; MACHADO, FG; FILHO, JMML; MOREIRA, NLM. Avaliação da Assistência à Saúde da Mulher e da Criança em Localidade Urbana da Região Sudeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 2000; 34 (3): 266-71.
3. ABRANTES, MM; LAMOUNIER, JÁ, FARIA, JF; DINIZ, CM; CUNHA, FAF. Causas de Internações de Crianças e Adolescentes nos Hospitais do SUS em Minas Gerias entre 1994-1995. *IESUS*, VII (I), JAN/MARÇO, 1998.
4. SOUZA, DFF; COSTA, JSD. Avaliação do Programa de Puericultura no Posto de Saúde da COHAB Pestano. *Jornal de Pediatria*, vol.70, nº 1, 1994.
5. SERRA, J. Como a Mortalidade Infantil Caiu no País. www.projpueri.htm.
6. Informe da Área da Saúde – Saúde da Criança. www.saude.gov
7. Porto Alegre, Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Secretaria Municipal de Saúde, Centro de Vigilância em Saúde, Equipe de Informações em Saúde. Programa Pra-Nenê. In: *Prá-saber*
8. MIRANDA, AS; SCHEIBEL, IM; TAVARES, MRG; TAKEDA, SMP. Avaliação da Cobertura Vacinal do Esquema Básico para o Primeiro Ano de Vida. *Revista de Saúde Pública* v29, nº3, São Paulo, JUN, 1995.
9. DUNCAN, B. et al. *Medicina Ambulatorial: Conduas Clínicas em Atenção Primária*. 2ª edição Porto Alegre, Artes Médicas, 1996.
10. COSTA, JSD.; DIAS, JJ.; MATTOS, ML. et al. Descrição de algumas características da população infantil em duas comunidades da cidade de Pelotas, RS. *Rev. AMRIGS*; 41 (1):5-8, jan-mar., 1997.
11. MODESTO, AP.; PINTO, AX.; DIAS, AP.; MAF-FEI, CM.; MELLO, DS. et al. Puericultura: desinformação ou negligência? *Semina*; 17 (ed. Esp.):28-31, nov. 1996.
12. SILVA, AAM.; GOMES, UA.; TONIAL, SR.; SILVA, RA. Cobertura de Puericultura e fatores associados em São Luís (Maranhão), Brasil. *Ver Panam Salud Publica*, v.6 n.4 Washington Out. 1999.
13. Serviço De Saúde Comunitária Do Ghc. Núcleo De Epidemiologia. Programa da Criança.
14. SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA DO GHC. NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA. “Programa de Volta prá Casa”.

O DESAFIO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: DESVENDANDO A PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE PORTO ALEGRE

The Challenge of Continuous Education in Health: Unveiling the Perception of Workers of Nutrition Service of a Public Hospital of Porto Alegre

Aliandre Toller *, Olinda Maria de Fátima Lechmann Saldanha **, Monique Soares Vieira ***

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo conhecer as dificuldades e as percepções que os funcionários do Serviço de Nutrição do Hospital Nossa Senhora da Conceição do município de Porto Alegre possuem sobre a Política de Educação Permanente em Saúde. A pesquisa ora apresentada teve enfoque qualitativo com a aplicação de um questionário que continha perguntas abertas e fechadas. Buscou-se com isso, coletar informações que transcendem quantificações, na perspectiva de captar dados que ultrapassam os numéricos, valorizando desse modo, as percepções que os sujeitos pesquisados possuem acerca da Política de Educação Permanente. Compuseram a amostra intencional dessa pesquisa vinte e cinco sujeitos, dentre os quais, os seguintes profissionais: cozinheiros, atendentes de nutrição, técnicos de nutrição e despenseiros. Os dados aqui expostos possibilitarão construir novas estratégias para as práticas cotidianas do Serviço de Nutrição no que tange as relações interpessoais e as avaliações dos processos educativos em saúde, contribuindo assim para o aprimoramento do atendimento disponibilizado pelos funcionários aos usuários da saúde pública. (Mom&Persp Saúde. 2011; 24(1):27-35

Descritores: Educação Permanente em Saúde, Trabalhadores em Saúde, Educação em Saúde

ABSTRACT

This study aims to understand the difficulties and the perceptions that employees of the Department of Nutrition, Hospital Nossa Senhora da Conceição of Porto Alegre have on the policy of Permanent Education in Health Research presented here was qualitative approach with the application of a questionnaire containing open and closed questions. We tried to thereby collect information that transcend measurements, with a view to capture data beyond the numbers, thus enhancing the perceptions that individuals have researched on Education Policy. Comprised the purposive sample of this research twenty-five subjects, among which the following professionals: chefs, attendants nutrition, nutrition and technical stewards. The data shown here will enable new strategies to build the daily practices of the Department of Nutrition regarding interpersonal relationships and evaluations of health educational processes contributing to the improvement of care provided by staff to the users of public health. (Mom&Persp Saúde. 2011; 24(1):27-35

Key Words: Continuing Education in Health, Health Workers, Health Education

*** Nutricionista Assistente Técnico do Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Pós-Graduada em Educação e Informação em Saúde: Ênfase em Educação popular em Saúde da Escola de Saúde Pública de Porto Alegre.**

**** Mestre em Psicologia Social, docente do Centro Universitário UNIVATES.**

***** Assistente Social da Política de Proteção Social Especial de Média Complexidade do município de Cachoeirinha/RS. Mestranda em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.**

INTRODUÇÃO

A proposta da Educação Permanente, enquanto Política Nacional assume como objetivo a melhoria da qualidade do serviço que se oferece à população. Constitui-se em um instrumento pedagógico da transformação do trabalho e do desenvolvimento permanente dos trabalhadores nos planos individual e coletivo. O trabalho é valorizado como centro privilegiado de aprendizagem, pois é a partir desse que se percebem as dificuldades a serem superadas e a disposição para buscar alternativas de novas práticas e conceitos que conduzam a transformações.

A educação permanente em saúde tem no processo de trabalho o seu objeto de transformação, com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços, visando alcançar equidade no cuidado, tornando os trabalhadores da saúde mais qualificados para o atendimento das necessidades da população, oferecendo subsídios para que consigam resolver seus problemas e estabeleçam estratégias que amenizem as necessidades de sua comunidade.

O presente artigo pretende realizar uma análise crítico-reflexiva acerca dos dados obtidos pela pesquisa desenvolvida no ano de 2012, com vinte e cinco funcionários das equipes do refeitório e produção ao paciente do Centro de Resultados Nutrição e Dietética (CRND) do Hospital Nossa Senhora da Conceição que integra o Grupo Hospitalar Conceição (GHC). A pesquisa teve como objetivo central da sua investigação

conhecer as dificuldades e as percepções que os funcionários do Serviço de Nutrição do Hospital Nossa Senhora da Conceição do município de Porto Alegre possuem sobre a Política de Educação Permanente em Saúde

Neste sentido, o estudo em voga buscou desvendar a apropriação do funcionário quanto à relação entre avaliação de desenvolvimento e educação no processo de trabalho. A análise dos dados coletados irá contribuir para o processo de implementação da Política de Educação Permanente no Setor de Nutrição com as equipes do refeitório e de produção ao paciente. Nessa direção, o estudo pretendeu desvendar quais os desafios que se fazem prementes para que a educação permanente em saúde alcance seu objetivo de qualificar o trabalho através das discussões das práticas cotidianas construindo assim novas perspectivas para a intervenção em saúde.

O presente artigo está estruturado da seguinte forma: em um primeiro momento discutir-se-á o referencial teórico que embasou a reflexão acerca da concepção que a Educação Permanente em Saúde assume como importante instrumento de consolidação das premissas dispostas pelo Sistema Único de Saúde. Em seguida será apresentado processo metodológico que permeou a execução da pesquisa, trazendo a luz à discussão dos dados coletados, realizando uma análise das principais dificuldades e potencialidades elucidadas nas falas dos sujeitos pesquisados. Por fim serão apresentadas algumas estratégias para que a Política de Educação Per-

manente efetive-se como processo de democratização dos espaços de trabalho e fortalecedora da aprendizagem significativa, da descentralização e da transdisciplinaridade na busca de respostas criativas para os dilemas encontrados no cotidiano dos trabalhadores da saúde.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: NOVOS SENTIDOS PARA A APRENDIZAGEM NO PROCESSO DE TRABALHO

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia para formação e o desenvolvimento dos trabalhadores foi instituída pela Portaria nº 198 em fevereiro de 2004. De acordo PNEPS (2006) a educação permanente consiste em efetuar relações orgânicas entre o ensino, as ações e serviços, entre docência e a atenção à saúde, realizando a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva.

De acordo com a PNEPS (2006) a educação permanente em saúde é um instrumento de consolidação dos princípios SUS – descentralização, universalidade, integralidade e participação popular -. Partindo do pressuposto da aprendizagem significativa, busca promover e produzir sentidos, otimizando o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho. A educação permanente em saúde potencializa espaços onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das instituições e ao trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais, permeando uma lógica em que a educação acontece de forma descentralizadora, ascendente e transdisciplinar. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.).

Ceccim (2005) afirma que a educação permanente em saúde foi adotada para dimensionar a tarefa, entre formação, gestão, atenção e controle social, nesta área específica de saberes e práticas, mediante as intercessões promovidas pela educação na saúde. Constitui, portanto, uma estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que se transforme em um lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. A integração entre os segmentos da formação, da atenção, da gestão e do controle social em saúde deve permitir dignificar as características locais, valorizar as capacidades instaladas, desenvolver as potencialidades existentes em cada realidade. Esta nova proposta de educação em saúde sinaliza um novo caminhar para práticas cotidianas, ao inserir a problematização da realidade local como estratégia, propondo que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. (BRASIL, 2006, p.21).

Conforme a Política Nacional de Educação Permanente em saúde (Portaria GM/MS nº 1.996) deve-se propor, de forma coordenada estratégias de intervenção no campo da formação e de desenvolvimento dos trabalhadores. Para tanto, deve-se ampliar de forma pedagógica a condução e o desenvolvimento da educação permanente em saúde, acompanhar, monitorar e avaliar as ações de educação permanente em saúde implementadas. Destaca-se nesta Portaria Nacional, a ênfase na descentralização (nos processos de aprovação, na execução e financiamento da Política), e o foco nas especificidades e necessidades locais e regionais.

Tal Portaria, afirma os princípios da educação permanente em saúde – integração da educação e do trabalho em saúde e mudanças na formação, nas práticas e nos processos de trabalho na saúde como norteadora para a construção dos planos regionais de Educação Permanente em Saúde e das ações educativas na saúde. As demandas para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores no SUS, devem considerar, prioritariamente, os problemas cotidianos referentes à atenção à saúde e a organização do trabalho. A imagem do quadrilátero da formação para a área da saúde – ensino/gestão/atenção/controle social, propõe construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade para operar mudanças, mobilizar caminhos, convocar protagonismos, edificar e consolidar conhecimentos. A educação no trabalho insere-se num contexto tenso buscando assegurar direitos e qualidade na prestação de serviço, na perspectiva do fortalecimento do SUS (Ceccim e Feuerwerker(2004) , (PEDUZZI,2009,p.123)

A proposta da EPS, representa uma importante mudança da concepção e das práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços. Incorpora o ensino e o processo de aprendizagem à vida cotidiana das organizações e das práticas sociais e laborais. Nesse sentido, busca modificar as estratégias educativas, a partir das práticas como fonte de conhecimento, problematizando o próprio fazer, alocando as pessoas como construtores do conhecimento e de alternativas de ação, abordando a equipe como estrutura de interação e ampliando os espaços educativos e participativos.

A Educação Permanente em Saúde configura para os educadores o desdobramento da educação popular ou da educação de jovens e adultos, perfilando-se pelas diretrizes des-

encadeadas por Paulo Freire. Configura também, um movimento institucionalista em educação, e ainda, o desdobramento de vários movimentos de mudança na formação dos profissionais da saúde, resultando na análise das construções pedagógicas da educação em serviços de saúde - educação continuada e educação formal de profissionais de saúde -. A partir dessa nova conformação da educação em saúde, torna-se imprescindível promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento.(VASCONCELOS, 2001, PAG 4)

O impacto da capacitação de caráter apenas instrumentalizador é baixo ou nulo na formação de sujeitos conscientes e não alienados de seus processos de trabalho (BRASIL, 2004), tornando necessário incitar estes sujeitos a repensarem suas práticas, por meio de uma relação dialógica entre os diversos atores, a partir de uma análise crítico-reflexiva do seu fazer profissional em saúde.

O objetivo da EPS, de acordo com Cecim (2005) é não mais implementar pacotes de cursos com treinamentos aplicados, pontuais e fragmentados, mas sim formar profissionais que tenham o compromisso com um objeto e com a sua transformação. Para alcançar essas transformações, os serviços de saúde devem, dentre outras ações, investir esforços no desenvolvimento da educação em serviço como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação em saúde (BRASIL, 2005a).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2009) aponta que a aproximação da educação à vida cotidiana é fruto do reconhecimento do potencial educativo da situação de trabalho, ou seja, concebe que no trabalho também se aprende. Para tanto, é preciso que a EPS leve em consideração sempre dois

fatores – as necessidades da população e a cadeia de cuidado progressivo a saúde – (BRASIL, 2005b). Estes fatores são de suma importância para que o processo de aprendizagem significativa – possibilidade de construção de novas práticas profissionais a partir das experiências cotidianas –, se fortaleça como estratégia para uma educação transformadora em saúde.

(BRASIL, roda, pág 26)

Através dos processos de capacitação se deseja melhorar o desempenho dos trabalhadores em todos os níveis de atenção e funções do respectivo processo de produção, contribuindo para o desenvolvimento de novas competências bem como subsidiando elementos para transformações culturais. Portanto, nessa direção, além da ação educacional, espera-se que seja parte essencial da estratégia de mudança institucional.

Alguns dos grandes desafios que se apresentam a EPS como proposta contra-hegemônica a um sistema de saúde fortemente influenciado pelo projeto privatista é romper com os valores do modelo tradicional hegemônico e consolidar o SUS como sistema público de saúde assegurando seus princípios e diretrizes, e sobretudo, comprometendo os atores sociais na defesa de um modelo político-cultural-organizacional que permita uma gestão democrática, uma consciência sanitária e amplie as lutas pela defesa e alargamento de políticas sociais.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo teve enfoque qualitativo, buscando-se com isso mais do que descrever objetos, mas também conhecer trajetórias de vida e experiências sociais dos sujeitos nele envolvidos. A abordagem da pesquisa qualitativa aprofunda-se em questões objetivas e subjetivas da

realidade dos sujeitos, neste sentido foi aplicado o questionário com perguntas quanti-qualitativa como instrumento de coleta de dados. A amostra deste estudo seguiu o critério da intencionalidade, em que os sujeitos pesquisados formam os trabalhadores das equipes do refeitório para funcionários e produção aos pacientes. Participaram desta pesquisa os funcionários dos turnos de trabalho manhã e tarde, totalizando 25 sujeitos, dispostos da seguinte forma: 05 cozinheiros, 02 técnicos de nutrição, 16 atendentes de nutrição e 02 despenseiros, os mesmos foram sorteados aleatoriamente entre os funcionários que compõem cada categoria profissional.

A coleta dos dados foi realizada pela autora e por uma estagiária de nutrição, através de questionário composto por questões quantitativas e qualitativas. O processo de análise dos dados teve por base o tratamento estatístico e a análise de conteúdo. O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Após a aprovação, os sujeitos convidados a participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Informado, e lhes foi garantido o anonimato e a confidência dos dados, os quais serão utilizados para fins científicos. Proporcionou-se também, aos sujeitos, desistirem da pesquisa, sem que isso lhes trouxesse consequências negativas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Investir na educação permanente é promover por meio do diálogo a problematização das práticas profissionais e dos desafios no atendimento das necessidades de saúde dos usuários. A pesquisa realizada com os trabalhadores do Setor Nutrição do HNSC buscou construir, por meio da análise dos dados coletados,

novas estratégias para a educação nos processos de trabalho em saúde, desenvolvendo junto a estes sujeitos discussões e reflexões que incidam diretamente nas suas percepções, desvendando as dificuldades que se apresentam no caminho da educação permanente em saúde.

Dentre as questões contidas no questionário, uma se referia se os trabalhadores do setor nutrição percebiam a instituição como promotora de ações para o seu desenvolvimento e qualificação profissional. Como demonstra a gráfico abaixo pode-se perceber que 80% reconhecem as ações de qualificação promovidas pela instituição, 16% não conseguem visualizar a oferta de ações de educação para os trabalhadores e 4% não souberam.

**Você percebe que a instituição na qual trabalha promove
Ações visando o seu desenvolvimento?**

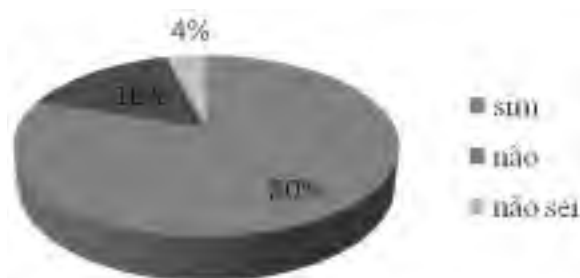


Figura 1- Percepção dos trabalhadores do setor de nutrição sobre as ações da Instituição como promotora de desenvolvimento

Os sujeitos pesquisados elencaram diversas percepções, demonstraram que tem diferentes entendimentos acerca dos processos formativos desenvolvidos pela Instituição. Pode-se identificar também a insatisfação presente em algumas respostas quanto ao processo educativo oferecido pela instituição aos trabalhadores da saúde no setor da nutrição. Contudo, a maioria dos trabalhadores consegue perceber a oferta de

ações para a educação, mas nessa compreensão repercute toda uma gama de implicações que foram identificadas nas falas, tais como:

Quando tem os cursos é por sorteio ou então é aberto para a área administrativa e nós por sermos atendentes de nutrição ficamos por último ou até de fora da seleção (SUJEITO A).

São oferecidos poucos cursos para qualificar os funcionários e os que são oferecidos costumam ser no horário de trabalho, ou priorizam profissionais de outros setores (SUJEITO D).

Nossas reivindicações quase sempre são aceitas e realizadas quando possível pelas questões financeiras e orçamentárias. Temos a oportunidade de desenvolvimento e qualificação através dos cursos promovidos pelo GHC escola [...] (SUJEITO G)

A análise das falas dos pesquisados revela informações de suma importância, pois elucidam contradições e percepções em que as informações quantitativas não são reveladoras, não propiciando um desvendamento mais profundo dos dados. Embora a capacitação tenha significativa contribuição para a melhoria dos serviços ofertados a população, Davini (2009, p. 40) alerta que nem toda ação de capacitação implica um processo de educação permanente. Davini (2009) aponta ainda que apesar da relevância que a capacitação possui para o cotidiano profissional esta estratégia nem sempre alcança os resultados que se espera, ou seja, não se consegue materializar os projetos formulados nesse processo.

