

**Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra**

***O PAPEL DO MÉDICO DE FAMÍLIA NA  
PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA  
DOENÇA CARDIOVASCULAR***

**Artigo Científico Original**

**Cristiana Raquel Agra Leite**

**c.agraleite@gmail.com**

**Março/2014**

## Índice

Resumo.....	1
Abstract .....	2
Introdução.....	3
Materiais e Métodos .....	5
Resultados .....	7
Discussão.....	11
Conclusão .....	14
Bibliografia.....	16
Anexos.....	19

## **Resumo**

As Doenças Cardiovasculares constam entre as principais causas de mortalidade e morbidade em Portugal. A principal estratégia de combate a estas doenças consiste na prevenção cardiovascular, que continua a ser um desafio. É com o objetivo de prevenção que a Promoção da Saúde, definida como a mobilização geral da sociedade no sentido de a capacitar para o controlo e melhoria da sua saúde, deve ser efetuada com estratégias de educação para a saúde, sendo o Médico de Família (MF) a pedra angular neste processo.

São objetivos do estudo avaliar, no contexto da consulta de Medicina Geral e Familiar, se são pesquisados os fatores de risco cardiovascular associados ao estilo de vida, se é feita promoção da saúde e de que forma esta promoção pode influenciar a mudança de comportamentos, na perspetiva do utente e do MF.

Foi realizado um estudo transversal e descritivo com aplicação de questionários aos Médicos de Família (n=48) e utentes (n=199) de Centros de Saúde de Coimbra durante o mês de Fevereiro e primeira semana de Março de 2014.

Verificou-se que, de uma maneira geral, os MF perguntam frequentemente/sempe aos seus doentes sobre os hábitos tabágicos, alcoólicos, alimentares e sobre a prática de exercício físico e perguntam algumas vezes sobre o stress. Os MF afirmam fazer promoção da saúde frequentemente/sempe em relação ao álcool, tabaco, alimentação, exercício físico e algumas vezes em relação ao stress, facto não tão evidente para os utentes (19,1% e 26,1% não se lembram de o seu MF ter feito promoção de saúde em relação ao tabaco e álcool, respetivamente). Verificou-se que os utentes consideram que os conselhos dos seus MF ajudam na modificação dos seus hábitos (52,2% respondeu frequentemente/sempe e 15,6% respondeu nunca/raramente) e que os MF acreditam que podem ajudar neste sentido (56,2% respondeu frequentemente/sempe). Os MF também consideram útil o tempo de consulta que despendem com promoção de saúde.

Conclui-se que os MF são fundamentais na educação para a saúde, sendo primordial um planeamento estratégico que valorize mais a sua potencialidade como promotor de saúde, já que em última análise, a promoção da saúde é um fator essencial para o desenvolvimento e constitui a estratégia mais rentável em termos de ganhos de saúde.

### **Palavras-chave**

Doenças Cardiovasculares, Promoção da saúde, Educação para a saúde, Fatores de Risco, Médico de Família.

### **Abstract**

Cardiovascular diseases are among the leading causes of mortality and morbidity in Portugal. The main strategy to combat these diseases consists in cardiovascular prevention, which is still a challenge. With prevention as the main goal, health promotion, defined as the general mobilization of society in order to empower and improve control of their health, should be undertaken with health education strategies. Therefore, the general practitioner (GP) assumes a crucial role in this process.

The study aims to assess if in a GP appointment the cardiovascular risk factors associated with lifestyle are identified, if health promotion is made and how this promotion can influence the behavior, from the patients and GP point of view.

We conducted a cross-sectional and descriptive study applying questionnaires to general practitioners (48) and patients (199) of health centers in Coimbra during the month of February and first week of March 2014.

It was found that, in general, the GP very often/ always ask their patients about smoking, alcoholic, physical and exercise habits and a few times about stress. General practitioners very often/ always claim they carry out health promotion regarding alcohol,

tobacco, food, exercise and sometimes in regarding to stress. It's not so obvious to patients (19.1% and 26.1% don't remember their GP have done health promotion regarding tobacco and alcohol, respectively). It was found that patients consider that the advice of their GP helps them to change their habits (52.2% answered very often/ always and 15.6% answered rarely/ never) and the GPs believe they can help in this matter (56.2% answered very often/ always). GPs also consider useful the time they spend with health promotion.

In conclusion, GPs are an essential element in health education, being fundamental a strategic plan that enhances their capability as a promoter of health cause in the end health promotion is vital for progress and it's the most rewarding strategy in terms of health gains.

**Key-words:** Cardiovascular Diseases, Health Promotion, Health Education, Risk Factors, Family Practice.

## **Introdução**

As Doenças Cardiovasculares (DCV) são um grupo de doenças crónicas que se desenvolvem insidiosamente, causando sintomas apenas num estado avançado.<sup>1,2</sup> Apesar dos progressos do conhecimento fisiopatológico e intervenções diagnósticas e terapêuticas na área cardiovascular, estas doenças continuam a ser a principal causa de morte prematura em todo o mundo.<sup>1-4</sup>

Em Portugal, constam entre as principais causas de morbilidade, anos potenciais de vida perdidos e são a principal causa de morte, ainda que com tendência decrescente<sup>5,6</sup>, assim como na maioria dos países da Europa.<sup>2-5</sup>