Neste sentido, é imprescindível refletir acerca da dinâmica que se estabelece entre os trabalhadores, na perspectiva de incidir com metodologias e técnicas que realmente promovam espaços de diálogo e reflexão. Os resultados encontrados com a realização deste estudo entre os funcionários do setor nutrição do

HNSC, apontam para a necessidade de superar a mera capacitação, de não reduzir o olhar, de ampliar os processos de organização, problematização das práticas cotidianas. A construção de um espaço de discussão é processual e requer um movimento que primeiramente incida acerca da relação entre os desafios postos no cotidiano e o seu enfrentamento. A qualificação não deve prescindir a educação no processo de trabalho, ambas precisam estar articuladas na busca por propostas criativas.

No que se refere à compreensão dos trabalhadores entre a relação qualificação e educação, encontram-se as seguintes percepções:

A educação no processo de trabalho não acompanha a avaliação (SUJEITO J).

Acredito no instrumento de avaliação individual como processo de educação para o trabalho, mas não é o suficiente. Acredito que existe a necessidade de mais treinamento e participação de todos (SUJEITO I).

Não vejo muita relação entre elas, pois muitas vezes a pessoa acaba sendo avaliada pelo seu comportamento (SUJEITO M).

A organização de espaços de escuta e diálogo propiciam ao trabalhador refletir e identificar na prática as dificuldades do cotidiano bem como construir de forma coletiva estratégias para a solução. A problematização das práticas engendra um processo que amplia a percepção do trabalhador, pois trabalha não somente questões referentes ao atendimento, mas também possibilita desenvolver capacidades, avaliar as práticas coletivamente, contribuindo significativamente para uma interação interdisciplinar da equipe.

No que diz respeito às questões que envolvem as relações interpessoais e os processos de trabalho que estão em evidência nas equipes do refeitório e na produção ao paciente podem-

os observar, através do questionário respondido pelos trabalhadores, alguns aspectos negativos que se destacam nas falas dos funcionários, tais como: individualismo, falta de ética profissional e de trabalho em equipe.

Os funcionários sugerem algumas propostas para melhorar as relações interpessoais e os processos de trabalho como:

estimular a ética profissional através de palestras e reuniões dos setores específicos com uma frequência adequada (SUJEITO B).

realizar oficinas para incentivar a participação e o trabalho em equipe". Trabalhar em equipe, colegas ter respeito, educação no ambiente de trabalho, poder ter segurança para realizar as tarefas (SUJEITO C)

ter mais dialogo, respeitar as opiniões (SUJEITO P).

No ambiente de trabalho, as relações interpessoais se estabelecem a partir de um processo de interação entre os membros de uma mesma equipe, criando-se vínculos profissionais, a fim de executarem uma ação coletiva, buscando um objetivo comum representado por motivação, flexibilidade, comprometimento, realização pessoal e ênfase na subjetividade humana (THOFEHRN, 2006).

Percebe-se que é importante trabalhar com as equipes o sentido de coletividade, vínculos entre os trabalhadores e solidariedade. A solidariedade se desdobra em um conjunto de habilidades que se forma na identificação com o outro, como parte da vida e na compreensão das eventualidades, na qual cada pessoa está sujeita e na disposição permanente de ajuda ao outro (BRUCE, 2007).

A sistematização dos dados da pesquisa possibilitou estabelecer três categorias empíricas, encontradas nas falas dos sujeitos: relação dialógica, interdisciplinaridade e hierarquização.

ção das áreas do saber. A categoria diálogo foi identificada em diversas falas dos trabalhadores pesquisados, que enfatizaram a importância da relação dialógica para a resolução de conflitos entre a equipe bem como para a construção de respostas para a prática cotidiana. Além disso, o processo reflexivo oportunizado pelo diálogo cria condições para que os trabalhadores elaborem coletivamente respostas para as demandas imediatas, além de viabilizar o fortalecimento de vínculos entre os diversos funcionários que compõem a equipe do Setor Nutrição.

O processo de Educação Permanente pode facilitar o envolvimento de todos os profissionais e proporcionar a troca de saberes, a reflexão das práticas do serviço, o que consequentemente acarreta em uma interação maior da equipe e uma melhora no processo de trabalho (CARROTTA et al, 2009). Uma parte dos funcionários reconhecem a importância do aprimoramento para qualificar as ações, como meio para garantir e ampliar o direito ao acesso de serviços públicos de saúde, com qualidade.

Outra categoria também identificada junto às falas dos sujeitos foi a interdisciplinaridade, compreendida por Severino e Sá (2010) como a ultrapassagem das limitações impostas pelas disciplinas, pressupondo uma nova atitude frente às demandas, exigindo dos profissionais uma interação, em que o diálogo aparece como premissa das ações.

Contudo, para que haja a consolidação deste movimento em busca da construção coletiva de estratégias, torna-se imprescindível abandonar a hierarquização do saber, categoria esta também apontada nas falas dos trabalhadores. Se a busca enseja, uma ação coletiva, nenhuma área do saber deve se sobrepor a outra, mas sim existir uma relação de mutualidade e reciprocidade o que pressupõe uma perspectiva solidária e de

respeito as especificidades de cada disciplina. A hierarquização do saber é compreendida pelos trabalhadores do Setor Nutrição como o favorecimento de determinadas profissões ao acesso de cursos e capacitações. Muitos apontaram que se sentem excluídos ou não favorecidos nas seleções. Neste sentido, o diálogo assume grande importância, para fazer avançar os processos reivindicatórios e de tomada de decisão, construindo junto ao Serviço de Nutrição espaços que protagonizem a autonomia e fortaleçam uma consciência crítica entre os trabalhadores.

CONCLUSÕES

A educação permanente rompe com a postura hierárquica da instituição, ao proporcionar aos trabalhadores um espaço de discussão e reflexão sobre as ações cotidianas, deste modo, tais sujeitos são participantes dos processos de tomada de decisão. A problematização das ações profissionais oportuniza aos trabalhadores repensarem concepções na busca por um atendimento humanizado, fortalecendo também os vínculos entre a equipe multiprofissional.

Neste sentido, pretende-se implementar a educação permanente no Serviço de Nutrição para criar espaços de escuta do trabalhador e discussão dos problemas cotidianos, objetivando assim a democratização dos processos participativos. Pretende-se nas reuniões de equipes, dar espaço para que os funcionários consigam discutir juntamente com as chefias suas rotinas de trabalho, dar opiniões e participar das decisões, que o funcionário tenha voz ativa na construção dos processos de trabalho da equipe.

No serviço de Nutrição, a educação continuada já está presente, através de capacitações, aperfeiçoamentos, treinamentos, porém

nesse tipo de aprendizagem o trabalhador participa somente como ouvinte, não há o espaço para discussões, por isso a preocupação de ultrapassar a mera capacitação e oportunizar aos trabalhadores novas apreensões acerca das práticas profissionais em saúde.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do sistema Único de Saúde para formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, n. 32, seção I, 2004 a.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. P.9.
- 3- BRASIL. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciência e Saúde Coletiva, v. 10, n.4, p 975-986, 2005.
4. BRASIL. Ministério da Saúde a, 2005 – Cursos de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde – Unidade de Aprendizagem integradora.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
6. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9. Brasília – DF 2009.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 ago. 2007.
8. BRUCE, A. Como motivar sua equipe 24 dicas para criar um ambiente de trabalho divertido e estimulante. Rio de janeiro: Sextante, 2006.
9. BOURGUIGNON, Jussara Ayres. A centralidade ocupada pelos sujeitos que participam das pesquisas do Serviço Social. Revista Textos e Contextos, Porto Alegre v. 7 n. 2 p. 305-315. jul /dez. 2008.
10. CARROTA, F.; KAWAMURA, D. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. Saúde soc. Vol. 18 supl. I São Paulo, 2009.
11. CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface, Botucatu, SP, v. 9, n. 16, 2005 a.
12. CECCIM, R. B. Educação permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica em saúde. Ciência e Saúde Coletiva Vol. 10 nº4 Rio de Janeiro, 2005.
13. DAVINI, MC. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. IN: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente. Brasília, 2009.
14. FERRAZ, F. Educação Permanente/Continuada no Trabalho: um direito e uma necessidade para o desenvolvimento pessoal, profissional e institucional, 2005.
15. MARCONI, MA. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 1999.
16. PEDUZZI, M, PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. v.13, n.30, p.121-34, jul./set. 2009.
17. SEVERINO, AJ; SÁ JLM (orgs). Serviço Social e Interdisciplinaridade: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão. 8.ed. São Paulo: Cortez, 2010.
18. THOFEHRN, M. B. Teoria dos vínculos profissionais: um novo modelo de gestão em enfermagem. Texto Contexto enfermagem. 2006 Jul/set /15 (3): 409-17
19. VASCONCELOS, M.; GRILLO, MJC. Práticas educativas em atenção básica à saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Unidade Didática I. Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde. Módulo 4. Ed UFMG-Belo Horizonte: 2009,

DIETAS RESTRITAS EM CARBOIDRATOS EM PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 : ANÁLISE CRÍTICA DAS EVIDÊNCIAS

restricted-carbohydrate diets in patients with type 2 diabetes: critical analysis from evidences

Liete Zanuzzo * , Vânia Ames Schommer ** , Aline Marcadenti ***

RESUMO

Introdução: As prevalências de diabetes mellitus tipo 2 vem aumentando significativamente e as evidências são controversas em relação a melhor dieta para o controle da doença.

Objetivo: Revisar estudos clínicos que avaliaram os efeitos da dieta restrita em carboidratos sobre o controle glicêmico em pacientes com diabetes mellitus tipo 2.

Métodos: Buscas nas bases de dados MEDLINE, LILACS, PubMed, Scielo, Cochrane e Trip DataBase. Foram excluídos os estudos sobre diabetes tipo 1, estudos observacionais, revisões sistemáticas e estudos que avaliaram dietas que não restringiam especificamente os carboidratos.

Resultados: Foram selecionados 19 artigos. Após a intervenção com a dieta restrita em carboidratos a hemoglobina glicada reduziu em 12 estudos. Desfechos como a redução da glicemia de jejum, do peso e melhora do perfil lipídico também foram registrados.

Conclusão: Apesar dos resultados positivos, as limitações encontradas nos estudos impedem uma afirmação dos benefícios deste tipo de dieta entre pacientes com diabetes tipo 2. (Mom&Persp Saúde. 2011; 24(1):36-50)

Descritores: Unitermos: diabetes mellitus tipo 2, dietas low-carb

ABSTRACT

Introduction: Prevalences of type 2 diabetes have increased significantly and all evidence are controversial regarding the best kind of diet to control the disease.

Objective: To review clinical trials evaluating the effects of carbohydrate-restricted diet on glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus.

Methods: Searches in MEDLINE, LILACS, PubMed, Scielo, Cochrane and Trip DataBase. We excluded studies about type 1 diabetes, observational studies, systematic reviews and studies that have evaluated diets that do not specifically restricted carbohydrates.

Results: We selected 19 articles. After the intervention with the carbohydrate-restricted diet, glycosylated hemoglobin reduced in 12 studies. Outcomes such as reducing fasting blood glucose, weight and improved lipid profile were also recorded.

Conclusion: Despite positive results, the limitations found in the studies are not conclusives about the benefits of this type of diet among patients with type 2 diabetes. (Mom&Persp Saúde. 2011; 24(1):36-50)

Key words: type 2 diabetes, low-carb diets

* Nutricionista, Especialização em Nutrição Clínica: Doenças Cardiovasculares e Obesidade – Instituto de Cardiologia/Fundação Universitária de Cardiologia - IC/FUC

** Nutricionista, mestranda em Ciências da Saúde – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA

** Nutricionista, mestre em Ciências Médicas: Cardiologia – Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, Doutoranda em Ciências Cardiovasculares - UFRGS

Endereço para correspondência:

Av. Francisco Trein, 596 - Bairro Cristo Redentor - Porto Alegre, Brasil - CEP 91350-200

Telefone: +55 51 3357 2259 - Email: marcadenti@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Diabetes mellitus caracteriza-se por alterações metabólicas de etiologia múltipla, com hiperglicemia resultante de anormalidades na secreção, ação da insulina ou ambas as condições⁽¹⁾. As projeções para diabetes no mundo indicam que entre 2000 e 2030 haverá um aumento de 171 milhões para 366 milhões de indivíduos com o diagnóstico da doença, principalmente nos países em desenvolvimento⁽²⁾. No Brasil, a Campanha Nacional de Detecção de Casos Suspeitos de Diabetes em 2001 avaliou mais de 22 milhões de pessoas acima de 40 anos e foram identificadas prevalências diferentes de diabetes mellitus entre os estados brasileiros, desde 11,3% no Amazonas até 25,3% no Espírito Santo⁽³⁾.

Está plenamente estabelecida na literatura a associação entre níveis glicêmicos elevados e doença cardiovascular⁽⁴⁻⁶⁾. No indivíduo diabético, hiperglicemia crônica está associada também a dano, disfunção e falência de vários órgãos⁽⁷⁻⁸⁾. O controle glicêmico é um fator determinante para desenvolvimento e complicações da diabetes mellitus⁽⁹⁻¹⁰⁾. Aliada à glicemia de jejum, a hemoglobina glicada tem sido útil na avaliação do grau de hiperglicemia crônica e identificação de prognóstico entre diabéticos⁽¹¹⁾ e tornou-se a medida de referência para controle glicêmico entre pacientes com diagnóstico da doença^(12, 13).

Excesso de peso e obesidade são considerados robustos fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes mellitus^(1, 14) e a perda de peso, mesmo que modesta, melhora significativamente os parâmetros glicêmicos⁽¹⁵⁾ e outros fatores de risco cardiovascular⁽¹⁶⁾. As melhores estratégias dietéticas para proporcionar tanto redução e controle ponderal quanto a melhora dos níveis glicêmicos em pacientes com diabetes tipo 2 continuam a ser debatidas, dada sua importância e dificuldade de manutenção desses alvos terapêuticos para um grande número de indivíduos.

Dietas com baixos teores de carboidratos (também denominadas dietas low-carb) tem se tornado populares. Proposta pelo Dr. Robert Atkins em 1972, a dieta original baseia-se na ingestão de 20 a no máximo 100g de carboidratos ao dia e no consumo ad libitum (sem restrição) de proteínas e gorduras. Ensaio clínico randomizados indicam que planos alimentares baseados nessa dieta (conhecida popularmente por “dieta das proteínas”) proporcionarem redução de peso na população em geral^(17, 18). Com base nessa particularidade, diretrizes da American Diabetes Association (ADA) estabeleceram que para perdas ponderais em curtos períodos de tempo tanto dietas com baixos teores de carboidratos quanto dietas hipocalóricas com baixos teores de gorduras poderiam ser efetivas⁽¹⁹⁾, mas alertam para o desconhecimento dos efeitos a longo prazo. Estudos observacionais tam-

bém indicam efeitos benéficos sobre o controle glicêmico entre diabéticos consumidores de dietas low-carb ⁽²⁰⁾. Entretanto, a efetividade e segurança de dietas restritas em carboidratos entre indivíduos com diabetes mellitus por longos períodos de tempo é questionada, estando esses pacientes já em risco cardiovascular.

O objetivo deste trabalho é revisar ensaios clínicos randomizados, quasi-experimentos e experimentos antes-depois publicados na literatura que avaliaram os efeitos de dietas restritas em carboidratos sobre o controle glicêmico (representado pelos níveis de hemoglobina glicada) em pacientes com diabetes mellitus tipo 2. Como objetivos secundários serão avaliados também os efeitos da dieta em outros fatores de risco cardiovascular, como peso corporal, pressão arterial e frações lipídicas.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foram conduzidas buscas nas bases de dados MEDLINE, LILACS, PubMed, Scielo, Cochrane e Trip DataBase. Os descritores em ciências da saúde (DeCS, derivados do inglês MeSH terms) foram hemoglobina glicada, diabetes mellitus tipo 2, carboidratos, low-carbohydrate diets, Atkins diet, glycated hemoglobin, restricted carbohydrate diets, type 2 diabetes. Artigos anteriores ao ano de 2000 foram descartados e na base de dados PubMed foram incluídos os limites humans e all adults. Além de estudos conduzidos entre indivíduos com menos de 18 anos e em animais, foram excluídos da seleção inicial artigos sobre diabetes mellitus tipo 1, estudos que relatavam algum tipo específico de padrão alimentar ou refeição como intervenção (ex. dieta Paleolítica, dieta com baixo índice glicêmico e/ou carga glicêmica, café da manhã com composição alimentar diferenciada), trabal-

hos que avaliaram algum alimento ou nutriente específico (ex. frutas oleaginosas, proteína de soja), artigos sobre alimentação por via sonda nasointestinal, estudos observacionais e revisões sistemáticas.

Primeiramente os trabalhos foram selecionados a partir do título e em uma segunda etapa dois avaliadores cegados identificaram, entre os resumos dos artigos, os estudos com potencial para serem incluídos nesta revisão. Artigos sem sucesso na busca pela versão integral foram excluídos. Todas as informações de interesse obtidas dos trabalhos selecionados foram extraídas também de maneira cegada por dois avaliadores. Hemoglobina glicada foi considerada o desfecho principal, mas outros fatores de risco cardiovascular também foram observados.

RESULTADOS

Foram identificados 19 artigos que investigaram o resultado da dieta com redução de carboidratos (Quadro 1). Os artigos apresentaram tempo de seguimento de 21 dias até quatro anos. Seis estudos apresentaram tempo de seguimento curto entre 21 dias e 10 semanas. O tamanho da amostra variou entre oito até 215 indivíduos, sendo o total de 1341 indivíduos e o IMC médio variou entre 24,7 e 40,3 kg/m². A taxa de adesão, quando especificada, variou entre 52,8% e 100% - proporção observada em apenas um estudo, com amostra pequena e curto período de seguimento. Nove estudos não especificaram a taxa de adesão. As intervenções expressas em gramas de carboidratos variaram de 20 a 40/g ao dia. Os valores expressos em porcentagem variaram entre 20% e 50% de carboidratos na dieta. Quatro estudos apresentaram semelhança entre a dieta restrita em carboidratos e a dieta controle com diferença

entre as dietas de apenas 10 e 15% do VET em carboidratos.

A hemoglobina glicada diminuiu significativamente na maioria dos estudos. Apenas um estudo apresentou um leve aumento da hemoglobina glicada ($+0,02 \pm 0,1$), seis estudos não encontraram diferença com a intervenção e os outros 12 apresentaram redução da hemoglobina glicada de 25%.

Entre os outros desfechos o mais presente foi a redução de peso que variou desde 1,53kg até 11,1kg. Sete estudos não encontraram diferença significativa entre o peso inicial e peso final.

A glicemia de jejum reduziu entre 1,6 a 66 mmol/L após a intervenção, e em três estudos não houve diferença nos resultados finais.

A maioria dos trabalhos selecionados apresentou melhora no perfil lipídico após a intervenção da dieta low-carb: triglicerídeos baixou até 57,5 mg/dL; colesterol total baixou até 17mg/dL; o HDL aumentou até 5,8mg/dL.

Foram citados também outros benefícios da dieta com redução de carboidratos como redução no uso de hipoglicemiantes, diminuição na taxa de proteína-C reativa (PCR), melhora na pressão arterial sistólica e diastólica e redução dos valores de circunferência abdominal.