Ao contrário do que se verifica com a mortalidade, a carga global destas doenças tem tendência a aumentar.<sup>4,6</sup> Por isso, são consideradas como “verdadeiras doenças sociais” com

custos económicos (diretos e indiretos) e sociais elevados, constituindo um dos principais problemas de saúde pública, que urge minorar.<sup>5</sup>

As DCV têm, na sua maioria, uma base aterosclerótica<sup>2</sup> e estão associadas a múltiplos fatores de risco (FR) que podem ser divididos, segundo a Carta Europeia para a Saúde do Coração, em modificáveis e não modificáveis, e em três categorias: biológicos (pressão arterial elevada, elevação de açúcar no sangue, elevação de colesterol no sangue, excesso de peso / obesidade), associados aos estilos de vida (consumo de tabaco, dieta pouco saudável, consumo excessivo de álcool, sedentarismo) e outros fatores modificáveis (rendimentos, educação, condições de vida, condições de trabalho) e fixos (sexo, idade, etnia e genética).<sup>6</sup>

A Organização Mundial de Saúde (OMS) referiu que mais de três quartos da mortalidade global devida a DCV podem ser prevenidos por alterações do estilo de vida. A prevenção é primordial e deve ser feita durante toda a vida porque de facto funciona: foi demonstrado que mais de 50% da redução observada na mortalidade por DCV está associada a alterações dos fatores de risco, percentagem superior àquela associada a uma melhoria de tratamentos.<sup>2</sup>

A nível nacional é uma das prioridades estabelecidas no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e 2012-2016.<sup>7,8</sup> A estratégia para a prevenção deverá ser baseada em dois componentes: a adoção de estilos de vida saudável e a correção dos denominados FR modificáveis.<sup>9</sup> A prevenção cardiovascular (CV) continua a ser um desafio e talvez por isso deva ser antecedida por mobilização geral da sociedade no sentido de a capacitar para o controlo e melhoria da sua saúde. Ou seja, a centralização na promoção da saúde (PS), a estratégia mais rentável em termos de ganhos de saúde.<sup>5,10</sup>

Constituindo-se como o primeiro passo para a PS, a educação para a saúde envolve a transmissão de informação e conhecimento técnico, realizada de forma a predispor, capacitar e reforçar os comportamentos (ações intencionais, condutas) saudáveis, entendidos como

ações e hábitos relacionados com a manutenção e melhoria da saúde. Neste sentido, a promoção da saúde combina o objetivo de prevenção da doença com técnicas de educação para a saúde.<sup>11-12</sup>

É ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, a maioria das vezes o primeiro contacto médico dentro do sistema de saúde, que a PS tem especial relevo, já que a capacidade de intervir está amplificada pela proximidade à comunidade, sendo o médico de família (MF) a pedra angular deste processo.<sup>13</sup>

Neste âmbito, e tendo em conta a elevada prevalência nacional dos FR CV<sup>5</sup>, a educação para a saúde aliada a uma boa relação médico-paciente são cruciais para a prevenção CV.

São objetivos do estudo: Avaliar, no contexto da consulta de Medicina Geral e Familiar, se são pesquisados os fatores de risco cardiovascular associados ao estilo de vida, se é feita promoção da saúde e de que forma esta promoção pode influenciar a mudança de comportamentos, na perspetiva do utente e do médico.

## **Materiais e Métodos**

Foi realizado um estudo transversal com aplicação de dois questionários a dois grupos: médicos de família e sua(s) respetiva(s) lista(s) de utentes da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) Fernão Magalhães, Unidade de Saúde Familiar (USF) CelaSaúde, USF Topázio, UCSP Norton de Matos, USF Briosa, UCSP Santa Clara, USF Rainha Santa Isabel, UCSP São Martinho do Bispo e USF Mondego.

Foi utilizada uma amostra não-aleatória de conveniência, representativa da população, para um intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro de 10% para o número total de médicos e utentes inscritos. De acordo com o plano de desempenho de 2013 do ACES (Agrupamento de Centros de Saúde) do Baixo Mondego, estavam inscritos nas USFs e

UCSPs supracitadas 180330 utentes com Médico de Família e 78 médicos.<sup>14</sup> Foi assim calculada uma amostra de 96 utentes e 44 médicos.

Os questionários foram desenvolvidos originalmente para este trabalho. Cada um continha dez perguntas relativas à pesquisa dos fatores de risco cardiovascular relacionados com o estilo de vida (hábitos tabágicos, alcoólicos e alimentares, prática de exercício físico e stress)<sup>2,6</sup> e à promoção de saúde orientada para cada FR. O questionário dos utentes continha uma última pergunta relativa à influência dos conselhos do médico de família na alteração dos seus comportamentos. De modo semelhante, o questionário destinado aos MF continha duas perguntas finais: uma relativa à importância dada ao tempo de consulta despendido para promoção da saúde, e outra relativa à crença de que podem ajudar os seus doentes na alteração dos comportamentos. A base da construção foi a escala de cinco níveis de frequência de uso de Likert<sup>15</sup> – nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente, sempre.

A proposta do estudo foi apresentada à Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde (ARS) Centro que emitiu parecer positivo homologado pelo Conselho Diretivo da ARS Centro.

Os resultados foram pré-testados em 26 utentes do Centro de Saúde de Santa Clara, que não foram incluídos na amostra. Os inquéritos foram aplicados por autopreenchimento voluntário e anónimo durante o mês de Fevereiro e primeira semana de Março de 2014.

Os dados obtidos foram codificados e introduzidos na matriz de dados, tendo sido tratados com a aplicação informática de estatística SPSS versão 22.0 para Windows. Foi efetuada análise estatística descritiva.



## Resultados

Foram obtidos 199 questionários completos de utentes e 48 de médicos de família.

As respostas dadas pelos utentes e médicos em relação à pesquisa dos fatores de risco CV e a promoção da saúde feita pelos seus médicos de família constam no quadro 1 e 2, respetivamente.

**Tabela 1 - Pesquisa dos fatores de risco CV e Promoção da Saúde - Respostas dos utentes**

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre	Total
1. O seu/ sua médico(a) de família pergunta-lhe sobre os seus hábitos tabágicos?	24 (12,1)	19 (9,5)	43 (21,6)	39 (19,6)	74 (37,2)	199 (100)
2. Caso se aplique, o seu/sua médico(a) de família já o aconselhou a deixar de fumar, explicando os malefícios do tabaco?	17 (19,1)	8 (8,9)	19 (21,4)	19 (21,4)	26 (29,2)	89 (44,7)
3. O seu/sua médico(a) de família pergunta-lhe sobre os seus hábitos alcoólicos?	37 (18,6)	21 (10,6)	53 (26,6)	28 (14,1)	60 (30,2)	199 (100)
4. Caso se aplique, o seu/sua médico(a) de família já o aconselhou a beber moderadamente, explicando os malefícios do excesso de álcool?	29 (26,1)	12 (10,8)	26 (23,4)	16 (14,4)	28 (25,3)	111 (55,8)
5. O seu/sua médico(a) de família pergunta-lhe sobre os seus hábitos alimentares?	18 (9,0)	22 (11,1)	49 (24,6)	51 (25,6)	59 (29,6)	199 (100)
6. Caso se aplique, o seu/sua médico(a) de família já o aconselhou a ter uma alimentação saudável, explicando as possíveis consequências de uma alimentação não saudável?	18 (9,5)	14 (7,4)	42 (22,1)	51 (26,8)	65 (34,2)	190 (95,5)
7. O seu/sua médico(a) de família pergunta-lhe sobre a prática de exercício físico?	24 (12,2)	25 (12,6)	53 (26,6)	43 (21,6)	54 (27,1)	199 (100)
8. Caso se aplique, o seu/sua médico(a) de família já o aconselhou a praticar exercício físico, explicando os seus benefícios?	24 (12,3)	20 (10,2)	53 (27,2)	45 (23,1)	53 (27,2)	195 (98)
9. O seu/sua médico(a) de família pergunta-lhe sobre o stress a que está sujeito?	33 (16,6)	31 (15,6)	56 (28,1)	39 (19,6)	40 (20,1)	199 (100)
10. Caso se aplique, o seu/sua médico(a) de família já o aconselhou a ter uma vida mais calma?	29 (15,0)	29 (15,0)	52 (27,0)	34 (17,6)	49 (25,4)	193 (97,0)

As percentagens estão indicadas entre parênteses

**Tabela 2 - Pesquisa dos FR CV e Promoção de Saúde - Respostas dos MF**

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre	Total
1. Pergunta aos seus doentes sobre os seus hábitos tabágicos?	0 (0)	0 (0)	3 (6,3)	27 (56,3)	18 (37,5)	48 (100)
2. Quando se aplica, aconselha os seus doentes a deixarem de fumar, explicando os malefícios do tabaco?	0 (0)	0 (0)	6 (12,5)	24 (50)	18 (37,5)	48 (100)
3. Pergunta aos seus doentes sobre os seus hábitos alcoólicos?	0 (0)	2 (4,2)	10 (20,8)	23 (47,9)	13 (27,1)	48 (100)
4. Quando se aplica, aconselha os seus doentes a beberem moderadamente, explicando os malefícios do álcool?	0 (0)	3 (6,3)	8 (16,7)	23 (47,9)	14 (29,2)	48 (100)
5. Pergunta aos seus doentes sobre os seus hábitos alimentares?	0 (0)	1 (2,1)	14 (29,2)	29 (60,4)	4 (8,3)	48 (100)
6. Quando se aplica, aconselha os seus doentes a terem uma alimentação saudável, explicando as possíveis consequências de uma alimentação não saudável?	0 (0)	0 (0)	7 (14,6)	29 (60,4)	12 (25,0)	48 (100)
7. Pergunta aos seus doentes se praticam exercício físico?	0 (0)	0 (0)	18 (37,5)	27 (56,3)	3 (6,3)	48 (100)
8. Quando se aplica, aconselha os seus doentes a praticarem exercício físico, explicando os seus benefícios?	0 (0)	0 (0)	10 (20,8)	30 (62,5)	8 (16,7)	48 (100)
9. Pergunta aos seus doentes sobre o stress a que estão sujeitos?	0 (0)	7 (14,6)	26 (54,2)	13 (27,1)	2 (4,2)	48 (100)
10. Quando se aplica, aconselha os seus doentes a terem uma vida mais calma?	1 (2,1)	3 (6,3)	24 (50,0)	16 (33,3)	4 (8,3)	48 (0)

As percentagens estão indicadas entre parênteses

No que concerne aos hábitos tabágicos, a maioria dos utentes inquiridos (56,8%) afirma ser questionada frequentemente/sempe pelo seu médico de família e cerca de metade (50,6%) afirma que o aconselhamento por parte do seu MF para deixar de fumar, explicando os malefícios do tabaco, é feito frequentemente/sempe. De notar que 24 pessoas (12,1%) afirmam nunca terem sido questionadas sobre os seus hábitos tabágicos e 17 pessoas (19,1%) não se lembram de os seus médicos de família os ter aconselhado a deixar de fumar. Dos 48 MF inquiridos, 45 afirmam perguntar e 42 afirmam aconselhar frequente/sempe os seus

utentes neste âmbito. De notar que nenhum MF respondeu nunca ou raramente a nenhuma das questões relativas aos hábitos tabágicos.