Quadro 1. Resultados obtidos dos estudos selecionados

Autor, ano, referência	População, delineamento (tempo de seguimento)	Intervenções, dietas	Taxa de adesão	Desfecho clínico: hemoglobina glicada	Outros desfechos clínicos (principais)	Observações
Boden e cols, 2005 ⁽²¹⁾	N = 10, 70% mulheres IMC 40,3 ± 5,7 Experimento antes-depois (21 dias)	DC: 309g HCO/dia DRC: 21g HCO/dia	NE	DRC: - 0,5%*	DRC: Peso: - 2,17 kg ± 0,2* Glicemia jejum: - 22 mg/dL* Triglicérides: - 57,5 ± 2,9 mg/dL* Colesterol: - 17 mg/dL* ND HDLc e LDLc	Falta de grupo controle, curto período do estudo N pequeno
Davis e cols, 2009 ⁽²²⁾	N=105, 78% mulheres IMC= 36±6 ECR, seguimento 12	DRC= 20 a 25g HCO (2 semanas) após + 5g/semana	3 meses = 91%	ND	PP = - 3,4% em ambos os grupos*	Grande número de mulheres

	meses	DC = 25% lipídios	12 meses = 81%			
Dyson e cols, 2007 ⁽²³⁾	N = 26, 25% homens IMC = 35,1 ECR, seguimento 3 meses.	DRC: <40g HCO dia DC: proposto pela DUKNR	85%	ND	DRC: Peso: - 6,9Kg* ND perfil lipídico e cetonas	Curto período de estudo. N pequeno
Esposito e cols, 2009 ⁽²⁴⁾	N= 215 sem uso de hipoglicemiantes, 49% homens IMC= 29,6 ± 3,5 ECR, seguimento 4 anos	DRC MED = 50% HCO DC AHA = <30% Lipídeos	NE	1 ano DRC MED - 1,2±1,0* 4 anos DRC MED - 0,9±0,6*	DRC MED - 26% iniciaram tto com hipoglicemiantes em 4 anos ND peso, circunferência cintura, [] insulina, perfil lipídico	Falta cegamento para quem iniciou tto
Gannon e cols, 2003 ⁽²⁵⁾	N=12, 10 homens IMC = 31 (22-37) ECR, seguimento 5	DRC= 40% HCO DC= 55% HCO	NE	DRC: - 0,8 ± 0,1*	DRC: Triglicérides = - 38mg/dL*	Curto período do estudo. N pequeno

⁽²⁶⁾ 2004	IMC = 31 (27 – 36) ECR, seguimento 5 semanas	DC = 55% HCO			Peso: -1,8Kg Glicemia jejum: - 66±0,4mmol/L*	seguimento. N pequeno
Gannon e cols, ⁽²⁷⁾ 2010	N= 12 homens IMC= 29,3 kg/m² Experimento antes-depois (10 semanas)	DRC = 30% HCO	67%	- 25%*	Glicemia jejum: - 28%* ND [] insulina, peso, creatinina,	N pequeno, falta de grupo controle, somente homens
Gerhard e cols, ⁽²⁸⁾ 2004	N= 11, 8 mulheres ECR, seguimento 6 semanas	DC= 20% Lip e 65% HCO DRC= 45% HCO, 26% AGM	NE	ND	PP= - 1.53 kg* apenas com dieta hl. ND peso, glicemia jejum, perfil lipídico e [] insulina	Curto período de estudo, N pequeno.
HYPERLINK http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Haimoto%20H%22%5BAuthor%5D e cols,	N= 133 IMC = 24,7±3,2 ECR, seguimento 2 anos	DRC- 45% HCO DC - 57% HCO	NE	DRC = - 9,5%*	DRC: Redução da dose de sulfanuréis, melhora perfil	% de HCO semelhante

2008 ⁽²⁹⁾	IMC = 24,7±3,2 ECR, seguimento 2 anos	DC - 57% HCO				Redução da dose de sulfanuréias, melhora perfil lipídico e IMC	semelhante
Iqbal e cols, 2010 ⁽³⁰⁾	N= 144 obesos ECR, seguimento 24 meses	DRC = <30g/dia DC = ≤ 30% VET	52,8%	ND		ND peso, glicemia jejum, perfil lipídico	Baixa taxa de adesão
Nielsen e cols, 2005 ⁽³¹⁾	N= 31 obesos Quase-experimento, seguimento 6 meses	DRC= 20% HCO DC = 50 a 60% HCO	NE	DRC:-1,4±1,1%		DRC: Glicemia jejum: -3,4±2,9mmol/L Peso: -11,4±4 Kg IMC: -4,1±1,3Kg/m ²	N pequeno
Nielsen e cols, 2006 ⁽³²⁾	N= 16 Quase-experimento, seguimento 22 meses	DRC= 20% HCO DC = 50 a 60% HCO	NE	- 1,1 ± 0,4*		ND peso	N pequeno
Sargrad e cols,	N= 12, 9 mulheres	DRC: 40% HCO	NE	DRC: -1,3%*		DC:	Curto período do

2005 ⁽³³⁾	ECR, seguimento 8 semanas	DC: 55% HCO			Peso: - 2,2±0,9 kg* DRC: Peso: -2,5±1,6 kg* Glicemia jejum = -1,6 mmol/L* PAD: -10,5±2,3 mmHg PAS: -18±9,0 mmHg ND perfil lipídico, função renal e hepática	N pequeno estudo.
Shai e cols, 2008 ⁽³⁴⁾	N= 46 Sub-grupo de diabéticos entre 322 participantes de ECR, seguimento 2 anos	DRC: 20g/dia HCO (2 meses) + aumento gradual até 120g/dia Duas DsCs: Padrão Mediterrâneo ou 60% HCO	78%	-0,9±0,8*	Peso -4,7kg ND HOMA-IR, [] insulina, glicemia jejum	N pequeno
Westman e cols,	N= 84, 73% mulheres	DRC: < 20g HCO	60%	-1,5 ± 0,3*	DRC:	Baixa adesão

2008 ⁽³⁵⁾	IMC 37,9 ± 6,4 ECR, seguimento 24 semanas	DC: 55% HCO restrita em calorias				PP -11,1kg* HDL +5,8mg/dL* Redução uso de hipoglicemiantes 95,2%*	
Wolever e cols, 2002 ⁽³⁶⁾	N= 44, 64% mulheres IMC= 30,1 ± 1,7 ECR, seguimento 4 meses	Duas DsCs: 55% HCO (AIG; BIG) DRC: 45% HCO	NE		DRC: + 0,02±0,1*	ND peso, colesterol total, triglicerídeos, pressão diastólica N pequeno	% semelhante de carboidratos entre as dietas N pequeno
Wolever e cols, 2008 ⁽³⁷⁾	N= 162 ECR, seguimento 1 ano	Duas DsCs: 55% HCO (AIG; BIG) DRC: 45% HCO	83%		ND	ND HOMA-IR, [] insulina	Dados da linha de base apenas dos que completaram o estudo
Wolever e cols, 2008 ⁽³⁸⁾	N= 162 IMC = 30,93 ECR, seguimento 1 ano	Duas DsCs: AIG = 47% HCO BIG = 52% HCO DRC= 39% HCO	96%		ND	ND peso, perfil lipídico DCBIG: PCR-us: - 30%*	% semelhante de carboidratos entre as dietas

Larsen e cols, 2011 ⁽³⁹⁾	N=108 IMC= 27-40 kgm ² ECR, seguimento 1 ano	DRC=40% HCO DC=55% HCO	86,1%	DRC= - 0,87±0,03%	Redução do uso de sulfanurêias Redução de peso 2,23kg, circunferência abdominal -3,54cm triglicérides -0,47 e CT -0,15 Aumento HDL 0,08	% semelhante de carboidratos entre as dietas
--	---	---------------------------	-------	----------------------	--	--

DRC: dieta restrita em carboidratos; DC: Dieta Controle; HCO: hidratos de carbono; ND: não houve diferença; NE: não especificado; DUKNR: Diabetes UK Nutritional Recommendations; PP: percentual de perda ponderal; AGM = Ácido graxo monoinsaturado; VET: valor energético diário; MED: padrão Mediterrâneo; AHA: padrão American Heart Association; ALG: alto índice glicêmico; BIG: baixo índice glicêmico

*p <0,05

DISCUSSÃO

A presente revisão identificou que na maioria dos estudos ocorreu uma diminuição nos níveis de hemoglobina glicada com a redução de carboidratos na dieta. Porém, a heterogeneidade da população avaliada assim como limitações observadas entre os estudos impedem que haja uma conclusão afirmativa sobre os benefícios da dieta entre os pacientes com diabetes tipo 2.

Kodama e cols ⁽⁴⁰⁾ não encontraram diferença significativa sobre a hemoglobina glicada em uma pesquisa que incluiu 19 estudos e que comparou o efeito de dietas ricas em gorduras e pobres em carboidratos versus dietas ricas em carboidratos e pobres em gorduras. Colesterol total, LDL colesterol e glicemia de jejum não diferiram entre as dietas ⁽⁴⁰⁾. Na presente revisão apenas seis estudos não encontram diferença no perfil lipídico após a intervenção e entre os que apresentaram resultados positivos a mudança foi pouco significativa.

Kirk e cols ⁽⁴¹⁾ também avaliaram artigos que verificaram os efeitos da dieta com baixo teor de carboidratos em pacientes com diabetes tipo 2. Entre os achados deste estudo destacam-se: a redução na hiperglicemia, redução dos triglicerídeos, melhora do perfil lipídico, além de propiciar controle glicêmico aos diabéticos. No presente trabalho, apenas em dois estudos o nível de triglicerídeos não apresentou mudança com a intervenção concordando com os resultados obtidos pelos autores da metanálise. A redução na hemoglobina glicada e a redução do peso também foram citadas por Kirk e cols como benefícios da dieta restrita em carboidratos.

Conforme o objetivo desta pesquisa foi encontrado indícios de que dieta com restrição de carboidratos é saudável e de grande utilidade

para auxiliar no tratamento da diabetes tipo II assim como pode ser utilizada para a prevenção desta doença. Porém as limitações dos estudos analisados como o pequeno número amostral, o tempo relativamente curto de seguimento em alguns estudos, a falta de um grupo controle entre algumas intervenções e as diferenças em relação aos pacientes avaliados deixam dúvidas sobre o real benefício desta dieta.

A hemoglobina glicada é considerada atualmente critério diagnóstico para diabetes mellitus. A American Diabetes Association, entre as recomendações dietéticas para o controle de diabetes mellitus, não indica uma dieta com teores abaixo de 45% de carboidratos na alimentação diária. Apesar de Kodama⁽⁴⁰⁾ e Kirk⁽⁴¹⁾ detectarem uma redução da hemoglobina glicada após a intervenção com dietas low-carb, ambos sugerem que não é necessário uma dieta restrita em carboidratos para o controle da doença, mas sim a substituição de carboidratos simples por complexos. Dos 19 estudos analisados nesta revisão encontramos 12 que referiram melhora nos níveis de hemoglobina glicada em até 25%, mas diante das limitações encontradas não houve conclusão acerca dos benefícios de dietas restritas em carboidratos para o tratamento de diabetes mellitus tipo 2.

CONCLUSÕES

Concluimos que a dieta com baixo teor de carboidratos parece auxiliar na diminuição da hemoglobina glicosilada entre pacientes com diabetes tipo 2, mas os estudos que chegaram a esta conclusão possuem limitações que impedem a afirmação de que esta é uma boa conduta nutricional para o controle da doença.

Conflitos de interesses: as autoras declaram não haver conflitos de interesses.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Report of WHO consultation. Geneva: WHO, 2006.
2. WILD S, ROGLIC G, GREEN A, SICREE R, KING H. Global prevalence of diabetes estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004; 27:1047-1053.
3. NUCCI LB, TOSCANO CM, MAIA ALM, FONSECA CD, BRITTO MMB, DUNCAN BD, ET AL. A nationwide population screening program for diabetes in Brazil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2004;16:320-327.
4. FOX CS, COADY S, SORLIE PD, D'AGOSTINO RB SR, PENCINA MJ, VASAN RS ET AL. Increasing cardiovascular disease burden due to diabetes mellitus: the Framingham Heart Study. *Circulation* 2007;115:1544-1550.
5. MOREIRA LB, FUCHS SC, WIEHE M, NEYELLOFF JL, PICON R, MOREIRA MB, ET AL. Cardiovascular risk attributable to diabetes mellitus in southern Brazil: a population-based cohort study. *Diabetes Care* 2009;32:854-6
6. YUSUF S, HAWKEN S, OUNPUU S, DANS T, AVEZUM A, LANAS F ET AL; INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004;364:937-52.
7. SELVIN E, MARINOPOULOS S, BERKENBLIT G, RAMI T, BRANCATI FL, POWE NR ET AL. Meta-Analysis: Glycosylated Hemoglobin and Cardiovascular Disease in Diabetes Mellitus. *Ann Intern Med* 2004;141:421-431.
8. KROLEWSKI AS, LAFFAEL LMB, KROLEWSKI M, QUINN M, WARRAM JH. Glycosylated hemoglobin and the risk of microalbuminuria in patients with insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1995;332:1251-5.
9. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1993;329:977-86.
10. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet* 1998;352:837-53.
11. SAUDEK CD, DERR RL, KALYANI, RR. Assessing Glycemia in Diabetes Using Self-monitoring Blood Glucose and Hemoglobin A1c. *JAMA* 2006;295:1688-1697.
12. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2009. Position Statement. *Diabetes Care* 2009;32:S13-S61.
13. Consensus Committee. Consensus statement on the worldwide standardization of the hemoglobin A1C measurement: the American Diabetes Association, European Association for the Study of Diabetes, International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine, and the International Diabetes Federation. *Diabetes Care* 2007;30:2399-400.
14. MEISINGER C, DÖRING A, THORAND B, HEIER M, LÖWEL H. Body fat distribution and risk of type 2 diabetes in the general population: are there differences between men and women? The MONICA/KORA Augsburg Cohort Study. *Am J Clin Nutr* 2006;84:483-489.
15. NORRIS SL, ZHANG X, AVENELL A, GREGG E, BOWMAN B, SCHMID CH ET AL. Long-term effectiveness of weight-loss interventions in adults with pre-diabetes: a review. *Am J Prev Med* 2005;28:126-139.
16. HE J, WHELTON PK, APPEL LJ, CHARLESTON J, KLAG MJ. Long-term effects of weight loss and dietary sodium reduction on incidence of hypertension. *Hypertension* 2000;35:544-549.
17. DANSINGER ML, GLEASON JA, GRIFFITH JL, SELKER HP, SCHAEFER EJ. Comparison of the Atkins, Ornish, Weight Watchers, and Zone diets for weight loss and heart disease risk reduction: A randomized trial. *JAMA* 2005;293:43-53.
18. SAMAHA FF, IQBAL N, SESHADRI P, CHICANO KL, DAILY DA, MCGRORY J ET AL. A low-carbohydrate as compared with a low-fat diet in severe obesity. *N Engl J Med* 2003; 348:2074-2081
19. BANTLE JP, WYLIE-ROSETT J, ALBRIGHT AL, APOVIAN CM, CLARK NG, FRANZ MJ ET

- AL. Nutrition recommendations and interventions for diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2008; 31:S61–S78.
20. NIELSEN JV, JOENSSON EA. Low-carbohydrate diet in type 2 diabetes: stable improvement of bodyweight and glycemic control during 44 months follow-up. *Nutr Metab (Lond)* 2008;5:14-19.
21. BODEN G, SARGRAD K, HOMKO C, MOZZOLI MBS, STEIN TP. Effect of a Low-Carbohydrate Diet on Appetite, Blood Glucose Levels, and Insulin Resistance in Obese Patients with Type 2 Diabetes. *Ann Intern Med.* 2005;142:403-411.
22. DAVIS NJ, TOMUTA N, SCHECHTER C, ISASI CR, SEGAL-ISAACSON CJ, STEIN D, ZONSZEIN J ET AL. Comparative Study of the Effects of a 1-Year Dietary Intervention of a Low-Carbohydrate Diet Versus a Low-Fat Diet on Weight and Glycemic Control in Type 2 Diabetes. *Diabetes Care.* 2009; 32:1147–1152.
23. DYSON PA, BEATTY S, MATTHEWS DR. A low-carbohydrate diet is more effective in reducing body weight than healthy eating in both diabetic and non-diabetic subjects. *Diabet Med.* 2007;24:1430-5.
24. ESPÓSITO K, MAIORINO MI, CIOTOLA M, DI PALO C, SCOGNAMIGLIO P, GICCHINO M ET AL. Effects of a Mediterranean-Style Diet on the Need for Antihyperglycemic Drug Therapy in Patients With Newly Diagnosed Type 2 Diabetes. *Ann Intern Med.* 2009;151:306-314.
25. GANNON MC, NUTTALL FQ, SAEED A, JORDAN K, HOOVER H. An increase in dietary protein improves the blood glucose response in persons with type 2 diabetes. *Am J Clin Nutr.* 2003;78:734–41.
26. GANNON MC, NUTTALL FQ. Effect of a High-Protein, Low-Carbohydrate Diet on Blood Glucose Control in People With Type 2 Diabetes. *Diabetes.* 2004;53:2375-2382.
27. GANNON MC, HOOVER H, NUTTALL FQ. Further decrease in glycated hemoglobin following ingestion of a LoBAG30 diet for 10 weeks compared to 5 weeks in people with untreated type 2 diabetes. *Nutrition & Metabolism.* 2010;7:64.
28. GERHARD GT, AHMANN A, MEEUWS K, MCMURRY MP, DUELL PB, CONNOR WE. Effects of a low-fat diet compared with those of a high-monounsaturated fat diet on body weight, plasma lipids and lipoproteins, and glycemic control in type 2 diabetes. *Am J Clin Nutr* 2004;80:668–73.
29. HAIMOTO H, IWATA M, WAKAI K, UMEGA-KI H. Long-term effects of a diet loosely restricting carbohydrates on HbA1c levels, BMI and tapering of sulfonylureas in type 2 diabetes: a 2-year follow-up study. *Diabetes Res Clin Pract.* 2008;79:350-6.
30. IQBAL N, VETTER ML, MOORE RH, CHITAMS JL, DALTON-BAKES CV, DOWD M ET AL. Effects of a low-intensity intervention that prescribed a low-carbohydrate vs. a low-fat diet in obese, diabetic participants. *Obesity (Silver Spring)* 2010;18:1733-8.
31. NIELSEN JV, JÖNSSON E, NILSSON AK. Lasting improvement of hyperglycaemia and bodyweight: low-carbohydrate diet in type 2 diabetes. A brief report. *Ups J Med Sci* 2005;110:179-83.
32. NIELSEN JV, JOENSSON E. Low-carbohydrate diet in type 2 diabetes. Stable improvement of body weight and glycemic control during 22 months follow-up. *Nutrition & Metabolism* 2006;3:22.
33. SARGRAD KR, HOMKO C, MOZZOLI M, BODEN G. Effect of high protein vs high carbohydrate intake on insulin sensitivity, body weight, hemoglobin A1c, and blood pressure in patients with type 2 diabetes mellitus. *J Am Diet Assoc* 2005;105:573-80.
34. SHAI I, SCHWARZFUCHS D, HENKIN Y, SHAHAR DR, WITKOW S, GREENBERG I ET AL. Weight loss with a low-carbohydrate, mediterranean, or low-fat diet. *N Engl J Med* 2008;359:229-4.
35. WESTMAN EC, YANCY JR WS, MAVROPOULOS JC, MARQUART M, MCDUFFIE JR. The effect of a low-carbohydrate, ketogenic diet versus a low-glycemic index diet on glycemic control in type 2 diabetes mellitus. *Nutrition & Metabolism* 2008;5:36-42.
36. WOLEVER TMS, MEHLING C. High-carbohydrate–low-glycaemic index dietary advice improves glucose disposition index in subjects with impaired glucose tolerance. *British Journal of Nutrition* 2002;87:477–487.
37. WOLEVER TMS, MEHLING C, CHIASSEN J-L, JOSSE RG, LEITER LA, MAHEUX P ET AL. Low glycaemic index diet and disposition index in type 2 diabetes (the Canadian trial of Carbohydrates in Diabetes): a randomised controlled trial. *Diabetologia* 2008;51:1607–1615.