Em relação aos hábitos alcoólicos, 44,3% dos utentes inquiridos afirmam ser questionados frequentemente/sempe pelo seu médico de família, ainda que 18,6% nunca tenham sido indagados acerca dos seus hábitos e 29% nunca tenham sido aconselhados a beber moderadamente com explicação dos malefícios do excesso de álcool. As respostas dos médicos divergem um pouco, já que nenhum médico de família afirma nunca perguntar aos seus doentes sobre os hábitos alcoólicos e apenas dois dizem fazê-lo raramente. A maioria afirma pesquisar (75%) frequentemente/sempe os hábitos alcoólicos dos seus doentes e aconselhá-los (77,1%) frequentemente/sempe a beber moderadamente, explicando os malefícios do excesso de álcool.

Mais de metade dos inquiridos (55,2%) é indagado frequentemente/sempe sobre os seus hábitos alimentares, e a promoção de hábitos alimentares saudáveis feita pelo MF é também realizada na maioria das vezes (61%). Catorze médicos de família perguntam algumas vezes aos seus doentes sobre os seus hábitos alimentares e 33 perguntam frequentemente/sempe. A maioria (85,4%) afirma aconselhar os seus doentes frequentemente/sempe a terem uma alimentação saudável, explicando as possíveis consequências de uma alimentação não saudável.

Quase metade dos utentes inquiridos (48,7%) afirma que o seu MF pergunta frequentemente/sempe sobre a prática de exercício físico, enquanto 12,2% afirma que o seu MF nunca o faz. Percentagens semelhantes são verificadas quando indagados sobre o aconselhamento à prática de exercício físico feito pelos MF, em que 62,6% dos MF perguntam frequentemente/sempe sobre a prática de exercício e 79,2% afirmam fazer promoção para a saúde neste âmbito frequentemente/sempe.

Em relação ao stress a que os indivíduos estão sujeitos, a moda inverte-se: 28,1% afirma ser questionado sobre este FR algumas vezes e 27% afirma ter sido aconselhado algumas vezes a ter uma vida mais calma. O mesmo se verifica nas respostas dos médicos: 54,2% diz perguntar algumas vezes e 50% diz aconselhar algumas vezes os seus doentes a terem uma vida mais calma.

Quando foi inquirido se os conselhos do médico de família ajudam na modificação dos hábitos (tabela 3), cerca de metade dos utentes (52,2%) respondeu frequentemente/sempre, 32,2% respondeu algumas vezes e 15,6% respondeu nunca/raramente.

**Tabela 3 - Respostas dos utentes à pergunta: "O facto de o seu médico de família o aconselhar ou desaconselhar ajuda na modificação dos seus hábitos?"**

Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre	Total
7 (3,5)	24 (12,1)	64 (32,2)	48 (24,1)	56 (28,1)	199 (100)

As percentagens estão indicadas entre parênteses

Como indicado na tabela 4, 25 dos 48 médicos inquiridos consideram que o tempo de consulta que despendem com promoção da saúde é sempre útil, e apenas um médico considera-o raramente útil. Por outro lado, 22 médicos acreditam que ajudam frequentemente os seus doentes a modificarem os seus comportamentos e apenas 5 acreditam que o fazem sempre (tabela 5).

**Tabela 4 - Respostas dos médicos à pergunta: "Considera tempo útil de consulta, aquele que despende com promoção de saúde?"**

Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre	Total
0 (0)	1 (2,1)	4 (8,3)	18 (37,5)	25 (52,1)	48 (100)

As percentagens estão indicadas entre parênteses

**Tabela 5 - Respostas dos médicos de família à pergunta: "Acredita que pode ajudar os seus doentes a modificarem os seus comportamentos?"**

Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre	Total
0 (0)	3 (6,3)	18 (37,5)	22 (45,8)	5 (10,4)	48 (100)

As percentagens estão indicadas entre parênteses

## **Discussão**

Este estudo procurou, em primeiro lugar, perceber se os FR CV associados ao estilo de vida são pesquisados, no contexto de consulta de Medicina Geral e Familiar. Verificou-se que, de uma maneira geral, os MF perguntam frequentemente/sempre aos seus doentes sobre os hábitos tabágicos, alcoólicos, alimentares e sobre a prática de exercício físico. O mesmo não se verifica em relação ao stress a que os indivíduos estão sujeitos, que é perguntado algumas vezes neste contexto. Estes dados estão em conformidade com um estudo de Wechsler e Levine, realizado em 1996 em Massachusetts.<sup>16</sup> Na perspetiva dos utentes, esta pesquisa não é tão evidente, principalmente em relação aos hábitos tabágicos e aos hábitos alcoólicos. Entre estes, 12,1% afirmam nunca terem sido indagados quanto aos seus hábitos tabágicos e 18,6% afirmam nunca lhes ter sido perguntado sobre os seus hábitos alcoólicos.

Em segundo lugar, e como perguntar não é o mesmo que aconselhar<sup>11</sup>, procurou-se perceber se era feita promoção da saúde orientada para cada FR. Os MF afirmam fazê-lo frequentemente/sempre em relação ao álcool, tabaco, alimentação, exercício físico e algumas vezes em relação ao stress. No que concerne às respostas dos utentes, 19,1% dos questionados não se lembra de o seu MF o/a ter aconselhado a deixar de fumar, explicando os malefícios do tabaco e 26,1% não se lembra de o seu MF ter aconselhado a deixar de beber, explicando os malefícios do excesso de álcool. Não é possível comparar diretamente estes dados com outros estudos, por se tratar de um estudo original. No entanto, comparando com um estudo de 1979, antes da primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Otawa, os

resultados são animadores. Neste estudo, 80% dos utentes não se recordaram que, alguma vez, o seu médico lhes tivesse recomendado que fizessem exercício físico (em contraste com a percentagem de 12% do presente estudo) e 72% dos adultos que deixaram de fumar, declararam nunca ter recebido recomendação do seu médico, para abandonarem o hábito (percentagem não diretamente comparável com os dados do presente estudo, por não se ter conhecimento da quantidade de utentes que deixou ou mantém os hábitos tabágicos).<sup>11,17</sup>

Importa tentar perceber a razão das diferenças das respostas dos MF e dos utentes. Estas podem ser explicadas face a possíveis limitações metodológicas do estudo, que importa realçar. O pré-teste realizado permitiu confirmar que o questionário era entendido pelos utentes, mas este teste foi feito a um grupo demasiado pequeno de utentes para detetar algumas tendências, nomeadamente responder que não são questionados sobre os hábitos tabágicos/alcoólicos porque não fumam/bebem. Outra limitação importante é o facto de se tratar de uma população predominantemente urbana, tipo de amostragem não-aleatória de conveniência (utentes presentes nos Centros de Saúde), o que poderá não ser representativo da população. Sendo que a maioria dos utilizadores dos Centros de Saúde são idosos<sup>18</sup>, poderá estar patente um dos mais frequentes mitos negativos, ligados ao envelhecimento, que considera tarde demais, quando se é idoso, para se alterar o modo como se vive.<sup>19</sup> Neste seguimento, tornava-se importante caracterizar o perfil dos entrevistados. Ainda, para ambos os grupos, poderá ter havido o enviesamento por desejabilidade social, isto é, a tendência de responder de acordo com o que é correto socialmente.<sup>20</sup> De facto, as recomendações relativas à prevenção cardiovascular, evidenciam que deve ser efetuado por rotina o aconselhamento a cessação tabágica, a moderação dos hábitos alcoólicos, de uso de dieta saudável e de atividade física moderada e regular.<sup>21</sup>

Não obstante, esta diferença entre as respostas dos MF e dos utentes poderá advir da transmissão da informação sem sensibilização comunicacional por parte dos MF, levando à

não “interiorização” daquilo que é transmitido. A comunicação é um processo complexo que não apenas se concretiza com o que é transmitido verbalmente, mas também pelos comportamentos não-verbais.<sup>22</sup> As competências comunicacionais são importantes em toda a prática clínica e são a base da relação médico-paciente, não podendo estas duas ser dissociadas. É comunicando que se exploram sintomas, sentimentos e preocupações, que se identificam e modelam expectativas, que se dão explicações e informações, que se destroem mitos, ou seja, é comunicando que se constrói a relação. As habilidades comunicacionais podem ser inatas, mas também são aprendidas e melhoradas e devem ser exercitadas. O seu sucesso depende, essencialmente, da preocupação com o outro e do interesse e motivação para comunicar bem.<sup>22-24</sup>

Em terceiro lugar, procurou-se perceber a influência dos conselhos do MF na modificação dos hábitos dos utentes. Cerca de metade dos utentes considera que os conselhos do seu MF ajudam frequentemente/sempre, um terço considera que ajudam algumas vezes e apenas 7 pessoas nunca têm em conta os conselhos do seu MF. As respostas dos MF vão também neste sentido: mais de metade crê ajudar os seus utentes frequentemente/sempre, 18 médicos acreditam ajudar algumas vezes e apenas 3 dos 48 médicos questionados creem raramente ajudar os seus utentes na modificação dos seus hábitos. Estas respostas não vão de encontro aos estudos de Wechsler e Levine em 1981, em que apenas 3 a 8% dos médicos acreditavam que podiam ajudar os seus utentes a modificar os seus comportamentos, sendo estas percentagens similares ao estudo repetido em 1996.<sup>16</sup>

Sendo a consulta a principal atividade do médico de família e também a mais complexa com limite de tempo finito e muitas vezes escasso<sup>25</sup>, procurou-se perceber a importância que os médicos davam ao tempo de consulta despendido com a promoção da saúde. Cerca de 90% dos inquiridos, consideram esse tempo frequentemente/sempre útil, refletindo a importância crescente que os MF dão à educação dos seus pacientes.

## **Conclusão**

A promoção da saúde e a prevenção da doença devem estar na base do planeamento estratégico da saúde. Ambos os conceitos brilham quando falamos da DCV, o protótipo da doença em que a educação para a saúde é a chave para a prevenção. Embora este conceito reúna a unanimidade, na prática, o investimento tem-se centrado muito mais em cuidados de saúde curativos com impactos visíveis a curto prazo. De facto, os efeitos das políticas dirigidas à prevenção são menos visíveis, não só porque são sentidos a longo prazo, mas também porque dependem dos comportamentos dos indivíduos, sendo menos controláveis. Mas é exatamente porque dependem dos indivíduos que estratégias de educação para a saúde são primordiais na formação de cidadãos mais capacitados, autónomos e responsáveis pela sua saúde, com o objetivo último de melhoria do bem-estar e qualidade de vida das populações e combate às desigualdades em saúde. Assim, a promoção da saúde com técnicas de educação para a saúde é um fator primordial para o desenvolvimento e constitui a estratégia mais rentável em termos de ganhos para a saúde.