38. WOLEVER TMS, GIBBS AL, MEHLING C, CHIASSON J-L, CONNELLY PW, JOSSE RG ET AL. The Canadian Trial of Carbohydrates in Diabetes (CCD), a 1-y controlled trial of low-glycemic-index dietary carbohydrate in type 2 diabetes: no effect on glycated hemoglobin but reduction in C-reactive protein. *Am J Clin Nutr* 2008;87:114–25.
39. LARSEN RN, MANN NJ, MACLEAN E, SHAW JE. The effect of high-protein, low-carbohydrate diet in the treatment of type 2 diabetes: a 12 month randomized controlled trial. *Diabetologia* 2011;54:731-740.
40. KODAMA S, SAITO K, TANAKA S, MAKI M, YACHI Y, SATO M ET AL. Influence of Fat and Carbohydrate proportions on the metabolic profile in patients with type 2 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2009;32:959–965.
41. KIRK UK, GRAVES DE, CRAVEN TE, LIPKIN EW, AUSTIN M, MARGOLIS KL. Restricted-carbohydrate diets in patients with type 2 diabetes: a meta-analysis. *J Am Diet Assoc* 2008;108:91-100

PERFIL NUTRICIONAL DE PACIENTES ADMITIDOS NA UNIDADE DE ONCOLOGIA E HEMATOLOGIA DE UM HOSPITAL GERAL

Nutritional profile of patients admitted in an oncology and hematology unit in a general hospital.

Erika Cavalheiro Skupien*, Marília Unello Garcez**, Ana Claudia Coelho ***, Aline Marcadenti****

RESUMO

Introdução: O câncer é reconhecido como um problema de saúde pública, considerado a segunda maior causa de morte no Brasil. O comprometimento do estado nutricional, condição frequente nesses pacientes, está associado a maiores índices de morbimortalidade.

Objetivo: Verificar o perfil nutricional de pacientes admitidos em uma unidade de internação Onco-hematológica de um hospital geral de Porto Alegre, RS.

Pacientes e Métodos: Neste estudo de prevalência foram avaliados 39 pacientes portadores de câncer que realizaram pelo menos um ciclo de quimioterapia. Avaliação nutricional foi feita por meio da Avaliação Subjetiva Global Preenchida pelo Próprio Paciente (ASG – PPP) e através de indicadores antropométricos e composição corporal, como circunferência do braço (CB), circunferência muscular do braço (CMB), dobra cutânea tricipital (DCT) e Índice de Massa Corporal (IMC). Para avaliação da musculatura periférica foi aferida a força máxima voluntária de preensão manual, através de um dinamômetro. Aplicou-se questionário complementar com perguntas sobre estilo de vida, dados clínicos e sócio-econômicos.

Resultados: A idade média dos pacientes foi $45 \pm 16,7$ anos, sendo que 24 (61,5%) eram do sexo masculino, 64,1% brancos e em média com $6,5 \pm 3,9$ anos de estudo. As condições mais prevalentes foram as leucemias e linfomas (48,7%) e 23,1% dos pacientes tinham diagnóstico de tumores no sistema digestório. De acordo com o critério utilizado, as prevalências de desnutrição foram as seguintes: ASG-PPP 33,3%; IMC 10,3%; DCT 30,8%; CB 38,5%; CMB 33,3%.

Conclusão: As prevalências de desnutrição são elevadas entre os pacientes avaliados e o IMC parece sub-diagnosticar essa condição. (Mom&Persp Saúde. 2011; 24(1):51-58)

Descritores: desnutrição, avaliação nutricional, onco-hematologia

ABSTRACT

Introduction: Cancer is recognized as a public health problem, considered the second leading cause of death in Brazil. Poor nutritional status, a common condition among these patients, is associated with higher morbidity and mortality rates.

Objective: To assess the nutritional status among inpatients admitted in an oncologic and hematologic unit in a general hospital in Porto Alegre, RS.

Patients and Methods: In this prevalence study were evaluated 39 patients with cancer who had undergone at least one cycle of chemotherapy. Nutritional status was evaluated by Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA), anthropometry and body composition tools, such as Middle Upper Arm Circumference (MUAC), Middle Upper Arm Muscular Circumference (MUAMC), triceps skinfold (TSF) and Body Mass Index (BMI). A dynamometer was used to evaluate peripheral muscle strength. An additional questionnaire with questions about lifestyle, clinical and economic factors was also applied.

Results: Mean age of patients was 45 ± 16.7 years, and 24 (61.5%) were male, 64.1% white, with an average of 6.5 ± 3.9 years of study. Leukemias and lymphomas (48.7%) were most prevalent cancers and 23.1% of patients were diagnosed with tumors in the digestive system. According to the criteria used, the prevalence of malnutrition was: PG - SGA 33.3%, BMI 10.3%, TSF 30.8%, MUAC 38.5% and MUAMC 33.3%.

Conclusion: Prevalence of malnutrition is high among patients with cancer and BMI seems to under-diagnose this condition. (Mom&Persp Saúde. 2011; 24(1):51-58)

Keywords: malnutrition, nutritional assessment, oncology and hematology

Endereço para correspondência:

Avenida Lavras, 558/ 204 - Bairro Petrópolis CEP 90460-040 - Porto Alegre/RS

Telefone: (51) 3574-0246 - Email: erikacavalheiro@yahoo.com.br

* Fisioterapeuta, residente na Residência Integrada em Saúde, ênfase em Oncologia e Hematologia

** Nutricionista, Hospital da Criança Conceição

*** Fisioterapeuta, Hospital Nossa Senhora da Conceição

**** Nutricionista, Doutora em Ciências Cardiovasculares, Hospital Nossa Senhora da Conceição

*** Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Professora Colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Doutora em Educação

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que em 2008, ocorreria 12,4 milhões de casos novos e 7,6 milhões de óbitos no mundo por câncer, representando 13% de todas as mortes no mundo⁽¹⁾. No Brasil, as estimativas para o ano de 2011 apontam para a ocorrência de 489.270 casos novos de câncer. Os tipos mais incidentes, à exceção do câncer de pele do tipo não melanoma, são os cânceres de próstata e de pulmão no gênero masculino e os cânceres de mama e do colo do útero entre o gênero feminino, acompanhando o mesmo perfil estimado para a América Latina⁽²⁾.

A desnutrição calórica e protéica entre indivíduos com câncer é muito frequente. Diversos fatores estão envolvidos no seu desenvolvimento, particularmente aqueles relacionados ao curso da doença (redução do apetite, dificuldades mecânicas para mastigar e deglutir alimentos), efeitos colaterais do tratamento e jejuns prolongados para exames pré ou pós-operatórios, que são agravados por condição sócio-econômica precária e hábitos alimentares inadequados.

Outros determinantes da desnutrição nesses indivíduos são alterações metabólicas e aumento da demanda calórica provocadas pelo crescimento do tumor⁽³⁾, sendo que a perda de peso pode afetar a resposta ao tratamento e a qualidade de vida do paciente⁽⁴⁾. O Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional (Ibranutri) revelou que pacientes internados com diagnóstico de câncer têm frequência quase três vezes maior de desnutrição comparativamente aos indivíduos sem a doença⁽⁵⁾.

A perda de massa muscular é fator contribuinte para morbidades e mortalidade no câncer, sendo que os indivíduos podem desenvolver fadiga, náuseas, depressão, atrofia muscular, diminuição da capacidade aeróbia, diminuição da força e flexibilidade⁽⁶⁾. Entre os parâmetros objetivos e subjetivos utilizados na avaliação nutricional e funcional do paciente oncológico destaca-se a dinamometria, que consiste em um teste simples e objetivo que tem como princípio estimar a função do músculo esquelético^(7,8,9). A dobra cutânea tricipital (DCT) e a circunferência muscular do braço (CMB), estimada por fórmulas matemáticas, expressam a massa livre de

gordura e depleção proteica. Já a a circunferência do braço (CB) reflete a composição corpórea total sem distinguir tecido adiposo e massa magra⁽¹⁰⁾.

Ottery⁽¹¹⁾ desenvolveu uma modificação na Avaliação Subjetiva Global (ASG) – método subjetivo de avaliação nutricional amplamente utilizado na prática clínica, chamada Avaliação Subjetiva Global Produzida Pelo Paciente (ASG-PPP). Essa avaliação utiliza escores para rastreamento de pacientes em risco nutricional entre indivíduos com câncer^(12,13). Valores de hemoglobina sérica também podem ser utilizados como parâmetro de avaliação nutricional⁽¹⁴⁾.

OBJETIVO

O objetivo desse estudo é detectar o perfil nutricional de pacientes portadores de câncer, admitidos em um hospital geral de Porto Alegre, RS.

MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se um estudo de prevalência descritivo em que foram avaliados pacientes adultos (≥ 18 anos), no período de janeiro a julho de 2011, com diagnóstico de câncer que internaram na unidade de Oncologia e Hematologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre/RS com pelo menos um ciclo de quimioterapia realizado. Foram excluídos do estudo os pacientes com déficits cognitivos, dificuldades para mensuração do peso corporal e realização da antropometria e que se recusaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para avaliação da musculatura periférica

foi aferida a força máxima voluntária de preensão manual, através de um dinamômetro da marca Smedley® (SH5002-Saehaen). Foram realizadas três avaliações em cada membro, e utilizado o melhor valor de cada membro. Foram comparados com os valores de referência da dinamometria da preensão manual encontrada por Shuensel e col⁽⁷⁾ para adultos saudáveis.

Para avaliação nutricional foram utilizados os seguintes métodos: aferição de peso (kg), em balança presente na unidade de internação - marca Líder, modelo 1050; altura (cm) – utilizou-se estadiômetro graduado em centímetros fixo a balança do posto na unidade de internação; Índice de Massa Corporal (IMC – kg/m^2); Dobra Cutânea Tricipital (DCT, em mm) – aferida com plicômetro científico marca Cescorf®; Circunferência do Braço (CB, em cm) – detectada através de fita métrica inelástica; Circunferência Muscular do Braço (CMB). Utilizou-se também a Avaliação Subjetiva Global Preenchida pelo Próprio Paciente (ASG-PPP)⁽¹⁵⁻¹⁷⁾, método recomendado como padrão ouro segundo o Consenso Nacional de Nutrição Oncológica do Instituto Nacional do Câncer (INCA)⁽¹⁸⁾.

Um questionário complementar com perguntas sobre escolaridade, renda familiar e hábitos de vida como tabagismo, uso de álcool e prática de exercícios físicos foi aplicado entre os pacientes e coletou-se do prontuário médico dados clínicos relativos ao diagnóstico e tratamento da doença, além dos valores séricos de hemoglobina.

Para análise estatística foi criado um banco de dados para digitação das informações

coletadas em programa estatístico específico (Microsoft Office Excel). As variáveis contínuas foram expressas em média e desvio padrão as categóricas em percentuais e números absolutos. As análises foram feitas através do programa SPSS versão 16 para Windows.

RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 39 pacientes que estavam em tratamento quimioterápico e/ou radioterápico. A idade média dos participantes foi de $45 \pm 16,7$ anos, sendo que 24(61,5%) eram do sexo masculino. Quanto aos aspectos demográficos e sócio-econômicos os pacientes eram em sua maioria branca (64,1%), seguida de mulatos e mistos (17,9%). Os entrevistados apresentavam em média $6,5 \pm 3,9$ anos de estudo e renda familiar per capita em torno de 3 salários mínimos.

Tabela I: Caracterização da amostra segundo idade e dados clínicos [média $\pm$ DP ou n (%)]

Variáveis	N = 39
Idade	45,72 $\pm$ 16,73
Diagnóstico	
Doenças hematológicas	19 (48,7)
Tumor de cabeça e pescoço	6 (15,4)
Tumor de mama	1 (2,6)
Tumor do aparelho digestivo	9 (23)
Tumor aparelho genital	4 (10,3)
Presença de Metástase	
Sim	27 (69,2)
Não	12 (30,8)

A tabela I destaca os diagnósticos principais cânceres assim como a presença ou não de metástases. Entre 15 pacientes (38,5%), observou-se a primeira recidiva da doença. Todos os pacientes incluídos no estudo estavam sob vigência de quimioterapia sendo que 10 (25,6%)

fizeram radioterapia em algum momento do tratamento. Nove (23,1%) dos pacientes estavam em uso de terapia nutricional.

Tabela III - Caracterização da amostra segundo dados de avaliação nutricional [n (%)]

Variáveis	Desnutrição
ASG-PPP	13 (33,3)
IMC	4 (10,3)
DCT	12 (30,8)
CB	15(38,5)
CM*	13(33,3)

ASG-PPP: Avaliação Subjetiva Global-preenchida pelo próprio paciente

IMC: Índice de massa corporal

DCT: Dobra cutânea tricipital

CB: Circunferência do braço

CM*: Circunferência muscular do braço

A tabela II mostra os principais achados relativos aos hábitos e estilo de vida.

Tabela III - Caracterização da amostra segundo dados de avaliação nutricional [n (%)]

Variáveis	Desnutrição
ASG-PPP	13 (33,3)
IMC	4 (10,3)
DCT	12 (30,8)
CB	15(38,5)
CM*	13(33,3)

ASG-PPP: Avaliação Subjetiva Global-preenchida pelo próprio paciente

IMC: Índice de massa corporal

DCT: Dobra cutânea tricipital

CB: Circunferência do braço

CM*: Circunferência muscular do braço

A tabela III mostra as prevalências de desnutrição de acordo com os indicadores antropométricos, de composição corporal e ASG-PPP. Mais da metade dos pacientes incluídos nesse estudo tiveram uma perda de peso significativa. Quando categorizamos os valores de hemoglobina sérica e a força da preensão manual verificada pelo dinamômetro de acordo com o gênero, ambos apresentaram níveis de hemoglobina semelhantes sendo $10,96 \pm 2,43$ g/dL para os homens e $10,5 \pm 1,73$ g/dL para as mulheres. A força da preensão manual de acordo com a idade média dos homens ($42 \pm 17,8$ anos) e das

mulheres (51 $\pm$ 13,6 anos) foi, respectivamente, 44,96 $\pm$ 13,05 e 24,07 $\pm$ 8,4.

Quando questionados sobre a queixa principal, 14(35%) dos pacientes relatou dor em alguma parte do corpo incluindo o local do tumor, 10(25%) relaram fadiga, 8(20%) não apresentavam nenhuma queixa e 5(12,5%) relataram sentir tosse, dispnéia e cansaço concomitantemente

DISCUSSÃO

Foram incluídos no estudo 39 pacientes que estavam em tratamento quimioterápico e/ou radioterápico. A idade média dos participantes Observou-se nesse trabalho elevadas prevalências de desnutrição detectadas por diversos indicadores de avaliação nutricional, além de baixa escolaridade e renda mensal como indicadores sócio-demográficos.

No Brasil observa-se que as taxas de incidência, para a maioria dos registros de câncer assumem valores intermediários, tanto em homens quanto em mulheres. Entretanto algumas localidades apresentam taxas de incidência semelhantes a países desenvolvidos, como Porto Alegre, Goiânia, São Paulo e Belo Horizonte⁽¹⁹⁾. Segundo o INCA, Porto Alegre foi a capital brasileira com maior incidência de câncer (exceto o não melanoma) entre os anos de 2000 a 2004. E quando estratificado por sexo, os homens tiveram duas vezes mais câncer que as mulheres⁽²⁰⁾. Verificou-se em nosso estudo a mesma relação de proporcionalidade: 61% de homens e 39% de mulheres estavam internados para tratamento de câncer.

Os tratamentos utilizados para combater os cânceres são muitas vezes acompanhados de efeitos colaterais que comprometem a qualidade de vida dos pacientes por longos períodos causando, na maioria das vezes, em sensação

de fadiga extrema. Esse sintoma muitas vezes está associado a perda de peso e a diminuição da força muscular, bem como, quadros de depressão afetando o aspecto psicológico do paciente, e interferindo na sua habilidade para o trabalho⁽²⁰⁾. Segundo o Consenso Brasileiro de Caquexia e Anorexia dos Cuidados Paliativos⁽²¹⁾ referem a fadiga como o sintoma de maior prevalência, atingindo 74% dos pacientes, seguida por perda de apetite (53%), perda de peso (46%), modificações na percepção de sabor, vômito e saciedade precoce (entre 20% e 23%).

No presente estudo a prevalência de desnutrição foi de 33,3% (segundo a ASG-PPP) e a queixa de fadiga de 25 %, semelhantes às encontradas na literatura^(6,20). Entre 14% a 96% dos pacientes com câncer relatam o sintoma, principalmente aqueles que estão sob tratamento. Aproximadamente 75% dos indivíduos que sobrevivem ao câncer relatam sensações extremas de fadiga, em geral associadas à perda de peso e a redução da força muscular^(20,22). Os parâmetros para determinar a inclusão do paciente em cada um dos estágios de caquexia e desnutrição podem basear-se em indicadores de avaliação como a dinamometria⁽¹⁷⁾. O teste de força da preensão manual muitas vezes é limitado pela compreensão do paciente de como o executar e assim, os resultados obtidos nesse estudo podem não ser tão precisos como deveriam. Este fato pode dificultar a detecção de parâmetros de referencia por grupos de patologias e, entre elas, o câncer⁽²³⁾.

A atividade física tem se mostrado um instrumento importante no controle dos níveis de fadiga com atuação direta no bem estar e na qualidade de vida dos pacientes. Os exercícios contribuem tanto para a manutenção da força muscular, quanto para uma mínima redução desta principalmente em indivíduos hospital-

izados⁽²⁴⁾. Nesse trabalho, 22(56,4%) pacientes não realizavam nenhum tipo de atividade física, e quando praticado, a frequência de duas vezes por semana esteve nos relatos de 8 pacientes - sendo considerada uma prática de exercícios insuficientes no que se refere à aptidão física.

Em relação aos hábitos de vida, o álcool e o tabaco estiveram presentes na maioria de nossos entrevistados, 69% e 60% respectivamente. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a mortalidade e a limitação da condição funcional associada ao consumo de bebidas alcoólicas superam aquelas associadas ao tabagismo. A OMS e o Departamento de Agricultura dos Estados Unidos definem como consumo moderado de álcool a ingestão de uma dose/dia para as mulheres e duas doses/dia para os homens. A ingestão de doses diárias acima deste nível é considerada prejudicial e representa algum risco para a saúde dos indivíduos⁽²⁵⁾. Nesse estudo 68,7% dos pacientes relataram já ter consumido ou ainda consumir alguma quantidade de álcool.

O tabagismo é uma das principais causas de mortes prematuras e incapacidades, representa um problema de saúde pública, não somente nos países desenvolvidos como também em países em desenvolvimento, como o Brasil. O tabaco, em todas as suas formas, aumenta o risco de mortes prematuras e limitações físicas e entre os tipos de câncer relacionados ao uso do tabaco incluem-se os de pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, estômago, fígado, pâncreas, bexiga, rim e colo de útero⁽²⁵⁾. Além das consequências à saúde, o tabagismo provoca enormes custos sociais, econômicos e ambientais. Em todas as idades, o custo médio com os cuidados à saúde de fumantes supera o de não-fumantes. Uma análise do tabagismo como problema de saúde pública deve incluir também os efeitos do

tabagismo passivo. A exposição involuntária à fumaça ambiental do cigarro aumenta o risco de câncer de pulmão, doença pulmonar obstrutiva crônica e doença coronariana⁽²⁵⁾.

Na categorização da hemoglobina sérica preconizado pela European Cancer Anaemia Survey (hemoglobina menor que 12,0 g/dL)⁽¹⁴⁾ nossos pacientes podem ser considerados anêmicos. Em estudo com pacientes pré-operatórios de câncer de orofaringe, sem tratamento prévio, 15 (31,25%) dos pacientes estudados estavam anêmicos no momento da admissão hospitalar. Múltiplos fatores estão envolvidos na anemia relacionada ao câncer principalmente o tratamento antineoplásico⁽¹⁴⁾. Pode inferir que a possível justificativa de anemia em nossos pacientes fosse decorrente do tratamento, visto que todos já estavam nesse processo. Possivelmente, outros fatores ligados à doença maligna e às deficiências nutricionais explicam a anemia daqueles pacientes.

De acordo com Dock-Nascimento e cols.⁽²⁶⁾, ao refletir sobre a diferença de classificação de estado nutricional segundo diferentes indicadores, o IMC revelou 22% de desnutrição, a ASG indicou 46%, a relação entre o peso atual e o habitual, 26,6%, e a relação do peso estimado com o habitual 47%. A partir destes resultados, os autores constataram que há diferença entre os indicadores e que o IMC subestima o número de pacientes desnutridos, conclusão esta reiterada pela presente pesquisa. Além da ASG-PPP e do IMC, se faz necessária a alusão às dobras cutâneas e às circunferências aferidas e utilizadas para a classificação do estado nutricional. Conforme Ikemori⁽²⁷⁾, apenas o peso corporal não indica claramente o segmento corporal afetado e, por meio das dobras e circunferências, é possível verificar a quantidade de reservas muscular e adiposa. Este autor sugere a CB, por rep-

resentar o somatório do tecido ósseo, muscular e gorduroso, a DCT, por indicar as reservas e/ou o comprometimento do tecido adiposo e a CMB, por avaliar a quantidade e/ou grau de depleção da reserva muscular⁽²⁷⁾. Segundo Cuppari⁽²⁸⁾, a DCT é a mais utilizada na prática clínica. Outro aspecto relevante para a pesquisa, que deve ser considerado, é a alteração de peso. Para Williams apud Dias et al⁽²⁹⁾, avaliar a perda de peso tem grande importância, uma vez que o paciente pode apresentar eutrofia; no entanto, tal diminuição pode demonstrar risco de desnutrição. No caso de pacientes em tratamento do câncer pode ser exigida uma demanda extra do organismo e, quando em quimioterapia, podem sofrer perda de peso e massa muscular não intencional.

Entre algumas limitações do estudo citase seu delineamento descritivo, além dos longos períodos de internação que podem ter influenciado no preenchimento da ASG-PPP principalmente no que diz respeito às queixas do paciente.

CONCLUSÃO

Conclui-se que as prevalências de desnutrição detectadas por diversos indicadores foram elevadas entre os pacientes. O presente estudo mostra o perfil de pacientes com doenças hematológicas malignas e oncológicas admitidos no Hospital Nossa Senhora da Conceição, instituição com atendimento exclusivo via Sistema Único de Saúde (SUS) e com características distintas relativas ao público que procura atendimento (nível sócio-econômico inferior). É necessário que haja mais estudos desse tipo e com maior duração de coleta, para que se conheça a realidade enfrentada pelos pacientes internados sob o tratamento de quimioterapia e assim se possa oferecer uma melhor assistência.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Lei orgânica da saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF; 1990.
2. Organização Mundial da Saúde – OMS. [acesso em out/2010] Disponível em: <www.oms.com>
3. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer-INCA. . [acesso em out/2010] Disponível em: < www.inca.gov.br>
4. BARRERA, R. Nutritional support in cancer patients. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2002.set. 26 5 suppl: S63-S71.
5. HUHMAN MB, CUNNINGHAM RS: Importance of nutritional screening in treatment of cancer-related weight loss. Lancet Oncol 2005; 6(5):334-43.
6. WAITZBERG DL, CAIAFFA WT, CORREIA MITD. Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. Nutrition 2001;17:573-80
7. NUNES EA, et al. Mecanismos pelos quais o treinamento de força pode afetar a caquexia em pacientes com câncer. Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício 2007. 1(1):1-17.
8. SCHLUSSEL MM, ANJOS LA, KAC G. A dinamometria e seu uso na avaliação nutricional. Rev.Nutr 2008. (21) 2: 223-35
9. BOHANNON RW. Measuring knee extensor muscle strength. American Journal Physical Medicine & Rehabilitation .2001(80) 1:13-18
10. DIAS JA, OVANDO AC, KÜLKAMP W, JUNIOR NGB. Força de preensão palmar: métodos de avaliação e fatores que influenciam a medida. Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum 2010, 12(3):209-216
10. VANNUCCHI H.; UNAMUNO M.; MARCHINI J. Avaliação do Estado Nutricional. Revista Medicina Ribeirão Preto 1996; 29: 5-18.
11. OTTERY FD. Center cachexia prevention, early diagnosis, and management. Cancer Pract. 1994;2:123-31
12. BARBOSA-SILVA MCG, BARROS AJD. Avaliação nutricional subjetiva: Parte 2 – revisão de suas adap-

tações e utilizações nas diversas especialidades clínicas. *Arq Gastroenterol.* 2002;39(4):248-52.

13. COPIINI LZ. Avaliação nutricional no paciente com câncer. In: Waitzberg DL. *Dieta, nutrição e câncer*. São Paulo: Atheneu Editora; 2004. p.385-91.

14. MAIA R, BERTO JC, CORRÊA CR, CAMPANA AO, PAIVA SAR. Estado nutricional e atividade inflamatória no pré-operatório em pacientes com cânceres da cavidade oral e da orofaringe. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2009; 55(4): 345-353

15. DETSKY AS, MCLAUGHLIN JR, BAKER JP, JOHSTON N, WHITTAKER S, MENDELSON RA, et al. What is subjective global assessment of nutritional states? *J Parenter Enteral Nutr* 1987;11:8-13

16. OTTERY FD. Definition of standardized nutritional assessment and intervention pathways in oncology. *Nutrition* 1996; suppl 12:15-9.

17. ISENRING E, BAUER J, CAPRA S. The scored Patient-generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) and its association with quality of life in ambulatory patients receiving radiotherapy. *Eur J Clin Nutr* 2003;57:305-9

18. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Consenso Nacional de Nutrição oncológica. Rio de Janeiro: 2009.

19. Ministério da Saúde. Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional.vol IV. 2010. [acesso em ago/2011] Disponível em <www.inca.gov.br>

20. DIETRICH SHC, MIRANDA CRR, HONER MR, FURTADO ER, CORRÊA F. Efeitos de um programa de caminhada sobre os níveis de fadiga em pacientes com câncer de mama. *Rev.Bras. Ciências e Movimento.* 2006, 14(2):15-22

21. Associação Brasileira de Cuidados. Consenso Brasileiro de Caquexia, anorexia em Cuidados Paliativos. *Rev. Brás Cuidad Paliat.* 2011 ; 3(3) suppl 3-17.

22. HOFMAN M, RYAN JL, FIGUEROA-MOSELEY CD, JEAN-PIERRE P, MORRON GR. Cancer-Related Fatigue: The Scale of the Problem. *The Oncologist* 2007; 12,suppl 1:4-10.

23. ESTHER LUNA-HEREDIA E, MARTÍN-PEÑA G, RUIZ-GALIANA J. Handgrip dynamometry in healthy adults . *Clinical Nutrition* . 2005. 24, 250-8

24. PEDROSO W, ARAÚJO MB, STEVANATO E. Atividade física na prevenção e na reabilitação do câncer. *Motriz, Rio Claro*, 2005: 11(3): 155-60.

25. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Tabelas do Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis Brasil, 17 capitais e Distrito Federal 2002-2005. [acesso em out/2011] Disponível em <www.inca.gov.br/inquerito>

26. DOCK-NASCIMENTO DB, AGUILAR-NASCIMENTO JE, COSTA HCBAL, VALE HV, GAVA MM. Precisão de métodos de estimativa do peso e altura na avaliação do estado nutricional de pacientes com câncer. *Rev Bras Nutr Clin* 2006;21(2):111-6.

27. KEMORI EHA, OLIVEIRA T, SERRALHEIRO IFD, SHIBUYA E, COTRIM TH, TRINTIN LA, et al. *Nutrição em oncologia*.2003. São Paulo: Marina e Tecmedd.

28. CUPPARI L. Guia de nutrição: nutrição clínica no adulto. 2005. 2 ed. São Paulo: Manole.

29. DIAS VM, COELHO SC, FERREIRA FMB, VIEIRA GBS, CLÁUDIO MM, SILVA PDG. O grau de interferência dos sintomas gastrintestinais no estado nutricional do paciente com câncer em tratamento quimioterápico. *Rev Bras Nutr Clin* 2006;21(2):104-10.

DETERMINANTES DA ADERÊNCIA DO PACIENTE COM DIABETES MELITO AO TRATAMENTO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Determinants of treatment adherence in patients with Diabetes Mellitus: a systematic review

Rúbia Slaviero Schulz*, Cecilia de Fatima Baco Schumann*, Flávia Moraes Silva**

RESUMO

Objetivo: Revisar sistematicamente as evidências acerca dos fatores que influenciam a aderência do paciente com Diabetes Melito (DM) ao tratamento.

Métodos: Busca de estudos observacionais nas bases de dados Medline e Scopus, utilizando termos de indexação referentes à aderência ao tratamento e ao DM. Seleção dos artigos elegíveis pela leitura dos títulos e resumos e posterior análise do texto completo.

Resultados: Foram selecionados 17 estudos elegíveis: dez de aderência à terapia medicamentosa e sete referentes ao tratamento combinado. A proporção de pacientes aderentes ao tratamento variou entre 15 e 88%, sendo observadas maiores taxas de aderência ao tratamento medicamentoso. Características sócio-demográficas, relacionadas ao DM e psicossociais dos pacientes foram associadas à aderência ao tratamento.

Conclusões: A taxa de não-aderência ao tratamento do DM é variável, sendo inúmeros os fatores que a influenciam. O reconhecimento desses fatores pode contribuir para melhor aderência ao tratamento e, consequentemente, o controle metabólico da doença. (Mom&Persp Saúde. 2011; 23(1):59-79)

Descritores: diabetes melito, cooperação do paciente, aderência do paciente, revisão sistemática.

ABSTRACT

Objective: To review systematically the scientific evidence about the factors that influences the compliance treatment of patient with Diabetes Mellitus (DM).

Methods: We conducted a search of observational studies in Medline and Scopus, using indexed terms related to treatment adherence and DM. The selection of eligible articles was done by reading of titles and abstracts and the subsequent analysis of the full text by two reviewers independently.

Results: We selected 17 eligible articles. Ten studies evaluated adherence to drug therapy and in seven the combined treatment was evaluated. The proportion of adherent patients ranged from 15 to 88% between the studies, and higher rates of adherence to drug treatment compared to the others treatment categories were observed. Socio-demographic characteristics, characteristics related to DM and psychosocial characteristics of patients were the factors associated with adherence to the treatment.

Conclusions: The rate of non-adherence to the treatment in patients with DM is variable and many factors influence it. The recognition of these factors for the health professionals can help to improve the patient adherence to treatment and, consequently, to get better their metabolic control. (Mom&Persp Saúde. 2011; 23(1):59-79)

Key words: diabetes mellitus, patient compliance, patient adherence, patient cooperation, systematic review

***Nutricionista, especialista em Psicologia e Reeducação do Comportamento Alimentar, Instituto de Pesquisa, Ensino e Gestão em Saúde**

****Nutricionista, especialista em Terapia Nutricional Enteral e Parenteral e mestre em Endocrinologia, Metabolismo e Nutrição, Hospital Nossa Senhora da Conceição**

Endereço para correspondência: Flávia Moraes Silva. Av Francisco Trein, 596. Bairro Cristo Redentor Porto Alegre. Rio Grande do Sul. CEP: 91350-200. Hospital Nossa Senhora da Conceição – Serviço de Terapia Nutricional Enteral e Parenteral. Fone: 33572000. flavia.moraes.silva@hotmail.com

***** Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Professora Colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Doutora em Educação**

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellito (DM) é uma doença provocada pela deficiência na produção e/ou na ação da insulina que envolve alterações no metabolismo da glicose, das gorduras e das proteínas e acarreta sintomas agudos e complicações crônicas em longo prazo ⁽¹⁾. O DM é a quarta causa de morte no mundo e dados atuais estimam que já existam 346 milhões de indivíduos com DM no mundo, possivelmente devido ao crescimento e ao envelhecimento populacional, à urbanização, à maior sobrevida desses pacientes e à alteração do estilo de vida ⁽²⁾.

Dados da pesquisa “Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico” (VIGITEL-2011) constatou que 5,6% da população brasileira diz ter DM. Apesar do aumento de casos mais expressivo entre os homens, que eram 4,4% em 2006, e passaram para 5,2% em 2011, as mulheres lideram o número de casos, detendo 6% das ocorrências. Além disso, a pesquisa deixou clara que as ocorrências são mais comuns em pessoas com baixa escolaridade. O levantamento apontou também que o DM aumenta de acordo com a idade da população: 21,6% dos brasileiros com mais de 65 anos possuem a doença, enquanto que entre as pessoas na faixa etária entre 18 e 24 apenas 0,6% são portadores de DM ⁽³⁾.

Os objetivos do tratamento do DM são voltados para obter valores normais de glicemia

e controlar as alterações metabólicas associadas (hipertensão, dislipidemia e obesidade, entre outros). Em síntese, o manejo do DM inclui a adoção de uma alimentação saudável combinada à prática regular de atividade física e, quando necessário, à terapia medicamentosa (insulina e/ou hipoglicemiantes orais) ⁽⁴⁾. Independente do tipo de DM (DM tipo 1 e DM tipo 2 são os principais), o tratamento requer uma ação colaborativa entre o paciente, a família e a equipe de saúde, sendo inúmeros os fatores que podem influenciar a aderência dos pacientes ao tratamento.

Espera-se que os pacientes com DM executem um complexo plano de ações comportamentais, o qual envolve o uso regular de medicação (insulina ou hipoglicemiantes orais), a monitorização dos níveis de glicemia, a resposta a sintomas de hipoglicemia ou hiperglicemia, os cuidados com os pés e com as escolhas alimentares e a prática regular de atividade física ⁽⁵⁾. Em relação aos doentes com DM, tal como se observa com os portadores de doenças crônicas em geral, parece ocorrer uma falta de aderência generalizada a esse complexo plano de ações comportamentais ⁽⁶⁾.

O sucesso da terapia proposta depende da adesão à terapêutica prescrita pelos profissionais de saúde. Segundo a Organização Mundial de Saúde ⁽⁷⁾, a adesão ao tratamento é a medida com que o comportamento de uma pessoa - tomar a sua medicação, seguir a dieta e/ ou

praticar atividade física - corresponde às recomendações de um profissional de saúde, sendo fundamental para o controle de uma doença crônica.

Em revisão da literatura publicada recentemente acerca da produção bibliográfica latino-americana sobre adesão dos pacientes ao tratamento de doenças crônicas, 36 estudos foram analisados. A não-adesão ao tratamento foi abordada de diversas formas nos artigos e vários fatores relacionados ao tratamento, à doença, ao paciente, a problemas sociais, aos serviços e ao profissional de saúde foram apontados como determinantes do problema, sendo os fatores relacionados ao paciente apontados como os principais contribuintes da não-adesão ao tratamento⁽⁸⁾.

De acordo com estudo conduzido por Assunção e colaboradores, somente 25% dos pacientes com DM aderiram às orientações recebidas para a prática de atividade física e dos pacientes que receberam orientações alimentares, apenas metade seguiu as recomendações⁽⁹⁾. Revisão sistemática da literatura envolvendo 23 estudos acerca da aderência dos pacientes com DM ao tratamento medicamentoso (hipoglicemiante oral ou insulina) demonstrou uma variação ampla na taxa de aderência: 36 a 93% entre os estudos retrospectivos e de 67 a 85% entre os estudos prospectivos. A aderência ao uso de insulina pelos pacientes com DM tipo 2 foi de 62-64%⁽¹⁰⁾. Outra revisão sistemática, publicada recentemente, avaliou os fatores determinantes da aderência à dieta por pacientes com DM tipo 1 e demonstrou uma taxa de adesão às recomendações nutricionais entre 21 e 95% nos 23 estudos analisados⁽¹¹⁾. A cronicidade da doença, aliada às características do regime terapêutico e às responsabilidades do doente, pode contribuir para a baixa adesão ao tratamento, observada

em pacientes com DM.

Por ser o DM uma doença de elevada morbi-mortalidade que acomete parcela significativa da população mundial, o reconhecimento dos fatores que influenciam a aderência dos pacientes com DM ao tratamento pode contribuir para reduzir as taxas de não-aderência e, consequentemente, melhorar o controle da doença e evitar ou retardar o aparecimento das complicações. Diante da relevância do tema, o objetivo do presente estudo foi revisar sistematicamente as evidências científicas acerca dos fatores que influenciam a aderência do paciente com DM ao tratamento.

MÉTODOS

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura científica, através da busca de artigos nas bases de dados Medline e Scopus, utilizando os seguintes termos de indexação:

1. Referentes à aderência ao tratamento: nonadherence, noncompliance, patient compliance, patient adherence, patient noncompliance, patient nonadherence, cooperation patient, treatment refusal, treatment failure.

2. Referentes ao DM: Diabetes Mellitus, Non insulin Dependent, Type 2 Diabetes Mellitus, Diabetes Mellitus, type II, Diabetes Mellitus, insulin-dependent, Type I diabetes mellitus.

Não foram feitas limitações na busca quanto à data de publicação e ao delineamento dos estudos e foram selecionados apenas artigos publicados nos idiomas inglês, português e espanhol. Os artigos selecionados nas bases de dados Medline e Scopus foram incluídos no programa Endnote para exclusão de duplicatas e seleção daqueles que preenchiam os critérios de inclusão da presente revisão: estudos analíticos conduzidos em pacientes com DM tipo 1 ou DM

tipo 2 que avaliaram os fatores determinantes da aderência ao tratamento do DM (medicamentos, dieta, atividade física). Estudos descritivos e ensaios clínicos randomizados acerca do efeito de intervenções específicas na aderência ao tratamento foram excluídos.