Com este estudo verificou-se que os principais fatores de risco CV (apesar da sua elevada prevalência entre os portugueses) são rotineiramente pesquisados no contexto de consulta de Medicina Geral e Familiar. É também feita rotineiramente promoção da saúde segundo os médicos, facto não tão evidente para os utentes. É necessário discutir as diferenças entre o que os médicos pensam estar a transmitir e entre o que os doentes “interiorizam”. Sabemos que para prevenir é necessário informar, mas mais do que isso, é necessário comunicar. A efetividade do papel de educador e de agente modificador de comportamentos está dependente da capacidade que o médico tem de comunicar, já que dar informação sem competência comunicacional de pouco serve.

A avaliação direta do papel dos conselhos do médico na modificação dos comportamentos é uma tarefa quase impossível, e a própria decisão para a mudança do



paciente é um processo complexo. A importância deste estudo a este nível foi verificar que os conselhos do médico têm grande potencial de auxílio à mudança de comportamentos, que os utentes têm em grande conta aquilo que os seus MF aconselham e que, ao contrário de há 20 anos atrás, os MF acreditam que podem ajudar o doente a ajudar-se a si próprio já que, em última análise, cabe ao indivíduo a responsabilidade de adoção de estilos de vida saudável. Os MF consideram também útil o tempo de consulta que despendem com a promoção da saúde, facto nunca antes elucidado e extremamente importante na atualidade de racionalização de gastos com saúde.

Neste seguimento, torna-se essencial dotar o médico de competências comunicacionais e relacionais para que possa ser um agente modificador de comportamentos, ensiná-lo a enfatizar mais a saúde do que a doença, formá-lo mais como educador do que curador, atividades pouco perceptíveis durante a formação médica e que poderão ser a chave para o sucesso da promoção da saúde. Ou seja, investir na promoção investindo na formação do principal educador para a saúde, o MF.

Compete ainda às estruturas oficiais de saúde investir em esquemas organizativos de prestação de cuidados e de gestão de recursos humanos que permitam ao MF desempenhar a sua função de promoção da saúde, a par da sua competência em prevenção das doenças e prestação de cuidados curativos e de reabilitação.

## **Bibliografia**

1. Longo DL, Kasper DL, Jameson JL, Fauci AS, Hauser SL, Loscalzo J. Harrison's Principles of Internal Medicine, 18th edition. McGraw-Hill-Medical Publishing division. p. 1811-1816.
2. Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren WMM et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Eur Heart J. 2012 Jul ; 33(13): 1635-1701.
3. Nichols M, Townsend N, Scarborough P, Rayner M. Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update. Euro Heart J. 2013 Sep ; 34: 3024-3034.
4. Massimo V, Tocci G. Global Cardiovascular Risk Management in Primary Prevention. Curr Vasc Pharmacol. 2012 Nov; 10(6): 709-11.
5. Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Doenças Cardiovasculares. Circular Normativa n.º 03/DSPCS, de 06/02/06. Lisboa: DGS; 2006.
6. Carta Europeia para a Saúde do Coração. Boletim da Sociedade Portuguesa de Cardiologia n.º 135, Julho/Agosto 2007.
7. Direcção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Lisboa: DGS; 2003.
8. Direcção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa: DGS; 2012.
9. Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Lisboa: DGS; 2011.
10. Direcção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular. Carta de Ottawa, Canadá, 17-21 Novembro de 1986. Disponível em <http://www.dgicd.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=96> [acedido em 02/02/2013].

11. Richards JW, Blum A. Family Medicine, principles and practicles 3e. DC : Springer New York ; 1988. Part 1 , Healh Promotion ; p. 94-105.
12. Manual de Boas Práticas em Enfermagem – Educação para a Saúde. Disponível em : <http://docbweb.idt.pt:81/multimedia/pdfs/enfermag.pdf> [acedido em 02/02/2013].
13. A definição Europeia de Medicina Geral e Familiar. Versão Reduzida – EURACT. Rev Port Clin Geral 2005;21:511-6.
14. Administração Regional de Saúde do Centro. Plano de desempenho 2013. Disponível em : <http://www.arscentro.min-saude.pt> [acedido em 02/02/2013].
15. Likert Scale. Disponível em : [http://en.wikipedia.org/wiki/Likert\\_scale](http://en.wikipedia.org/wiki/Likert_scale) [acedido em 02/02/2013].
16. Whesler H, Levine S, Idelson RK, Rohman M, Taylor J. The physician's role in health promotion revisited – a survey of primary-care practitioners. N Engl J Med. 1996 Aug; 335(8) : 599-601.
17. The Surgeon General's Report On Health Promotion and Disease Prevention. Washington, DC: DHEW, 1979. Chapter 10: Health Promotion p. 10-27.
18. Entidade Reguladora da Saúde. Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários. Disponível em [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/86/ERS\\_-\\_Estudo\\_do\\_Acesso\\_aos\\_Cuidados\\_de\\_Saude\\_Primarios\\_-\\_Relatorio.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/86/ERS_-_Estudo_do_Acesso_aos_Cuidados_de_Saude_Primarios_-_Relatorio.pdf) [acedido em 14/03/2013].
19. Direcção-Geral de Saúde. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Circular Normativa n.º 13/DGCG, de 02/07/04. Lisboa: DGS; 2004.
20. Social desirability bias. Disponível em: [http://en.wikipedia.org/wiki/Social\\_desirability\\_bias](http://en.wikipedia.org/wiki/Social_desirability_bias) [acedido em 14/03/2013].
21. Hespanhol AP, Couto L, Martins C, Viana M. Educação para a Saúde e Prevenção na Consulta de Medicina Geral e Familiar. Rev Port Clin Geral. 2009;25:242-52.
22. Nunes JMM. Comunicação em contexto clínico. Lisboa, Março 2007;175-188.