Inicialmente foi feita a leitura dos títulos e dos resumos por dois revisores de forma independente (RSS e CBS) e foram excluídos aqueles artigos que não preencheram os critérios de inclusão descritos acima. A seguir, foi feita a leitura do texto completo dos artigos restantes para a extração dos dados de interesse a partir de uma ficha padronizada (tipo de estudo, tipo de diabetes, tipo de tratamento, instrumento utilizado para avaliação da aderência, determinantes da aderência/ não-aderência ao tratamento). A análise dos artigos com potencial de inclusão na revisão e a extração dos dados destes manuscritos foram realizadas por dois revisores de forma independente e as eventuais discordâncias foram discutidas com um terceiro revisor (FMS)

RESULTADOS

Busca na literatura e seleção dos estudos

A busca inicial nas bases de dados Medline e Scopus identificou 254 artigos, dentre os quais 222 foram excluídos pela leitura dos títulos e resumos e 32 foram selecionados para a leitura do texto completo. Na análise do texto completo 15 artigos foram excluídos por não preencherem os critérios de inclusão: quatro por avaliarem o efeito de uma intervenção específica na aderência ao tratamento, três por serem estudos descritivos, um por não avaliar aderência a nenhum dos três pilares do tratamento do DM e cinco por não investigarem as variáveis associadas à aderência ao tratamento. Ainda, dois estudos foram excluídos nesta etapa, por falta de acesso ao manuscrito na íntegra. Sendo assim, 17 artigos foram analisados e incluídos na presente revisão (Figura 1)⁽¹²⁻²⁸⁾.



Características gerais dos estudos

As características gerais dos estudos acerca dos fatores determinantes da aderência dos pacientes com DM ao tratamento estão apresentadas na Tabela I.

Tabela I. Características gerais dos estudos acerca dos fatores determinantes da aderência dos pacientes com DM ao tratamento

Autor, Ano (Ref)	Objetivo	Delineamento	Local	Amostra	Tipo de Tratamento
Tratamento medicamentoso					
Piñero F, 1997 (20)	Identificar a magnitude e as causas da não aderência ao uso de hipoglicemiantes orais e estudar o perfil dos pacientes com DM	Estudo coorte	Centros de assistência primária das cidades de Aspe, Calpe e Monforte - Espanha	107 pacientes DM tipo 2 Idade: 64,9 ± 9,12 anos Sexo feminino: 53,0% Tempo de DM: NI	Uso de hipoglicemiantes orais
Bezie Y, 2006 (24)	Avaliar os parâmetros que influenciam a aderência terapêutica em pacientes com DM tipo 2	Estudo transversal	Fundação Hospitalar Saint-Joseph em Paris - França	94 pacientes DM tipo 2 Idade: 62,1 (20-89) anos Sexo feminino: 37,2% Tempo de DM: 14,6 (1-50) anos	Uso de hipoglicemiantes orais e insulina
Iftekhhar DK, 2006 (25)	Avaliar o impacto da depressão sobre a adesão ao uso de hipoglicemiantes orais em pacientes com DM tipo 2 recém-diagnosticado	Estudo de coorte	Programa de Cuidados Médicos da Virgínia do Oeste – Estados Unidos	1326 pacientes DM tipo 2 Idade: 48 anos Sexo feminino: 62,9% Tempo de DM: NI	Uso de hipoglicemiantes orais
Nau DP, 2007 (26)	Determinar efeitos principais e interativos da depressão e do	Estudo transversal	Universidade de Michigan – Estados Unidos	391 pacientes DM tipo 2 Idade: 56 ± 11,1 anos	Uso de hipoglicemiantes orais

	gênero na adesão ao uso de hipoglicemiantes orais	Unidos	Sexo feminino: 49,8% Tempo de DM: NI
Chao J, 2007 (27)	Determinar a proporção de pacientes com DM tipo 2 com efeitos colaterais aos hipoglicemiantes e a associação com a adesão ao tratamento	Estudo transversal Universidade de Michigan – Estados Unidos	445 pacientes DM tipo 2 Idade: 56 ± 11,1 anos Sexo feminino: 50,1% Tempo de DM: 7,3 ± 8,8 anos Uso de hipoglicemiante oral
Babar GS, 2009 (30)	Avaliar os preditores associados ao abandono da terapia de CSII (infusão de insulina subcutânea contínua)	Hospital da Criança de Wisconsin em Milwaukee – Estados Unidos	46 pacientes DM tipo 1 Idade: 9,9 ± 3,4 anos Sexo feminino: 60,9% Tempo de DM: 3,6 ± 2,4 anos Infusão contínua de insulina subcutânea
Araújo MFM, 2010 (31)	Identificar a aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais	Estudo transversal Unidades Básicas de Saúde da Família de Sobral no Ceará – Brasil	79 pacientes DM tipo 2 Idade: 51-90 anos Sexo feminino: 87,3% Tempo de DM: NI Uso de hipoglicemiante oral
Tratamento combinado (dieta e/ou exercício e/ou medicação)			
Peterson GM, 1984 (15)	Identificar os fatores que afetam a aderência dos pacientes com DM ao tratamento	Estudo transversal Clínica de Diabetes do Hospital Royal Hobart na Tasmânia - Austrália	114 pacientes DM tipo 2 Idade: 60 anos Sexo feminino: 49,0% Tempo de DM: NI Tratamento combinado (dieta e medicação)
Ary DV, 1986 (16)	Avaliar o grau de aderência a diferentes aspectos do regime	Estudo transversal Instituto de Pesquisa Oregan em Eugene –	184 pacientes DM tipo 2 24 pacientes DM tipo 1 Tratamento combinado (dieta, exercício,

	terapêutico e as razões da não aderência com DM tipo 1 e tipo 2	Estados Unidos	Idade: 57 anos Sexo: NI Tempo de DM: NI	medicação)
Hauser ST, 1990 (17)	Avaliar se o ambiente familiar está associado com a aderência do paciente com DM tipo 1 ao tratamento a curto e longo prazo	Unidade de Pediatria do Centro de Diabetes Joslin em Boston – Estados Unidos	52 pacientes DM tipo 1 Idade: 12,8 ± 1,9 anos Sexo feminino: 55,8% Tempo de DM: 4,8 ± 3,9 anos	Tratamento combinado (medicamentos, dieta, atividade física e monitoramento da glicemia)
Kovacs M, 1992 (18)	Apresentar a prevalência, correlações e preditores de não-aderência ao regime médico entre jovens com DM tipo 1	Hospital da Criança de Pittsburgh na Pensilvânia – Estados Unidos	95 pacientes DM tipo 1 Idade: 11,1 (8,3 – 13,9) anos Sexo feminino: 53,7% Tempo de DM: NI	Tratamento combinado (dieta + exercício + medicação)
Fitzgerald JT, 1995 (19)	Avaliar se existe diferença nas atitudes e na aderência ao tratamento do DM entre homens e mulheres	Clinica de Diabetes da Universidade de Michigan em Chicago – Estados Unidos	1201 pacientes DM tipo 1 (n= 413) e DM tipo 2 (n= 788) Idade: 51 anos Sexo feminino: 64,5% Tempo de DM: 12,4 anos	Tratamento combinado (medicamentos, dieta, atividade física e monitoramento da glicemia)
Hernández-Ronquillo L, 2003 (21)	Identificar a frequência e os fatores associados à não-aderência à terapia em pacientes com DM tipo 2	Quatro clínicas da Cidade do México - México	79 pacientes DM tipo 2 Idade: 59 ± 11 anos Sexo feminino: 82,0% Tempo de DM: NI	Tratamento combinado (dieta + exercício + medicação)
Lerman I, 2004	Examinar a relação entre	Instituto Nacional de	176 pacientes DM tipo 2	Tratamento combinado

(22)	variáveis demográficas, clínicas e psicossociais com a aderência ao auto-cuidado em pacientes DM tipo 2	transversal	Ciências Médicas e Nutricionais Salvador Zubirán na Cidade do México	Idade: 55 ± 11 anos Sexo feminino: 63,1% Tempo de DM: 12 ± 8 anos	(medicamentos, dieta, atividade física e monitoramento da glicemia)
Ortiz M, 2005 (23)	Determinar os fatores psicossociais associados ao tratamento em adolescentes DM tipo 1	Estudo transversal	Fundação de Diabetes Juvenil do Chile - Chile	61 pacientes DM tipo 1 Idade: 14,9 ± 1,9 anos Sexo feminino: 60,7% Tempo de DM: 82% com mais de 2 anos de diagnóstico	Tratamento combinado (dieta + exercício + medicação)
Assunção TS, 2008 (28)	Verificar se fatores demográficos, socioeconômicos, percepção da doença e suporte social estão associados à adesão ao tratamento não-medicamentoso	Estudo transversal	Centro de Saúde de Viçosa – Minas Gerais	164 pacientes DM tipo 1 e DM tipo 2 Idade: 57,7 ± 12,9 anos Sexo feminino: 71,9% Tempo de DM: NI	Tratamento não-medicamentoso (dieta e atividade física)
Lerman I, 2009 (29)	Avaliar as barreiras psicossociais ao uso de insulina em pacientes DM tipo 2 e as possíveis causas de não-aderência a longo prazo	Estudo de coorte	Centro de Saúde Terciário da Cidade do México	29 pacientes DM tipo 2 Idade: 59±8 anos Sexo feminino: 82,0% Tempo de DM: 14 ± 9 anos	Tratamento combinado (dieta + exercício + medicação)

Abreviaturas: DM = Diabetes Mellitus, NI = não informado

Dentre os estudos avaliados, 10 (58,9%) deles foram conduzidos em pacientes com DM tipo 2^(12,16-19,21-24,26,28), quatro deles (23,5%) incluíram pacientes com DM tipo 1^(14,15,20,27) e três estudos (17,6%) envolveram tanto pacientes com DM tipo 1 como pacientes com DM tipo 2^{13,16,25}. A idade dos participantes com DM tipo 2 variou de 48 a 70 e entre os pacientes com DM tipo 1 a faixa etária foi de 9,9 a 14,9 anos. Entre os estudos conduzidos tanto com pacientes DM tipo 1 como com pacientes DM tipo 2, a faixa etária dos participantes variou entre 51 e 58 anos. A maioria dos estudos (n= 13 – 76,5%) incluiu uma proporção maior de mulheres do que homens. Nove manuscritos (52,9%) não descreveram o tempo de diagnóstico de DM dos participantes^(12,13,15,17,18,22,23,25,28). Entre os estudos que forneceram tal informação, a média da duração da doença variou de 4,8 (14) a 14,6 anos⁽²¹⁾.

Onze (64,71%) estudos apresentaram delineamento transversal^(12,13,16,18-21,23-25,28), enquanto que sete eram estudos de coorte. A média do tamanho amostral dos estudos foi 274 participantes e variou entre 29⁽²⁶⁾ e 1326⁽²²⁾. Dois estudos foram conduzidos no Brasil^(25,28), oito nos Estados Unidos^(13-17,22-24,27), três no México^(18,19,26), um no Chile⁽²⁰⁾, um na Austrália⁽¹²⁾, um na França⁽²¹⁾ e outro na Espanha⁽¹⁷⁾.

Formas de avaliação da aderência ao tratamento e os fatores determinantes

Em relação ao tipo de tratamento cuja aderência foi avaliada (Tabela I), sete estudos (41,2%) avaliaram a aderência à terapia medicamentosa^(17,21-24,27,28), enquanto que o tratamento combinado foi avaliado nos demais: oito deles avaliaram a combinação dieta, exercício e medicamento^(13-16,18-20,26), um deles a combinação

de dieta e atividade física⁽²⁵⁾ e outro de dieta e medicação⁽¹²⁾.

Conforme apresentado na Tabela II, a maioria dos estudos (64,7%) utilizou questionários ou escalas subjetivas de auto-relato para avaliação da aderência ao tratamento. Em dois estudos (11,7%) a avaliação do médico quanto à aderência do paciente ao tratamento foi considerada^(17,30) e um estudo⁽²⁰⁾ utilizou a dosagem de hemoglobina glicada (HbA1c) como forma de avaliação de aderência ao tratamento. Dentre os estudos que avaliaram aderência ao tratamento medicamento, cinco deles utilizaram a contagem de cápsulas e/ou dose de insulina como forma de avaliação da aderência ao tratamento^(12,17,18,22,27).

Na Tabela II também estão apresentados os fatores determinantes da aderência ao tratamento, avaliados em cada estudo incluído na presente revisão, os quais podem ser agrupados em três categorias principais:

1. Características sócio-demográficas do paciente: idade, sexo, renda mensal, escolaridade, ocupação, local de residência, nível socioeconômico e estado civil.

2. Características da doença: tipo de DM, HbA1c, duração da DM, conhecimento da doença, comorbidades, tipo de medicação e efeitos colaterais ao uso de medicamentos e satisfação com o tratamento.

3. Características psicossociais do paciente: apoio familiar e social, motivação e aceitação da doença, instabilidade emocional, depressão, ansiedade, auto-estima, estresse em relação à doença e presença de condições psiquiátricas.

Tabela II. Avaliação da aderência ao tratamento e principais resultados dos estudos acerca dos fatores determinantes da aderência dos pacientes com DM ao tratamento

Autor, Ano (Referência)	Instrumento para avaliação da aderência	Determinantes da aderência	Resultados principais
Tratamento medicamentoso			
Piñero F, 1997 (20)	Contagem dos comprimidos na casa dos pacientes. Porcentagem de cumprimento (PC) = relação entre o número de comprimidos tomados e o número de comprimidos prescritos. PC > 110% = excelente aderência, PC entre 80 e 110% = boa aderência e PC < 80% = má aderência	Características do paciente (idade, sexo, escolaridade, nível socioeconômico, estado civil, situação laboral, IMC), fatores psicológicos (escala de ansiedade e depressão) e conhecimento da doença e do tratamento	* 15% dos pacientes apresentaram excelente aderência, 48% boa aderência e 36,5% má-aderência ao tratamento farmacológico * Causas da não-aderência: 40,7% por esquecimento, 29,5% por desconhecimento e 18,5% por desmotivação * Maior proporção de não-aderentes ao tratamento entre aqueles com tempo de DM superior a 4 anos (60 versus 40%), que tinham mais de um ano de tratamento (58,4 versus 41,6%) e que apresentavam um controle glicêmico ruim - HbA1c > 8% (76,7 versus 23,3%)
Bezie Y, 2006 (24)	Entrevista sistemática aos pacientes – pacientes que atingiram 90-110% de aderência foram classificados como aderentes	Nível socioeconômico, dados clínicos, de acompanhamento do DM e do tratamento	* 64,5 % dos pacientes aderentes ao tratamento * Não-aderentes ao tratamento foram mais jovens (56,5 ± 12,1 versus 65,5 ± 12,5 anos) e apresentaram nível socioeconômico mais baixo * Maior proporção de aderentes ao tratamento entre aqueles acompanhados por um médico endocrinologista em

	comparação aqueles acompanhados por um médico de família				* Maior proporção de aderentes ao tratamento entre aqueles com duração de DM superior a 10 anos
Iftekhhar DK, 2006 (25)	Aderência avaliada através da concordância entre dose de medicamentos tomados pelos pacientes e dose prescrita na receita médica de 12 meses	Depressão, características demográficas, comorbidades e severidade do DM, complexidade do regime terapêutico			* 88% dos pacientes aderentes ao tratamento * Depressão - preditor significativo da aderência ao tratamento: pacientes depressivos com aderência 3-6% inferior aos agentes hipoglicemiantes em comparação aos pacientes não-depressivos
Nau DP, 2007 (26)	Escala de Horne modificada: avalia a inclinação do paciente em alterar a dose de medicação prescrita e a tendência a esquecer de tomar as medicações	Sintomas depressivos e gênero			* Homens com depressão apresentaram maiores escores de não-aderência do que homens sem depressão ($9,44 \pm 3,45$ versus $7,47 \pm 2,50$), enquanto que a não-aderência variou pouco entre mulheres com e sem depressão ($7,83 \pm 2,69$ versus $7,55 \pm 2,58$)
Chao J, 2007 (27)	Escala de Horne modificada: avalia a inclinação do paciente em alterar a dose de medicação prescrita e a tendência a esquecer de tomar as medicações	Efeitos colaterais ao uso de hipoglicemiantes orais			* 33,3% dos pacientes reportaram já ter experimentado efeitos colaterais dos hipoglicemiantes orais * Correlação negativa entre a percepção de ter experimentado efeitos colaterais com o uso de hipoglicemiantes orais e menor aderência ao tratamento medicamentoso ($\beta = -0,15$)
Babar GS, 2009 (29)	Avaliação trimestral em visitas médicas da aderência ao regime de insulina - dados coletados em prontuário	IMC, HbA1c, dose diária total de insulina, razão insulina bolus/basal, episódios de hipoglicemia, auto-			* 85% dos pacientes aderiram ao tratamento e 15% abandonaram o regime de insulina * Maior proporção de meninas entre os pacientes que não aderiram ao tratamento: 71,4% versus 58,9%

monitoramento da glicemia, estágio puberal, idade, sexo, duração do DM.	
Araújo MFM, 2010 (31)	Aspectos sócio-demográficos: *45,5% dos participantes aderiram ao tratamento idade, sexo, renda, escolaridade, *Predomínio de sedentários entre os menos aderentes (54,5 versus 45,5%) ocupação, IMC, atividade física e etilismo.
Tratamento combinado (dieta e/ou exercício e/ou medicação)	
Peterson GM, 1984 (15)	Aderência à dieta avaliada a partir de um escore baseado nas recomendações atuais para pacientes com DM Aderência à medicação avaliada por inspeção dos livros de prescrição na farmácia do hospital * 47% dos pacientes foram aderentes à dieta e a aderência à dieta foi inversamente relacionada à obesidade. A percepção do paciente quanto à importância da dieta e a facilidade em seguir a dieta prescrita também foram associadas à maior aderência *72% dos pacientes foram aderentes à medicação prescrita. A percepção do paciente da importância em seguir a terapia medicamentosa foi associada à maior aderência
Ary DV, 1986 (16)	Aderência avaliada por auto-retrato sobre questões referentes à medicação, monitoramento da glicose, atividade física e restrição calórica Fatores relacionados ao comportamento *87% dos pacientes reportaram aderência à medicação, 50% reportaram aderência à restrição calórica, 53% reportaram aderência ao exercício físico *Maior proporção de homens aderentes ao monitoramento da glicemia (72,5 versus 46,3%) e ao exercício (61,25 versus

48,6%) *Os indivíduos com idade superior a 57 anos foram mais aderentes ao monitoramento da glicemia do que os mais jovens (72 versus 39%) *Indivíduos obesos foram menos aderentes à prática de exercício físico do que indivíduos não obesos (49 versus 69%)	*Análise transversal: correlação negativa entre aderência ao tratamento e percepção dos pacientes ($r = -0,50$) e dos pais ($r = -0,32$) de conflito familiar e correlação positiva com a percepção dos pais de maior organização familiar ($r = 0,35$) e de maior coesão familiar ($r = 0,32$) * Análise longitudinal: melhor aderência observada entre os pacientes com percepção de maior coesão familiar (pacientes - $r = 0,36$ e pais - $r = 0,35$)	Percepção dos pais e dos pacientes em relação ao ambiente familiar Avaliação do médico quanto à aderência em quatro categorias: “excelente”, “boa”, “insatisfatória” e “ruim” Características dos pacientes como desempenho escolar e relações sociais; características familiares; diagnóstico de condições psiquiátricas; e características da doença, como duração do DM, hospitalizações e controle metabólico
Hauser ST, 1990 (17)	Não-aderência ao regime médico foi avaliada sob uma perspectiva psiquiátrica e o diagnóstico foi baseado na informação fornecida pelo paciente e pelos pais	*Associação entre aderência ao tratamento e idade dos pacientes – faixa etária dos 17 aos 19 anos foi associada à não-aderência. * Associação positiva entre aderência ao tratamento e auto-estima * Associação entre não-aderência ao tratamento e presença de desordens psiquiátricas
Kovacs M, 1992 (18)		

Fitzgerald JT, 1995 (19)	Escala de auto-relato acerca da frequência com que os pacientes seguiam as recomendações	Gênero, tipo de medicação em uso e tipo de DM	* Aderência ao exercício foi maior entre homens (64% deles) do que entre mulheres (53% delas), enquanto mulheres foram mais aderentes ao monitoramento da glicemia capilar (77 versus 71%)
Hernández-Ronquillo L, 2003 (21)	Aderência ao uso de medicações avaliada pela contagem de comprimidos e de unidades de insulina. Aderência ao tratamento combinado avaliada através de um instrumento de auto-avaliação da aderência pelos pacientes.	Depressão, comorbidades, aspectos sócio-demográficos, características da doença e grau de cuidado médico	* 62% dos pacientes classificados como não-aderentes à dieta, 85% não-aderentes ao exercício, 17% não-aderentes aos hipoglicemiantes orais e 13% à aplicação de insulina * O único fator associado à não-aderência ao tratamento foi a presença de comorbidades - HAS e obesidade (OR 4,58, IC 1,0 – 22,4) * 87% dos pacientes referiram não seguir a dieta por dificuldades em modificar hábitos alimentares prévios e 30% dos pacientes apontaram razões econômicas como motivo para a não aderência * Quanto ao exercício, 27% referiram não aderir por causa de doenças associadas, 45% por falta de tempo e 27% por causas motivacionais e culturais * 25% dos pacientes referiram não aderir ao tratamento medicamentoso por esquecimento
Lerman I, 2004 (22)	Questionário de avaliação de auto-monitoramento dos comportamentos (adaptado do Self Care Inventory)	Apoio social, depressão, consumo excessivo de bebida alcoólica, instabilidade emocional,	* 26,1% dos pacientes aderentes ao tratamento * Associação entre baixa aderência e depressão (OR= 2,38); consumo excessivo de álcool (OR= 2,94) e falta de

	conhecimento sobre a doença	monitoramento da glicemia (OR= 4,03)
Ortiz M, 2005 (23)	Aderência ao tratamento avaliada através da HbA1c	*Conhecimento sobre DM e tratamento ($r = -0,398$) e sobre a percepção de auto-eficácia ($r = -0,282$) foram associados com a aderência ao tratamento *Tratamento em esquema intensificado apresentou associação inversa com a aderência ao tratamento ($r = -0,378$) * Conhecimento dos adolescentes sobre o tratamento explicou 16,8% da variabilidade na aderência.
Assunção TS, 2008 (28)	Duas perguntas relacionadas à realização de atividade física regular e consumo alimentar: adesão ao tratamento definida por resposta positiva em ambas Sexo, idade e local de residência; classe social e renda mensal; tipo de DM, tempo de diagnóstico e controle glicêmico; conhecimento e aceitação da doença, motivação; e apoio da família ou participação em grupos	*52,4% dos participantes - total aderência ao tratamento e 38,4% - parcial aderência * Associação positiva entre aderência e motivação (OR= 3,06); fazer parte de grupos de diabéticos (OR = 5,54); conhecimento sobre as complicações (OR= 2,17) e negativa com local de residência (OR = 1,85)
Lerman I, 2009 (29)	Aderência ao tratamento avaliada através de três questões adaptadas do Self Care Inventory Atitudes referentes ao uso da insulina, depressão, estresse relacionado ao DM, conhecimento da doença, satisfação com o tratamento e características sócio-demográficas	*83% dos pacientes apresentaram boa aderência ao tratamento farmacológico, 59% praticavam atividade física pelo menos 3x/semana e 38% apresentaram boa aderência ao plano alimentar *41% dos pacientes não aderiam ao regime de insulina, dentre os quais foi observada maior proporção de mulheres (84 versus 47%, $p = 0,06$), particularmente, mulheres com depressão

Abreviaturas: DM = Diabetes Mellitus, IMC = índice de massa corporal, PC = porcentagem de cumprimento, HbA1c = hemoglobina glicada, HAS= hipertensão, OR = odds ratio, β = coeficiente de regressão linear, r = coeficiente de correlação.

Taxa de aderência dos pacientes ao tratamento

A maioria dos estudos (64,7%) reportou o percentual de participantes aderentes e não-aderentes ao tratamento do DM, sendo esta informação não apresentada em seis manuscritos^(14-16,20,23,24). Dentre os estudos que apresentaram tal informação, a proporção de pacientes aderentes ao tratamento em relação ao total de indivíduos estudados variou de 15% - aderência ao exercício físico no estudo conduzido por Hernández-Ronquillo L e colaboradores¹⁸ a 88% - aderência ao tratamento medicamentoso no estudo conduzido por Iftekhar DK e colaboradores⁽²²⁾.

Dentre os pilares do tratamento do DM, observamos maiores taxas de aderência ao tratamento medicamentoso (proporção de pacientes aderentes variou de 45,5 a 88% nos estudos) em comparação ao tratamento dietoterápico (proporção de pacientes aderentes variou de 38 a 50% nos estudos) e ao exercício físico (proporção de pacientes aderentes variou de 15 a 59% nos estudos).

Principais fatores determinantes da aderência ao tratamento

Na Tabela II estão descritos os principais resultados dos estudos incluídos na presente revisão, de acordo com o tipo de tratamento cuja aderência foi avaliada. Dentre as características sócio-demográficas, aquelas identificadas como determinantes da aderência ao tratamento foram: a idade^(13,15,21), o gênero^(12,16,26,27), o nível socioeconômico⁽²¹⁾ e o local de residência⁽²⁸⁾ dos pacientes, bem como o nível de atividade física⁽²⁵⁾. A idade apresentou uma associação inversa com a aderência ao tratamento em dois estudos conduzidos em pacientes com DM tipo 2^(13,21) e em um estudo conduzido em pacientes com DM tipo 1⁽¹⁵⁾. Associação inversa também foi obser-

vada entre a aderência ao tratamento e nível sócio econômico no estudo conduzido por Bezie Y e colaboradores⁽²¹⁾: maior proporção de pacientes não-aderentes ao tratamento entre aqueles com nível sócio econômico mais baixo.

Em relação ao gênero dos participantes, quatro estudos demonstraram associação positiva entre o sexo masculino e a aderência ao tratamento: meninas com DM tipo 1 foram menos aderentes (71,4 versus 58,9%) ao uso de insulina do que os meninos⁽²⁷⁾; homens com DM tipo 2 foram mais aderentes ao exercício físico^(13,16) e ao regime de insulina⁽²⁶⁾ em comparação às mulheres. No que diz respeito ao monitoramento da glicemia a domicílio, a influência do gênero na aderência ao tratamento é controversa: um estudo demonstrou maior aderência entre mulheres⁽¹⁶⁾, enquanto outro demonstrou maior aderência entre os homens⁽¹³⁾.

Ainda, predomínio de sedentários entre os menos aderentes ao tratamento medicamentoso (54,5 versus 45,5%) foi observado no estudo conduzido por Araújo e colaboradores⁽²⁸⁾ e o local de residência foi inversamente associado à aderência ao tratamento não-medicamentoso em um estudo conduzido em pacientes com DM tipo 1 e DM tipo 2⁽²⁵⁾.

No que diz respeito às características do DM como determinantes da aderência ao tratamento, a duração da doença⁽¹⁷⁾, a presença de co-morbidades – em especial, a obesidade⁽¹³⁾, o grau de conhecimento da doença⁽²⁰⁾ e a experiência com efeitos colaterais ao uso dos hipoglicemiantes orais⁽²⁴⁾ foram os fatores associados à aderência ao tratamento entre os estudos incluídos na presente revisão. Maior tempo de diagnóstico do DM foi associado à maior aderência ao tratamento medicamentoso entre pacientes com DM tipo 1⁽²¹⁾ e com DM tipo 2⁽¹⁷⁾. A presença de obesidade foi maior entre os pacientes com DM tipo 2 não-aderentes ao tratamento combi-

nado⁽¹⁸⁾ e os pacientes com DM tipo 1 e DM tipo 2 obesos foram menos aderentes à prática regular de exercício físico do que os eutróficos⁽¹³⁾. Ademais, associação positiva significativa entre aderência ao tratamento não-medicamentoso e o conhecimento da doença por parte dos pacientes com DM tipo 2 foi observada no estudo conduzido por Assunção e colaboradores⁽²⁵⁾ e em pacientes com DM tipo 1, o conhecimento sobre o tratamento da doença explicou 16,8% da variabilidade na aderência ao tratamento combinado⁽¹⁷⁾.

Características psicossociais dos pacientes também foram identificadas como fatores determinantes da aderência ao tratamento tanto em pacientes com DM tipo 1 como em pacientes com DM tipo 2, dentre as quais: a presença de depressão^(19, 22, 23, 26), a percepção dos pacientes quanto à importância do tratamento⁽¹²⁾ a percepção dos pacientes e familiares acerca do ambiente familiar⁽¹⁴⁾, a auto-estima⁽¹⁵⁾ e a motivação⁽²⁵⁾ dos pacientes, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas⁽¹⁹⁾ e a participação em grupos de diabetes⁽²⁵⁾.

No estudo conduzido por Nau e colaboradores⁽²³⁾ homens com DM tipo 2 com depressão apresentaram maiores escores de não-aderência do que os homens sem depressão, enquanto que a não-aderência variou pouco entre mulheres com e sem depressão. Em outro estudo transversal, também conduzido em pacientes com DM tipo 2, a depressão foi vista como um preditor significativo à aderência ao tratamento medicamentoso: pacientes depressivos apresentaram aderência 3-6% inferior àquela observada entre os pacientes não-depressivos⁽²²⁾. Estudo de aderência ao tratamento combinado também demonstrou menor aderência ao tratamento entre pacientes diabéticos com depressão⁽²⁶⁾.

Quanto maior a auto-estima⁽¹⁵⁾ e a moti-

vação⁽²⁵⁾ dos pacientes para com o tratamento, maior a aderência, conforme demonstrado em estudos transversais conduzidos em pacientes com DM tipo 2. Da mesma forma, a participação do paciente com DM tipo 2 em grupos para diabéticos foi associada à maior aderência ao tratamento⁽²⁵⁾, enquanto que o consumo excessivo de bebida alcoólica foi inversamente associado à aderência ao tratamento⁽¹⁹⁾.

DISCUSSÃO

O presente trabalho teve por objetivo revisar sistematicamente as evidências científicas acerca dos fatores que influenciam a aderência do paciente com DM ao tratamento, sendo selecionados 17 estudos observacionais conduzidos em pacientes com DM tipo 1 e/ou tipo 2. A proporção de pacientes aderentes ao tratamento em relação ao total de indivíduos estudados variou consideravelmente entre os estudos: 15 a 88%, sendo observadas as maiores taxas de aderência nos estudos de tratamento medicamentoso (45,5 a 88%). Características sócio-demográficas (idade, o gênero, nível socioeconômico, local de residência e nível de atividade física), características relacionadas ao DM (duração da doença, presença de co-morbidades, nível de conhecimento da doença e experiência com efeitos colaterais ao uso dos hipoglicemiantes orais) e características psicossociais dos pacientes (especialmente a presença de depressão) foram os fatores associados à aderência ao tratamento.

A prevalência e a incidência de DM têm aumentado consideravelmente, o que torna a doença um problema de saúde pública. As transformações sócio-econômicas e demográficas dos países, principalmente os países subdesenvolvidos, são fatores envolvidos neste processo. O estudo realizado por Bezie e co-

laboradores⁽²¹⁾ nos mostra que a não-aderência ao tratamento é maior entre pacientes com nível sócio-econômico mais baixo. De acordo com os resultados do estudo conduzido por Cazarini e colaboradores⁽²⁹⁾, a maioria dos portadores de DM recebe em média 1 a 3,5 salários mínimos, o que pode comprometer a adesão do paciente ao tratamento. Isto, pois, para o controle adequado da doença é necessário uma dieta balanceada, o uso contínuo de medicamentos e aparelhos para o controle da glicemia, o que apresenta um custo elevado.

Além do nível sócio-econômico, o gênero e a idade também foram associados à aderência ao tratamento por pacientes com DM entre os estudos revisados. Tanto em pacientes com DM tipo 1, como em pacientes com DM tipo 2, o gênero masculino parece ser um determinante de maior aderência ao tratamento medicamentoso e à prática de atividade física. Entretanto, os resultados de dois estudos acerca da influência do gênero na aderência ao monitoramento da glicemia a domicílio apresentaram resultados contraditórios. Em revisão acerca da adesão ao tratamento da hipertensão, ao contrário dos resultados encontrados em pacientes com DM nos estudos revisados, o sexo feminino foi determinante de maior aderência ao tratamento, resultado justificado pelos autores pelo maior interesse por parte das mulheres nas questões relacionadas à saúde⁽³⁰⁾. Em relação à idade, três estudos demonstraram menor aderência ao tratamento entre os pacientes mais jovens. Possivelmente isso possa estar relacionado à maior responsabilidade por parte dos pacientes com idade mais avançada, maior conhecimento acerca da doença e maior entendimento sobre a importância do tratamento em comparação aos mais jovens. De fato, Ryan⁽³¹⁾ encontrou diferenças na relação idade do doente e crenças deter-

minantes da adesão ao auto-cuidado: enquanto que para os mais jovens o traço mais crítico parece ser a percepção da gravidade da doença, para os mais velhos, os benefícios percebidos da adesão ao tratamento são mais importantes.

Em relação às características psicossociais dos pacientes, a depressão foi apontada como um fator que compromete a aderência ao tratamento em quatro estudos revisados. A prevalência de pacientes com diagnóstico de DM com depressão variou de 20% a 35% no estudo conduzido por Pignone e colaboradores⁽³²⁾. Mulheres parecem ser mais propensas à depressão do que homens⁽³³⁾. Os transtornos depressivos e a baixa auto-estima em pacientes portadores de DM podem levar a um impacto negativo, já que sentimentos relacionados como pessimismo e desesperança podem tornar mais difícil para o paciente perceber os benefícios da aderência ao tratamento. Características da própria depressão, como a falta de motivação, o comprometimento cognitivo, o déficit de atenção e de memória exercem efeitos deletérios na aderência ao tratamento⁽²²⁾.

O conhecimento sobre o DM por parte dos pacientes constitui importante antecedente da aderência ao tratamento. Marcon e colaboradores⁽³⁴⁾ afirmam que para uma decisão específica de saúde ser tomada é necessário que o indivíduo perceba a doença como uma ameaça. Em se tratando do DM, essa questão é bastante problemática, pois, sendo a doença na maioria das vezes assintomática, os pacientes não a encaram como um problema de saúde que necessite de tratamento. Neste contexto insere-se também a associação positiva entre maior aderência ao tratamento e tempo de diagnóstico da doença e presença de co-morbidades. Aqueles pacientes com maior duração do DM tendem a ter maior conhecimento sobre a doença e, em

geral, apresentam maior número de complicações associadas, o que faz com que a preocupação com o tratamento seja maior.

Sabe-se que pacientes com um bom controle do DM apresentam menor incidência de complicações em relação àqueles com a doença mal controlada⁽⁴⁾. Entretanto, para isso é necessário que a aderência do paciente com DM ao tratamento seja adequada. Tomando como base os diversos eventos necessários para a ocorrência da aderência, percebe-se a necessidade de considerar esse conceito como sendo multidimensional, pois envolve diferentes aspectos. Embora se deva considerar o portador de DM como o foco central do processo, a ocorrência da aderência depende do conjunto de elementos constituintes do processo, ou seja, do doente, do profissional de saúde e do sistema de saúde⁽³⁰⁾. Os profissionais que atuam junto a pacientes portadores de DM devem estar atentos a todos os aspectos do plano terapêutico, compreendendo que o esquema medicamentoso, embora importante, não garante por si só o sucesso do tratamento. Ainda, atenção deve ser despendida para a identificação de potenciais fatores que dificultam a aderência ao tratamento quando do acompanhamento de pacientes com DM.

A presente revisão sistemática foi realizada a partir da busca de artigos científicos em duas bases de dados de reconhecimento internacional e utilizou termos de indexação referentes à doença em questão e à aderência ao tratamento de forma geral. Não foram incluídos termos específicos aos tipos de tratamento do DM avaliados (dieta, atividade física e medicação), sendo encontrados estudos sobre aderência ao tratamento medicamentoso ou ao tratamento combinado. A estratégia de busca dos artigos utilizada pode não ter sido sensível à seleção de estudos sobre determinantes da

aderência à dieta ou à atividade física isolada, o que torna necessário a interpretação dos resultados com cautela. Independente disso, importantes fatores determinantes da aderência ao tratamento medicamentoso e combinado foram identificados e devem ser levados em consideração pelos profissionais de saúde no atendimento de pacientes com DM.

CONCLUSÕES

A revisão sistemática da literatura aponta que pacientes diabéticos apresentam dificuldades na aderência ao tratamento medicamentoso, dietoterápico e na prática de atividade física, alicerces para a obtenção e manutenção de um controle glicêmico adequado. Os fatores determinantes da aderência do paciente com DM ao tratamento envolvem aspectos sócio-demográficos e da própria doença, além de particularidades psicossociais do próprio paciente. O reconhecimento destes fatores pelos profissionais de saúde podem contribuir para otimizar a aderência dos pacientes ao tratamento e, conseqüentemente, melhorar o controle metabólico da doença.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its complications. Part 1: Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Geneva: WHO, 2003.
2. World Health Organization. <http://www.who.int/diabetes/en/> (acessado em 28 de outubro de 2011).
3. VIGITEL 2011: Diabetes. Disponível em <http://www.endocrino.org.br/vigitel-2011-diabetes/> (acessado em 10 de junho de 2012).
4. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care 2011; 34 (suppl 1):11-61.
5. MCNABB WL. Adherence in diabetes: can we define it and can we measure it? Diabetes Care 1997;20 (2):

215-218.