23. Carrapiço E, Ramos V. A comunicação na consulta: Uma proposta prática para o seu aperfeiçoamento contínuo. Rev Port Clin Geral Fam 2012; 28: 212-22.
24. Macedo A, Azevedo MH. Relação Médico Doente. Em: Carlos Freire de Oliveira (Coord) Manual de Ginecologia Vol.1. Permanyer: Portugal.
25. Ramos V. A consulta em 7 passos: Execução e análise crítica de consultas em medicina geral e familiar. Ver Port Clin Geral 2009; 25:208-20.

## Anexos

## Anexo 1 – Inquérito aos Médicos de Família



Com este questionário pretende-se avaliar, no contexto da consulta de Medicina Geral e Familiar, se são corrigidos os fatores de risco em saúde, é feita promoção de saúde e de que forma esta promoção pode influenciar a correção dos fatores de risco, na perspetiva do utente e do médico. Este instrumento metodológico enquadra-se numa investigação no âmbito do Mestrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, a fim de que seja possível produzir a dissertação respetiva sob Orientação do Doutorando Hernâni Pombas Caniço e co-Orientação do Professor José Manuel Monteiro de Carvalho e Silva.

O material utilizado será um questionário realizado em português.

O método irá consistir na aplicação deste questionário aos médicos de família e respetiva lista de utentes.

Todas as informações recolhidas são estritamente confidenciais e anonimizadas e só serão utilizadas para este estudo. A participação no inquérito é totalmente voluntário, podendo interromper a realização do inquérito a qualquer momento.

Cristiana Raquel Agra Leite  
Aluna de Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina  
da Universidade de Coimbra

*Cristiana Leite*

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigadora.

Data:

Assinatura do participante:

---

Instruções: **Assinale com um [x] a resposta que melhor corresponder à sua opinião.**

1. Pergunta aos seus doentes sobre os seus hábitos tabágicos?  
 Nunca  
 Raramente  
 Algumas vezes  
 Frequentemente  
 Sempre
  
2. Quando se aplica, aconselha os seus doentes a deixarem de fumar, explicando os malefícios do tabaco?  
 Nunca  
 Raramente  
 Algumas vezes  
 Frequentemente  
 Sempre
  
3. Pergunta aos seus doentes sobre os seus hábitos alcoólicos?  
 Nunca  
 Raramente  
 Algumas vezes  
 Frequentemente  
 Sempre
  
4. Quando se aplica, aconselha os seus doentes a beberem moderadamente, explicando os malefícios do excesso de álcool?  
 Nunca  
 Raramente  
 Algumas vezes  
 Frequentemente  
 Sempre
  
5. Pergunta aos seus doentes sobre os seus hábitos alimentares?  
 Nunca  
 Raramente  
 Algumas vezes  
 Frequentemente  
 Sempre
  
6. Quando se aplica, aconselha os seus doentes a terem uma alimentação saudável, explicando as possíveis consequências de uma alimentação não saudável?  
 Nunca  
 Raramente  
 Algumas vezes  
 Frequentemente  
 Sempre

7. Pergunta aos seus doentes se praticam exercício físico?
- Nunca
  - Raramente
  - Algumas vezes
  - Frequentemente
  - Sempre
8. Quando se aplica, aconselha os seus doentes a praticarem exercício físico, explicando os seus benefícios?
- Nunca
  - Raramente
  - Algumas vezes
  - Frequentemente
  - Sempre
9. Pergunta aos seus doentes sobre o stress a que estão sujeitos?
- Nunca
  - Raramente
  - Algumas vezes
  - Frequentemente
  - Sempre
10. Quando se aplica, aconselha os seus doentes a terem uma vida mais calma?
- Nunca
  - Raramente
  - Algumas vezes
  - Frequentemente
  - Sempre
11. Considera tempo útil de consulta aquele que despende com promoção de saúde?
- Nunca
  - Raramente
  - Algumas vezes
  - Frequentemente
  - Sempre
12. Acredita que pode ajudar os seus doentes a modificarem os seus comportamentos?
- Nunca
  - Raramente
  - Algumas vezes
  - Frequentemente
  - Sempre



## Anexo 2 – Inquérito aos Utentes



Com este questionário pretende-se avaliar, no contexto da consulta de Medicina Geral e Familiar, se são corrigidos os fatores de risco em saúde, é feita promoção de saúde e de que forma esta promoção pode influenciar a correção dos fatores de risco, na perspetiva do utente e do médico. Este instrumento metodológico enquadra-se numa investigação no âmbito do Mestrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, a fim de que seja possível produzir a dissertação respetiva sob Orientação do Doutorando Hernâni Pombas Caniço e co-Orientação do Professor José Manuel Monteiro de Carvalho e Silva.

O material utilizado será um questionário realizado em português.

O método irá consistir na aplicação deste questionário aos médicos de família e respetiva lista de utentes.

Todas as informações recolhidas são estritamente confidenciais e anonimizadas e só serão utilizadas para este estudo. A participação no inquérito é totalmente voluntário, podendo interromper a realização do inquérito a qualquer momento.

Cristiana Raquel Agra Leite  
Aluna de Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina  
da Universidade de Coimbra

*Cristiana Leite*

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigadora.

Data:

Assinatura do participante:

---

Instruções: **Assinale com o [x] a resposta que melhor corresponder à sua opinião**

1. O seu/sua médico(a) de família pergunta-lhe sobre os seus hábitos tabágicos?  
 Nunca  
 Raramente  
 Algumas vezes  
 Frequentemente  
 Sempre
  
2. Caso se aplique, o seu/sua médico(a) de família já o aconselhou a deixar de fumar, explicando os malefícios do tabaco?  
 Nunca  
 Raramente  
 Algumas vezes  
 Frequentemente  
 Sempre
  
3. O seu/sua médico(a) de família pergunta-lhe sobre os seus hábitos alcoólicos?  
 Nunca  
 Raramente  
 Algumas vezes  
 Frequentemente  
 Sempre
  
4. Caso se aplique, o seu/sua médico(a) de família já o aconselhou a beber moderadamente, explicando os malefícios do excesso de álcool?  
 Nunca  
 Raramente  
 Algumas vezes  
 Frequentemente  
 Sempre
  
5. O seu/sua médico(a) de família pergunta-lhe sobre os seus hábitos alimentares?  
 Nunca  
 Raramente  
 Algumas vezes  
 Frequentemente  
 Sempre
  
6. Caso se aplique, o seu/sua médico(a) de família já o aconselhou a ter uma alimentação saudável, explicando as possíveis consequências de uma alimentação não saudável?  
 Nunca  
 Raramente  
 Algumas vezes  
 Frequentemente  
 Sempre

7. O seu/sua médico(a) de família pergunta-lhe sobre a prática de exercício físico?
- Nunca
  - Raramente
  - Algumas vezes
  - Frequentemente
  - Sempre
8. Caso se aplique, seu/sua médico(a) de família já o aconselhou a praticar exercício físico, explicando os seus benefícios?
- Nunca
  - Raramente
  - Algumas vezes
  - Frequentemente
  - Sempre
9. O seu/sua médico(a) de família pergunta-lhe sobre o stress a que está sujeito?
- Nunca
  - Raramente
  - Algumas vezes
  - Frequentemente
  - Sempre
10. Caso se aplique, o seu/sua médico(a) de família já o aconselhou a ter uma vida mais calma?
- Nunca
  - Raramente
  - Algumas vezes
  - Frequentemente
  - Sempre
11. O facto do seu médico o aconselhar ou desaconselhar ajuda na modificação dos seus hábitos?
- Nunca
  - Raramente
  - Algumas vezes
  - Frequentemente
  - Sempre

Exma. Senhora  
Dra. Cristiana Raquel Agra Leite

[c.agraleite@gmail.com](mailto:c.agraleite@gmail.com)

003396 '14 02-04 09:24

Sua referência

Data


Nossa referência

Data


ASSUNTO: "Doença cardiovascular, promoção da saúde e relação médico-doente"

Serve o presente para informar V. Ex<sup>a</sup>., que o Conselho Directivo da ARS Centro, I.P., deliberou homologar o parecer emitido pela Comissão de Ética para a Saúde (CES), que se anexa.

Com os melhores cumprimentos

 O Presidente do Conselho Directivo da ARSC, I.P.

(Dr. José Manuel Azenha Tereso)

  
Dr. Fernando Lopes de Almeida  
Vice-Presidente do Conselho Directivo  
da A.R.S. Centro, I.P.

AL

Na resposta indicar a "nossa referência". Em cada officio tratar só de um assunto.

## COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<b>PARECER FINAL:</b>  Parecer favorável.	<b>DESPACHO:</b> <i>Homologação o parecer final da Comissão de Ética para a Saúde</i> <i>30.1.2014</i>  Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.
---	---

*Dr. José Manuel Azenha Teresa*  
Presidente,

**ASSUNTO:** "Doença cardiovascular, promoção da saúde e relação médico-doente"

*Dr. José Manuel Almeida*  
Vice-Presidente,

*Dr. Luís Manuel Milhão Mendes Cobral*  
Vogal,

*Dr.ª Maria Augusta Mota*  
Vogal,

### Apreciação Geral:

- Este estudo tem por objectivo avaliar, no contexto da consulta de medicina geral e familiar, se são pesquisados fatores de risco cardiovascular, é feita promoção de saúde e de que forma esta promoção pode influenciar a correção dos fatores de risco na perspectiva do utente e do médico.

Trata-se de um estudo transversal, numa amostra de conveniência de centros de saúde do concelho de Coimbra, com utilização de dois questionários (enviados).

Foi enviado o formulário de consentimento informado.

O Relator

*Vitor Rodrigues*  
\_\_\_\_\_  
(Prof. Dr. Vítor Rodrigues)

O Presidente da CES

*Fontes Ribeiro*  
\_\_\_\_\_  
(Prof. Dr. Fontes Ribeiro)

23 de Janeiro de 2014