6. SILVA I, PAIS-RIBEIRO J, CARDOSO H. Adesão ao tratamento da diabetes Mellitus: A importância das características demográficas e clínicas. *Revista Referência* 2006;2:33-41.
7. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. WHO, 2003. Disponível em: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/ (acessado em 05 de março de 2012).
8. REINERS AAO, AZEVEDO RCS, VIEIRA MA, ARRUDA LAG. Produção bibliográfica sobre adesão/ não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2008;13(2):2299-2306.
9. ASSUNÇÃO MCF, SANTOS IS, COSTA JS. Avaliação do processo da atenção médica: adequação de pacientes com diabetes mellitus. *Cad Saúde Pública* 2002;18(1):205-211.
10. CRAMER JA. A Systematic Review of Adherence with Medications for Diabetes. *Diabetes Care* 2004; 27:1218-1224.
11. PATTON SR. Adherence to Diet in Youth with Type 1 Diabetes. *J Am Diet Assoc* 2011;111:550-555.
12. PETERSON GM, MCLEAN S, SENATOR GB. Determinants of patient compliance, control, presence of complications, and handicap in non-insulin-dependent diabetes. *Aust N Z J Med* 1984;14(2):135-141.
13. ARY DV, TOOBERT D, WILSON W, GLASBOW ER. Patient perspective on factors contributing to nonadherence to diabetes regimen. *Diabetes Care* 1986;9:168-172.
14. HAUSER ST, JACOBSON AM, LAVORI P, WOLFSDORF JI, HERSKOWITZ RD, MILLEY JE, BLISS R, WERTLIEB D, STEIN J. Adherence among children and adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus over a four-year longitudinal follow-up: II. Immediate and long-term linkages with the family milieu. *J. Pediatr. Psychol.* 1990; 15:527-542.
15. KOVACS M, GOLDSTON D, SCOTT D, OBROSKY MS, IYENGAR S. Prevalence and Predictors of Pervasive Noncompliance With Medical Treatment among Youths with insulin-Dependent Diabetes Mellitus. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31(6):1112-1119.
16. FITZGERALD JT, ROBERT MA, DAVID WK. Gender Differences in Diabetes Attitudes and Adherence. *Diabetes Education* 1995; 21(6):523-529.
17. PIÑEIRO F, GIL M, DONIS M, TORRES MT, OROZCO D, MERINO J. Factors involved in noncompliance with drug treatment in non-insulin dependent diabetes mellitus. *Aten Primaria* 1997;20(8):415-420.
18. RONQUILLO LH, ZENTENO JFF, ESPINOSA JG, ACEVEZ EG. Factors associated with therapy noncompliance in type-2 diabetes patients. *Salud Publica Mex* 2003;45:191-197.
19. LERMAN I, LOZANO L, VILLA AR, HERNÁNDEZ-JIMÉNEZ S, WEINGER K, CABALLERO AE, SALINAS CA, VELASCO ML, GÓMEZ-PÉREZ FJ, RULL JA. Psychosocial factors associated with poor diabetes self-care management in a specialized Center In México City. *Biomedicine & Pharmacotherapy* 2004;58:566-570.
20. ORTIZ M, ORTIZ E. Adherencia al tratamiento em adolescentes diabéticos tipo 1 chilenos: una aproximación psicológica. *Rev. Méd. Chile* 2005;133:307-313.
21. BEZIE Y, MOLINA M, HERNANDEZ N, BATISTA R, NIANG S, HUET D. Therapeutic compliance: a prospective analysis of various factors involved in the adherence rate in type 2 diabetes. *Diabetes Metab* 2006; 32:611-616.
22. KALSEKAR ID, MADHAVAN SS, AMONKAR MM, MAKELA EH, SCOTT VG, DOUGLAS SM, ELSWICK BL. Depression in patients with type 2 diabetes: impact on adherence to oral hypoglycemic agents. *Ann Pharmacother.* 2006; 40(4):605-611.
23. NAU DP, AIKENS JE, PACHOLSKI AM. Effects of Gender and Depression on oral medication adherence in persons with type 2 diabetes mellitus. *Gender Medicine* 2007; 4(3):205-213.
24. CHAO J, NAU DP, AIKENS JE. Patient-reported perceptions of side effects of antihyperglycemic medication and adherence to medication regimes in persons with diabetes mellitus. *Clin Ther* 2007;29(1): 177-180.
25. ASSUNÇÃO TS, URSINE PGS. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo programa de saúde da família, Ventosa, Belo Horizonte. *Ciência & Saúde Coletiva* 2008;13(2):2189-2197.
26. LERMAN I, DÍAZ JP, IBARGUENGOITIA ME,

- PÉREZ FJ, VILLA AR, VELASCO ML, CRUZ RG, RODRIGO JA. Nonadherence to insulin therapy in low-income, type 2 diabetes. *Endocr Pract* 2009;15(1):41-46.
27. BABAR SG, PARTON EA, HOFFMANN RG, ALEMZADEH R. Factors Associated With Adherence to Continuous Subcutaneous Insulin Infusion in Pediatric Diabetes. *Diabetes Technology & Therapeutics* 2009;11(3):131-137.
28. ARAÚJO MFM, GONÇALVES TC, DAMASCENO CMM, CAETANO JA. Adherence of diabetic patient to pharmacological treatment with oral hypoglycemic agents. *Esc Anna Nery Rev. Enferm* 2010;14(2):361-367.
29. CAZARINI RP, ZANETTI ML, RIBEIRO KP, PACE AE, FOSS MC. Adesão a um grupo educativo de pessoas portadoras de diabetes mellitus: porcentagem e causas. *Medicina, Ribeirão Preto* 2002; 35: 142-150.
30. ARAÚJO GBS, GARCIA TR. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 2006;8(2):259-272.
31. RYAN CM. (1997) – Psychological factors and diabetes mellitus. In Pickup J, WILLIAMS G. ed. lit. – Textbook of diabetes. Oxford: Blackwell Science. p. 66.1-66.13.
32. PIGNONE MP, GAYNES BN, RUSHTON JL, BURCHELL CM, ORLEANS CT, MULROW CD, LOHR KN. Screening for depression in adults : a summary of the evidence for the U.S Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002;136:765-776.
33. KATON WJ, SIMON G, RUSSO J, VON KORFF M, LIN EH, LUDMAN E, CIECHANOWSKI P, BUSH T. Quality of depression care in a population-based sample of patients with diabetes and major depression. *Med Care* 2004; 42:1222-1229.
34. MARCON SS, VALESCKI S, SILVA EAAT, DALLA RL, PAGLIARINI MAW. Comportamento preventivo de servidores da UEM hipertensos e a aderência ao programa de assistência ao hipertenso do ambulatório. *Ciencia Y Enfermeria* 1995;1(1):33-42.

PARA A MEMÓRIA: PAULO DELGADO

*** Renato Soares Gutierrez**

Muitos de nós, agora que os jovens representam quase uma maioria, não se lembram e nem sabem quem foi Paulo Delgado.

Pois ele foi um dos mais destacados médicos desta casa, um gastroenterologista da geração em que o grande líder era Jorge Pereira Lima, de quem Paulo era um fiel amigo.

Aqui deixou muito disso, amigos. Isso porque era um homem de grande sensibilidade e afeto, que procurava agradar a todos com suas gentilezas, mas jamais sem deixar de dizer tudo o que pensava quando se tratava de nossas questões de trabalho, mesmo aos dirigentes, a quem muito desagradou com suas críticas, em geral mal recebidas, especialmente com os acostumados aos bajuladores de discutível caráter, e com os que passam seu tempo aqui dentro só esperando pela sineta da saída.

Paulo Geraldo de Castro Delgado era uma pessoa profundamente honesta e dedicada, que em seus vários e graves adoecimentos – que incluíram algumas cirurgias de grande porte - sempre teve uma pressa enorme de voltar para seus pacientes, o que fez muitas vezes visivelmente sem condições, as quais acabava readquirindo na labuta, com seu sorriso quase permanente e suas demonstrações de amizade que tanto nos enterneciam. Tinha credibilidade e respeito, entre pacientes, médicos e demais funcionários, mas nunca foi, que eu saiba, sequer cogitado para qualquer alto cargo nesta casa, o que muito merecia, qualquer dos quais teria honrado com seu caráter e valorizado com seu esforço e sua competência.

Por outro lado, nunca algum dirigente lembrou-se de destacá-lo, assim como jamais foram homenageados outros profissionais da mesma estirpe do Delgado, num contexto em que não se olha para quem executa o que há de mais nobre em uma organização hospitalar, ao contrário, se prefere fazer de conta que esses sequer existem.

Vou sempre me lembrar de algumas das particularidades do Delgado, o papelzinho repleto de números, preso com elástico ao carimbo, que continha a anotação dos leitos que só ele sabia decifrar, o franzir do nariz para ajustar os óculos e aquele dedo ossudo que sempre se levantava nas assembleias, provocando em geral o respeitoso silêncio com que eram ouvidas as suas opiniões. Os mais próximos lembram também de suas disponibilidades, sempre pronto a substituir um colega que precisasse, em qualquer contingência, sempre pronto a dividir as tarefas e as obrigações.

Era, como tantos de sua geração, um devotado à família, da qual tanto roubava em convívio com suas ausências de trabalho, e foi um bravo na luta contra a morte, que tantas vezes tentou vencê-lo, e só na última oportunidade, por essa finitude de nossa natureza, acabou por levá-lo.

Consta que para um dos últimos colegas que o visitou, quando já estava em agonia, ele teria perguntado, com a voz quase sumida, a mesma coisa que fazia invariavelmente na hora do cafezinho:

- Alguma novidade no hospital?

Vamos continuar mandando-as, Paulo, para onde estiveres. Que o teu Deus te mantenha sempre abençoado, como é de perfeita e acabada justiça. (Mom&Perp Saúde. 2011;24(1):82)

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS NA REVISTA “MOMENTO & PERSPECTIVAS EM SAÚDE”

A Revista do GHC - “Momento & Perspectivas em Saúde”, órgão oficial de divulgação técnico-científica do Grupo Hospitalar Conceição, tem como objetivo principal divulgar a experiência dos profissionais do GHC que atuam nas diversas áreas técnico-científicas. Desta forma estará difundindo conhecimentos que contribuam para aperfeiçoar e desenvolver a qualidade de saúde de nosso Estado e de nosso País. É uma publicação regular com periodicidade semestral, cuja tiragem é de 1.350 exemplares.

A Revista aceita contribuições para publicações nas categorias : artigos originais, de revisão ou de atualização, relatos de casos e cartas aos editores, tanto de profissionais que atuam no GHC, quanto de profissionais externos, que remetam espontaneamente ou por solicitação de seus Editores e que expressem prioritariamente produção técnica e científica da área médica.

As colaborações deverão ser enviadas para :

Editor da Revista do GHC - “Momento & Perspectivas em Saúde”

Gerência de Ensino e Pesquisa - GEP

Rua Francisco Trein, 596 – Bloco H - 3º andar –

91350-200 - Porto Alegre - RS

editoria-gep@ghc.com.br

Os artigos são de responsabilidade dos seus autores e é indispensável a aprovação pelo Conselho Editorial da Revista para sua publicação.

Instruções Gerais:

As instruções de ordem técnica se baseiam nas recomendações do Comitê Internacional de Editores de Periódicos Médicos (Grupo Vancouver, endereço eletrônico : HREF=<http://www.icmje.org/>”§ MACROBUTTON HtmlResAnchor <http://www.icmje.org>) ou podem ser obtidas no N Eng J Méd 1997;336(4);309-15 {uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals. “ International Committe of Medical Journal Editors” (ICMJE) }. Os trabalhos que resultem de pesquisa em seres humanos deverão vir encaminhados à Revista acompanhados pelo parecer e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. Esta determinação está em conformidade com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde, resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, publicada nos volumes 14(1), 15(2) e 16(1) da Revista Momento & Perspectivas em Saúde, disponíveis no site <http://escola.ghc.com.br/index.php/publicacoes/87/143>

Os conceitos, fundamentações, dados, experiências, fontes de pesquisa e conclusões emitidos nos trabalhos assinados, são da exclusiva responsabilidade do(s) seu(s) autor(es). Todos os trabalhos encaminhados para publicação na Revista do GHC – Momento & Perspectivas, serão submetidos à revisão lingüística, metodológica e de formatação pelo conselho editorial ou por colaboradores experts convidados pelo editor.

Os trabalhos deverão ser digitados no Microsoft Word, em papel branco, tamanho ofício, espaço duplo, com margem em todos os lados de 30 mm e páginas numeradas em sequência. Deverá ser enviada uma cópia original impressa e outra em CD, em um envelope para papel ofício e sem dobras. Recomenda-se a proteção do material com papelão com especial atenção às fotografias, especialmente quando postadas. As páginas deverão ser numeradas no canto inferior direito, organizadas na seguinte ordem: página-título(em português e inglês), página do resumo e do abstract (incluindo os unitermos e key words), texto propriamente dito, página de agradecimentos, referências bibliográficas, tabelas, figuras e fotos, e legendas. Atrás da(s) figura(s) e fotos deverá

constar à lápis, o nome do autor, o título reduzido, o número no texto e setas indicando a orientação do lado superior.

Autoria: Todas as pessoas nominadas como autor deverão responder pela autoria do artigo proposto e ter participado suficientemente do trabalho, para assumir responsabilidades pelo seu conteúdo e conclusões. Deve ter participado com contribuições substanciais durante os processos de concepção, planejamento, execução, análise e interpretação dos dados, de forma intelectual-mente importante. Os autores devem explicar e declarar eventuais conflitos de interesse.

Processo de avaliação e julgamento: Todos os manuscritos submetidos à Revista do GHC, que estiverem de acordo com estas instruções e com a política editorial da revista, serão analisados por dois revisores do conselho editorial, de reconhecida competência no assunto tratado, conforme o fluxograma da figura 1. O anonimato dos revisores está garantido durante todo o processo, assim como estes não tomarão conhecimento do(s) nome(s) do(s) autor(es). A decisão final sobre a aceitação ou rejeição dos manuscritos é tomada pelo editor e pelo menos 2 outros membros do conselho editorial.

Manuscritos recusados: somente será devolvida ao(s) autor(es) cópia da versão original uma vez que a versão original impressa do manuscrito será arquivada na secretaria da editoria. Manuscritos recusados, mas com possibilidade de reformulação, poderão retornar, como um novo trabalho e serão submetidos a novo processo de avaliação e julgamento.

Manuscritos aceitos: o autor, referido como primeiro, receberá correspondência do editor informando da aceitação e edição em que será publicado o manuscrito. Neste momento o autor transfere implicitamente todos os direitos de cópia e reprodução do manuscrito, para a editoria da Revista do GHC – Momentos & Perspectivas em Saúde.

A página título deverá conter o título em português e em inglês, o nome completo de todos os autores acompanhado de suas titulações, a instituição onde o trabalho foi realizado e o nome, endereço e telefone de um dos autores para correspondência e pedidos de separatas.

A página do resumo e abstract conterá o título em português e um resumo semi-estruturado do trabalho, contendo Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões, com 150 palavras no máximo, seguido de dois a cinco unitermos. Em página separada deverá anexado o título em inglês, o abstract que deve ser a tradução fiel do resumo para o idioma inglês, e de duas a cinco key words. Estes descritores deverão se basear na edição anual da BIREME/OPAS/OMS dos Descritores em Ciências da Saúde, no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br/>.

Na terceira página é iniciado o trabalho propriamente dito, e de acordo com as categorias :

Texto de artigo original – a organização de artigo nesta categoria inclui Introdução, material e métodos, resultados e discussão(a conclusão pode estar no último parágrafo da discussão ou em separado). Na introdução deve conter os motivos que levaram a desenvolver o trabalho e uma revisão sucinta do assunto. Em material e métodos deve ser descrito com precisão a amostra ou população do estudo e os métodos desenvolvidos de forma que possam ser reproduzidos. Deve ser mencionado a aprovação da pesquisa no respectivo Comitê de Ética em Pesquisa. Os métodos estatísticos utilizados deverão estar explicitados neste espaço. Em resultados, estimula-se que sejam apresentados tabelas e figuras de forma auto explicativas, evitando repetição de dados. A discussão deve focar os aspectos novos e importantes do estudo, comparando-os com os de outros autores, as limitações do estudo, implicações clínicas relevantes e recomendações para es-

tudos futuros. As conclusões deverão ser apresentadas no último parágrafo da discussão ou como um novo subtítulo, procurando sempre responder o objetivo definido na introdução.

Texto de artigo de revisão – esta categoria constitui uma revisão crítica sistematizada da literatura sobre determinado assunto devendo definir os procedimentos adotados, fontes e esclarecendo a delimitação e limites do tema e as conclusões do autor. Esta categoria se presta muito comumente para abrigar artigos encomendados pelos editores a experts, de experiência comprovada na área. As orientações para o preparo de artigos de revisão são as mesmas dos artigos originais, devendo incluir também Resumo, Abstract, descritores e Key Words.

Texto de relatos de casos – esta categoria destina-se a publicação de casos clínicos interessantes, que tenham sido devidamente estudados, e que apresentem alguma originalidade, curiosidade ou aspecto não convencional de determinada patologia ou condição clínica. As instruções para o seu preparo são as mesmas de um artigo original incluindo Resumo, Abstract, descritores e Key Words.

Cartas ao editor : categoria que visa discutir, comentar ou comunicar pesquisas originais, novidades na área da medicina de interesse para os leitores, ou artigos publicados recentemente na Revista do GHC – Momento & Perspectivas em Saúde. Podem ser utilizadas referências quando for adequado.

Referências: ao final do trabalho citam-se, consecutivamente, as referências bibliográficas em ordem de aparecimento no texto, e numeradas por numerais arábicos entre parêntesis e de forma sobrescrita, conforme o exemplo a seguir : “ ...a paratireoidectomia é o único tratamento curativo aceito em hiperparatireoidismo primário(5) especialmente neste momento em que o seu diagnóstico tornou-se segura e fácil definição(6-9)...” Os títulos dos periódicos devem ser abreviados conforme constam no Index Medicus ou no Index Medicus Latino-Americano. Exemplos de referências:

-artigo de periódico:

IRVIN GL III, PRUDHOME DL, DERISO GT et al. A new approach to parathyroidectomy. Ann Surg., 1994;219(5);574-581.

- livro:

MACHLEDER HI. Vascular disorders of the upper extremity. New York; Futura Publishing Co.,19893
- capítulo de livro:

Berger HJ, Zaret BL, Cohen LS. Cardiovascular nuclear medicine. In: Golberger E, ed. Textbook of clinical cardiology. 1st ed. St Louis: CV Mosby, 1982: 326-345.

- observação:

Até seis autores, citam-se todos; sete autores ou mais, citam-se os três primeiros seguidos de “et al”.

As tabelas e ilustrações vêm a seguir. As tabelas são numeradas em seqüência, com algarismos romanos, acompanhadas de enunciado. As ilustrações (gráficos, diagramas e fotos) são numeradas também consecutivamente com algarismos arábicos e referidas no texto como “figuras”. As fotos não podem exceder o número de seis por artigo, somente em preto e branco, e na medida de 10 x 15 cm. As legendas das ilustrações devem ser datilografadas/digitadas em folha à parte, respeitando a numeração contida no texto.

A última página conterá os agradecimentos, quando for o caso. (Mom&Perp Saúde. 2011;24(1):83-86)

Fluxograma de análise de um artigo:

Fluxograma de análise de um artigo:

