

Perfil clínico do profissional médico e abordagem da mudança do estilo de vida com o paciente: existe relação?

Clinical profile of the medical professional and approach to life style change with the patient: is there a relationship?

DOI:10.34119/bjhrv6n1-191

Recebimento dos originais: 02/01/2022

Aceitação para publicação: 30/01/2023

Júlia de Sousa Oliveira

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM)
Endereço: Rua Major Gote, 808, Caiçaras, Patos de Minas – MG
E-mail: juliasoliveira@unipam.edu.br

Andressa Caldas de Lima Slonski Delboni

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM)
Endereço: Rua Major Gote, 808, Caiçaras, Patos de Minas – MG
E-mail: andressacaldas@unipam.edu.br

Averaldo Júnior Braga Roque

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM)
Endereço: Rua Major Gote, 808, Caiçaras, Patos de Minas – MG
E-mail: juliasoliveira@unipam.edu.br

Bruno Faria Coury

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM)
Endereço: Rua Major Gote, 808, Caiçaras, Patos de Minas – MG
E-mail: juliasoliveira@unipam.edu.br

Juliana Silva Neiva

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM)
Endereço: Rua Major Gote, 808, Caiçaras, Patos de Minas – MG
E-mail: juliasoliveira@unipam.edu.br

Mariana Melo Martins

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM)
Endereço: Rua Major Gote, 808, Caiçaras, Patos de Minas – MG
E-mail: juliasoliveira@unipam.edu.br

Meire de Deus Vieira Santos

Mestra em Medicina de Família e Comunidade pela Fiocruz (UFU)
Instituição: Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM)
Endereço: Rua Major Gote, 808, Caiçaras, Patos de Minas – MG
E-mail: meirevieira@unipam.edu.br

Danyane Simão Gomes

Doutora em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca (UNIFRAN)
Instituição: Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM)
Endereço: Rua Major Gote, 808, Caiçaras, Patos de Minas – MG
E-mail: danyane@unipam.edu.br

RESUMO

Introdução: Mudança de estilo de vida (MEV) constitui atividade essencial na Atenção Primária à Saúde (APS). É o método mais eficaz na prevenção e no tratamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DNCT). Objetivo: Identificar o perfil clínico dos médicos que atuam na APS em uma cidade de médio porte no interior de Minas Gerais, identificando as possíveis dificuldades encontradas por eles na abordagem de MEV com os pacientes e, assim, verificar se existe relação entre as duas variáveis. Metodologia: Estudo transversal, descritivo qualitativo. Coleta de dados com questionário semiestruturado de perfil clínico-epidemiológico e análise qualitativa de dificuldades em abordar MEV. Análise quantitativa por Estatística Descritiva e Teste Qui-Quadrado. Análise qualitativa por conteúdo dos discursos. Resultados: 41,38% entre 26-35 anos, 58,62% do sexo feminino, 89,65% têm autopercepção positiva de saúde, 3,44% tabagistas, 62,06% etilistas, 75,86% fisicamente ativos, 27,58% dislipidêmicos, 3,44% diabéticos, 10,34% hipertensos, 65,51% têm excesso de peso. 27,58% possuem dificuldade de abordar MEV. Médicos ativos e com autopercepção positiva de saúde têm menos dificuldade ($\chi^2 > 3,84$ para $p > 0,05$). As dificuldades envolvem resistência, fatores externos, dificuldade de compreensão, patologias limitantes e pandemia. Discussão: Sexo e faixa etária são comuns a outros estudos. Autopercepção de saúde é fator preditivo de morbimortalidade. Baixo tabagismo condiz com a redução da prevalência desse hábito. Etilismo é comum nessa faixa etária. Sedentarismo piorara as DNCT e aumenta sua incidência. Diabetes e hipertensão aumentam conforme aumenta a idade. Dislipidemia e obesidade se relacionam. Conclusão: O perfil encontrado foi adulto (26-35 anos), sexo feminino, autopercepção positiva de saúde, não tabagista, etilista social, ativo, sem diabetes ou hipertensão, tendência a excesso de peso. 27,58% possuem dificuldade de abordar MEV. As dificuldades envolvem resistência, fatores externos, compreensão, patologias limitantes e pandemia. Médicos ativos e com autopercepção positiva de saúde têm menos dificuldade.

Palavras-chave: atenção primária à saúde, estilo de vida, médico, perfil epidemiológico.

ABSTRACT

Introduction: Lifestyle change (MEV) is the essential activity in Primary Health Care (PHC). It is the most effective method in the prevention and treatment of Chronic Non-Communicable Diseases (DNCT). Objective: To identify the clinical profile of physicians working in PHC in a medium-sized city in the interior of Minas Gerais, identifying possible difficulties encountered by them in the approach of SEM with patients and, thus, verifying if there is a relationship between the two variables. Methodology: Cross-sectional, descriptive, qualitative study. Data collection with a semi-structured clinical-epidemiological profile questionnaire and qualitative analysis of difficulties in addressing MEV. Quantitative analysis by Descriptive Statistics and Chi-Square Test. Qualitative analysis by discourse content.

Results: 41.38% between 26-35 years, 58.62% female, 89.65% have positive self-perception of health, 3.44% smokers, 62.06% alcoholics, 75.86% physically active, 27, 58% dyslipidemic, 3.44% diabetic, 10.34% hypertensive, 65.51% are overweight. 27.58% have difficulties in approaching SEM. Active physicians with positive self-perception of health have less difficulty ($\chi^2 > 3.84$ to $p > 0.05$). Difficulties involve resistance, external factors, difficulty in understanding, limiting pathologies and pandemic. Discussion: Sex and age group are common to other studies. Self-perceived health is a predictor of morbidity and mortality. Low smoking is consistent with the reduction in the prevalence of this habit. Alcoholism is common in this age group. Sedentary lifestyle worsened as DNCT and its increase. Diabetes and hypertension increase with age. Dyslipidemia and obesity are related. Conclusion: The profile found was adult (26-35 years), female, positive self-rated health, non-smoker, social drinker, active, without diabetes or hypertension, tendency to overweight. 27.58% have difficulties in approaching SEM. Difficulties involve resistance, external factors, difficulty in understanding, limiting pathologies and pandemic. Active physicians with positive self-perception of health have less difficulty.

Keywords: primary health care, lifestyle, doctor, epidemiological profile.

1 INTRODUÇÃO

A promoção de saúde e a prevenção das doenças, dos acidentes, das violências e dos seus fatores de risco, além do tratamento e da reabilitação incluem as estratégias que intervêm no processo de saúde e de doença. Sabe-se que a saúde é resultado de contínuos avanços nos campos físico, psíquico e social e que está, intrinsecamente, relacionada à qualidade de vida (CARVALHO; COHEN; AKERMAN, 2017).

A prevenção primária aborda a proteção específica a uma doença, como por meio das campanhas de vacinação; a prevenção secundária visa realizar diagnóstico precoce em populações sintomáticas e rastreamento em público assintomático, já em nível terciário, há reabilitação e redução de danos. A prevenção quaternária é evitar iatrogenia. A nível primário, a promoção de saúde aborda o período anterior a doença, enfocando as mudanças no estilo de vida. Sendo assim, permite abordar o paciente em sua visão holística, a fim de intervir nos fatores predisponentes às diferentes patologias (BRASIL, 2018).

As mudanças do estilo de vida constituem atividade essencial dos programas de saúde na atenção primária à saúde, incluindo a reeducação alimentar e o incentivo à prática de atividade física, em consonância ao cuidado dos aspectos fisiológicos, como o sono e o humor. Essas condutas constituem o método mais eficaz na prevenção e no tratamento das doenças e dos agravos crônicos não transmissíveis, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o Diabetes Mellitus (DM) e a Síndrome Metabólica, implicando no Risco Cardiovascular (RCV) (MADEIRA *et al.*, 2018).

Todavia, abordar as mudanças de comportamento é uma tarefa complexa, visto a resistência arraigada nos indivíduos em vencer certos vícios impostos, como o tabagismo e o etilismo. É um encargo que exige disciplina, planejamento e incentivo por parte do profissional e do paciente, sendo fundamental a compreensão dos impasses envolvidos nesse processo (CARVALHO; COHEN; AKERMAN, 2017).

Nesse sentido, o objetivo desse estudo é identificar o perfil clínico dos médicos que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) em uma cidade de médio porte no interior de Minas Gerais, identificando as possíveis dificuldades encontradas por eles na abordagem de mudança de estilo de vida com pacientes e, assim, verificar se existe relação entre as duas variáveis.

2 METODOLOGIA

O presente estudo é transversal, descritivo, qualitativo e quantitativo, desenvolvido na rede de Atenção Primária à Saúde (APS) em uma cidade de médio porte no interior de Minas Gerais. O projeto teve aprovação pelo Comitê de Ética de Pesquisa do Centro Universitário de Patos de Minas, conforme Parecer número 4.464.272.

A amostra inicial eram 50 profissionais médicos atuantes na APS. Foram incluídos todos os profissionais com graduação em Medicina, independente de título de especialização ou de subespecialização, de todos os gêneros e idades, bem como Portadores de Necessidades Especiais (PNE). Foram excluídos aqueles que não completaram a graduação, bem como acadêmicos de quaisquer períodos do curso, além daqueles que se recusaram a participar da pesquisa.

Após a aplicação desses critérios, a amostra final foi de 29 médicos que responderam ao questionário semiestruturado. Tal instrumento foi de autoria própria, baseado na análise de outros estudos que enfocaram a caracterização de um perfil clínico-epidemiológico, com a inclusão de uma pergunta qualitativa em relação às dificuldades em abordar a Mudança de Estilo de Vida (MEV).

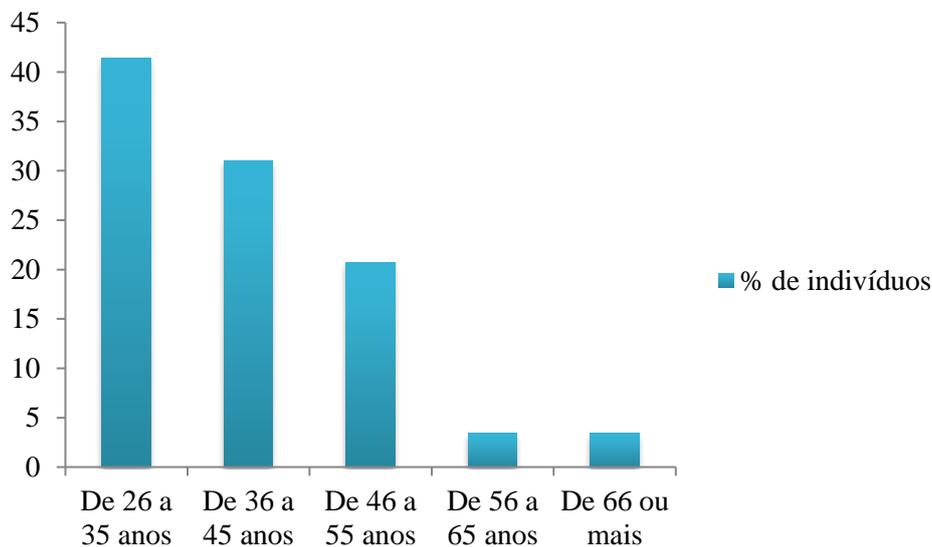
Os dados foram quantitativos foram analisados por meio da Estatística Descritiva, de modo que os padrões foram detectados e, assim, expostos por meio de tabelas e de textos descritivos. Para verificar a existência ou não de diferenças estatisticamente significantes entre as frequências de respostas relacionadas ao perfil clínico e as frequências de respostas positivas e negativas dadas à questão sobre dificuldade em abordar MEV foi aplicado o teste do Qui-Quadrado. Para que os valores obtidos sejam considerados estatisticamente significantes devem ser superiores ao valor crítico de $X^2=3,84$. O nível de significância (p) foi estabelecido em 0,05, em um teste bilateral.

Por fim, para a análise qualitativa, os dados foram submetidos a uma pré-análise (fase de organização), categorizados (por exaustão e surpresa) e analisados por meio do método qualitativo de análise de conteúdo dos discursos coletados. Após a leitura flutuante foi realizada uma leitura mais precisa, pontuando-se as unidades de registro (palavras temas e frases recortadas das entrevistas) para limitação das categorias discutidas.

3 RESULTADOS

Participaram desta pesquisa, 29 médicos, sendo 12 (41,38%), do sexo masculino e 17 (58,62%), do sexo feminino. No Gráfico 1, estão demonstradas as frequências e porcentagens de médicos com relação à faixa etária.

Gráfico 1 – Distribuição dos médicos por faixa etária.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

Com relação à autopercepção de saúde, 89,65% (26) dos indivíduos relataram autopercepção positiva e 10,37% (03) negativa. Quanto aos hábitos de vida, fatores que influenciam a percepção de saúde, um médico respondeu ser tabagista, mas não especificou o tipo do cigarro, não citou a quantidade de cigarros que consome, nem a frequência do hábito.

Sobre o consumo de bebida alcoólica, a Tabela 1 demonstra as frequências e as porcentagens de respostas dos médicos quanto a serem etilistas ou não, quanto ao tipo de bebida consumida, a quantidade em doses e a periodicidade de consumo, de acordo com sexo e resultados totais.

Tabela 1 – Distribuição de frequências e de porcentagens de respostas dos médicos quanto ao etilismo, de acordo com sexo e resultados totais.

Respostas	Masc Frq	Masc %	Fem Frq	Fem %	Total Frq	Total %
Etilista						
Sim	09	75,00	09	52,94	18	62,06
Não	03	25,00	08	47,06	11	37,94
Tipo de Bebida						
Cerveja	05	55,56	04	44,44	09	50,0
Destilados	02	22,22	05	55,56	07	38,89
Vinho	02	22,22	00	0,00	02	11,11
Doses consumidas						
Mais que uma dose	07	77,78	06	66,67	13	72,22
Uma dose ou menos	02	22,22	02	22,22	04	22,22
Não respondeu	00	0,00	01	11,11	01	5,56
Periodicidade						
Entre 1-2x/semana	01	11,11	00	0,00	01	5,56
Finais de semana	04	44,44	04	44,44	08	44,44
Em eventos	04	44,44	05	55,56	09	50,00

Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

Quanto à prática de exercícios físicos, sua periodicidade e sua duração, as frequências e as porcentagens das respostas encontram-se Tabela 2 de acordo com sexo e resultados totais.

Tabela 2 – Distribuição de frequências e de porcentagens de respostas dos médicos quanto à pratica exercício físico, de acordo com sexo e resultados totais.

Respostas	Masc Frq	Masc %	Fem Frq	Fem %	Total Frq	Total %
Prática de exercícios						
Sim	10	83,33	12	70,58	22	75,86
Não	02	16,67	05	29,42	07	24,14
Periodicidade						
De 1 a 2x/semana	01	10,00	01	8,33	02	9,09
De 3 a 4x/semana	06	60,00	07	58,33	13	59,10
5x/semana ou mais	03	30,00	04	33,34	07	31,81
Duração						
De 30 minutos a 01 hora	07	70,00	11	61,67	18	81,82
Mais que 01 hora	03	30,00	01	8,33	04	18,18

Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

Com relação à história patológica dos entrevistados, a Tabela 3 demonstra as frequências e as porcentagens da presença de dislipidemia, classificando-a, quando presente, de acordo com sexo e resultados totais.

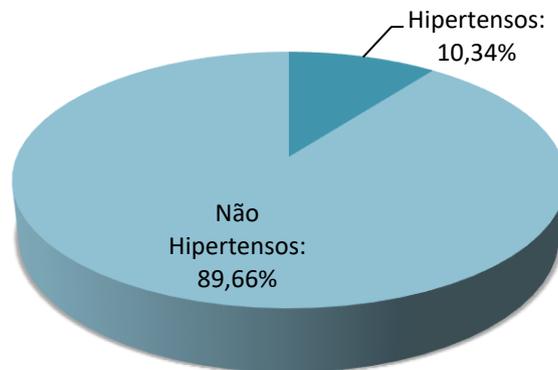
Tabela 3 – Distribuição de frequências e de porcentagens da dislipidemia de acordo com sexo e resultados totais.

Respostas	Masc Frq	Masc %	Fem Frq	Fem %	Total Frq	Total %
Dislipidemia						
Sim	03	25,00	05	29,41	08	27,58
Não	09	75,00	12	70,59	21	72,42
Tipo de dislipidemia						
Mista	02	66,67	04	80,00	06	75,00
Hipercolesterolemia	01	33,33	01	20,00	02	25,00

Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

Em relação ao Diabetes Mellitus, apenas uma profissional informou que tem a patologia, porém não informou o tipo e nem como realiza seu controle. Quanto à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), a Gráfico 2 mostra as porcentagens dessa patologia.

Gráfico 2 – Porcentagens de profissionais médicos hipertensos e não hipertensos.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

Um indivíduo do sexo feminino possui HAS estágio 1 e controla com o uso de diurético tiazídico. Outro indivíduo, agora do sexo masculino, possui HAS estágio 2 e controla com uso de betabloqueador. Um terceiro indivíduo, do sexo feminino, não informou o estágio da HAS e nem quais medicações utiliza.

Quanto ao Índice de Massa Corporal (IMC), nenhum dos participantes apresentou baixo peso. A Tabela 4 demonstra as frequências e as porcentagens da classificação dos IMCs de acordo com sexo e resultados totais.

Tabela 4 - Frequências e porcentagens da classificação do IMC de acordo com sexo e resultados totais.

Respostas	Masc Frq	Masc %	Fem Frq	Fem %	Total Frq	Total %
Normal (18,6-24,9)	02	16,67	08	47,06	10	34,48
Sobrepeso (25-29,9)	08	66,66	05	29,41	13	44,83
Obesidade grau I (30-34,9)	02	16,67	03	17,65	05	17,24
Obesidade grau II (35-39,9)	00	0,00	00	0,00	00	0,00
Obesidade grau III (40 ou mais)	00	0,00	01	5,88	01	3,45
Total	12	100,00	17	100,00	29	100,00

Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

Os 29 médicos, ou seja, 100% dos participantes, afirmaram realizar abordagem de MEV com os pacientes. Apesar disso, 27,58% referiram ter dificuldade nessa ação de promoção de saúde. A Tabela 5 mostra as frequências e as porcentagens de respostas sobre dificuldade em abordar MEV, de acordo com sexo e resultados totais.

Tabela 5 – Distribuição de frequências e de porcentagens de respostas dos médicos quanto à dificuldade em MEV, de acordo com sexo e resultados totais.

Respostas	Masc Frq	Masc %	Fem Frq	Fem %	Total Frq	Total %
Sim	04	33,33	04	23,52	08	27,58
Não	08	66,67	13	76,48	21	72,41
Total	12	100,00	17	100,00	29	100,00

Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significantes nas variáveis prática de exercícios físicos e autopercepção de saúde. Notou-se que médicos que praticam exercícios físicos tiveram menos dificuldades em abordar MEV em relação aos que não praticam. Além disso, os médicos que têm autopercepção positiva da saúde tiveram menos dificuldades em abordar MEV quando comparados àqueles que têm percepção negativa. Estes e os demais resultados são vistos na Tabela 6.

Tabela 6 – Relação do perfil clínico com a dificuldade em abordar Mudança de Estilo de Vida com os pacientes.

Questões Analisadas	Valores do X ²
Prática de exercício físico (sim ou não)	5,33*
Etilista (sim ou não)	0,87
Autopercepção de saúde (positiva ou negativa)	31,73*
Dislipidemia (sim ou não)	1,68
Hipertensão (sim ou não)	1,98
Valor do IMC (normal ou acima do normal)	0,06

(*) Valores estatisticamente significativos para $p < 0,05$.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

Por fim, ao avaliarmos qualitativamente as dificuldades encontradas pelos médicos em abordar MEV com os pacientes, obtivemos as respostas que foram agrupadas no Quadro 1 de

acordo com núcleos de sentidos, sendo *n* o número de respostas por núcleo de sentido e *f* a frequência de respostas por núcleo de sentido.

Quadro 1 – Dificuldades encontradas pelos médicos em abordar MEV com os pacientes de acordo com núcleo de sentido.

Categoria	Resposta Escrita
<i>Resistência</i> (n=7) (f=58,33%)	<p>“A resistência do paciente em sair da zona de conforto.” <i>Sujeito 1</i></p> <p>“Dificuldade de aceitação por parte do paciente. Às vezes preferem tomar medicações ao invés de mudar seus hábitos.” <i>Sujeito 4</i></p> <p>“Desinteresse por parte do paciente.” <i>Sujeito 6</i></p> <p>“Recusa do paciente.” <i>Sujeito 11</i></p> <p>“Falta de adesão do paciente.” <i>Sujeito 12</i></p> <p>“Pacientes possuem resistência na compreensão da necessidade da mudança do estilo de vida. Muitas vezes, querem ficar restritos ao tratamento medicamento e não querem mudar os hábitos.” <i>Sujeito 15</i></p> <p>“Falta de adesão por parte do paciente.” <i>Sujeito 17</i></p>
<i>Fatores externos</i> (n=1) (f=8,33%)	<p>“Falta de condições do paciente (falta de tempo, carga horária dupla, baixa renda).” <i>Sujeito 6</i></p>
<i>Dificuldade de compreensão</i> (n=2) (f=16,67%)	<p>“Dificuldade dos pacientes em entender o plano alimentar (como mudar a rotina alimentar sem deixar o sabor de lado), a necessidade de hidratação e de exposição ao sol. [...] indisposição, dificuldade de percepção do estado de saúde. Por fim, dificuldade de compreender que atividade física faz parte do lazer.” <i>Sujeito 3</i></p> <p>“Auto-sabotagem (não compreendem o que é a mudança de alimentação). Com o tempo, se a pessoa não adere, desisto e busco quem tem adesão.” <i>Sujeito 6</i></p>
<i>Patologias limitantes</i> (n=1) (f=8,33%)	<p>“Doenças como depressão e Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) também são determinantes de dificuldade. [...], além de dores crônicas [...]” <i>Sujeito 3</i></p>
<i>Pandemia</i> (n=1) (f=8,33%)	<p>“A pandemia tem sido um grande determinante [...]” <i>Sujeito 3</i></p>

Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

4 DISCUSSÃO

A faixa etária mais prevalente foi entre 26 e 35 anos de idade, representando 41,38% da amostra. O sexo feminino também foi predominante, representando 58,62% dos entrevistados. Tal perfil é encontrado em outros estudos que abordaram a APS, como o de Santos *et al.* (2017), onde 70% dos profissionais de saúde atuantes nesse segmento de uma cidade de médio porte no interior de Goiás são do sexo feminino, com idade entre 30 e 39 anos (65,1%). Fora do Brasil o cenário também parece ser semelhante, em 2018, nas Astúrias – Espanha, as mulheres representavam 63,4% dos médicos atuantes na APS (MARTÍNEZ; DELGADO; GONZÁLEZ, 2021).

Desde a década de 1950, a autopercepção de saúde foi definida como uma medida epidemiológica, sendo um indicador de saúde muito utilizado em razão de sua fácil aplicação, sua boa validade e sua confiabilidade, além de ser um bom preditor de morbimortalidade (ANDRADE; LOCH; SILVA, 2019). Este estudo mostrou que 10,35% da amostra apresentou autopercepção de saúde negativa, sendo esse indicador mais prevalente no sexo feminino, 11,77% de prevalência contra 8,33% do sexo masculino.

Além disso, foi percebido que os médicos que têm autopercepção positiva da saúde tiveram menos dificuldades em abordar MEV quando comparados àqueles que têm percepção negativa. A hipótese para justificar esse achado se relaciona aos comportamentos de risco à saúde, que, em geral, estão presentes quando autopercepção de saúde é negativa (ANDRADE; LOCH; SILVA, 2019). Nesse sentido, o médico que não pratica os bons hábitos, não realizaria a orientação sobre eles de forma efetiva (MADEIRA *et al.*, 2018).

Quanto aos hábitos de vida, iniciando pelo tabagismo, a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) em 1989 indicou que 34,8% da população com idade de 18 anos ou mais fumava. Os dados de 2019 da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) apontam 12,6 % de adultos fumantes. Essa redução na prevalência vai ao encontro dos achados desta pesquisa, sendo que apenas um participante é tabagista (INCA, 2021).

Em relação ao consumo de bebida alcoólica, o Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA), em 2020, afirmou que 78,6% da população já consumiu bebida alcoólica alguma vez na vida e 40,3% é etilista atualmente. Em nossa pesquisa a prevalência foi 62,06%, maior que a média nacional. Esse achado pode estar relacionado à idade dos participantes, majoritariamente adultos entre 26 e 35 anos de idade. Sabendo que adultos jovens (20-24) possuem a maior prevalência de consumo de álcool, é presumível que esse hábito se propague pela vida adulta (CISA, 2020).

Além disso, 72,22% dos participantes responderam consumir mais que uma dose padrão de álcool por vez (14 g de álcool puro, correspondendo a 350ml de cerveja, 150ml de vinho ou 45ml de destilados). Esse consumo é considerado de risco para perda de anos de vida ajustados por incapacidade, sendo que em 2017 foi o quinto fator de risco para tal desfecho no país (CISA, 2020; MALTA *et al.*, 2021).

Sobre o sedentarismo ou a inatividade física, é preocupante o fato de que 24,32% dos participantes deste estudo são sedentários. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera esse hábito maléfico, sendo que ele inclui maiores riscos de doenças cardiovasculares, de hipertensão, de cânceres de mama e de cólon, além de favorecer o aparecimento de demências e o aumento de peso. Este último, por sua vez, quando associado aos hábitos alimentares inadequados, resulta na intensificação destas doenças crônicas e/ou favorecem o seu surgimento (GUTHOLD *et al.*, 2018).

Nesse sentido, é preciso destacar que médicos que praticam exercícios físicos tiveram menos dificuldades em abordar MEV em relação aos que não praticam (X^2 igual 5,33 para valor crítico de 3,84). Assim, cita-se novamente a questão ética, pois aconselhar bons hábitos visando a Promoção da Saúde sem praticá-la, é incoerente (VARGAS *et al.*, 2019).

Acerca das doenças crônicas não transmissíveis (DNCT), iniciando pela dislipidemia, observou-se prevalência de 27,58%, sendo que 75% eram do tipo misto e 25% do tipo hipercolesterolemia. O sistema público de saúde brasileiro gasta em média 1,3 bilhão de reais anualmente com o tratamento das dislipidemias, encargo que poderia ser reduzido com a abordagem não medicamentosa de adaptação alimentar e física (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Além disso, tanto as alterações lipídicas, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus aumentam o risco para as doenças cardiovasculares (DCV), causadoras de 30% da mortalidade mundial (OLIVEIRA *et al.*, 2017). Apenas um participante da pesquisa relatou ser diabético. Sobre a HAS, houve prevalência 10,34% dentre os participantes, sendo menor que a frequência nacional, que varia de 30% a 36% (TEIXEIRA *et al.*, 2021). Isso pode se relacionar a idade dos participantes, pois, em geral, a pressão arterial e a resistência periférica à insulina aumentam com a idade e a amostra deste estudo é predominantemente de adultos entre 26 e 35 anos (SBC, 2021).

Sobre o peso inadequado, que possui forte correlação com as dislipidemias, o excesso de peso foi de 65,51% da amostra, sendo a frequência de sobrepeso 44,83%, de obesidade grau I 17,24% e um participante apresentou obesidade grau III. Nos homens o excesso de peso teve prevalência 83,33%, maior que a média nacional de 57%, já nas mulheres foi de 52,94%, também maior que a nacional de 43% (TEIXEIRA *et al.*, 2021).

Sabe-se que o excesso de peso é resultado de inúmeros fatores associados, com patologias prévias, alimentação hipercalórica e prática reduzida de atividade física. Somam-se a isso as questões relacionadas ao trabalho, como as longas jornadas, as demandas exacerbadas e até mesmo a exposição a ambientes hostis, o que, por sua vez, pode refletir nos fatores de risco para aumento de peso. A partir disso, nota-se que os profissionais de saúde são alvos de todas essas ameaças, visto que, muitas vezes, não apresentam uma rotina favorável, podendo justificar a frequência de excesso de peso superior à média nacional encontrada nesta pesquisa (SIQUEIRA *et al.*, 2019).

Apesar de amostra ser heterogênea em relação às DNCT e aos hábitos de vida, os 29 médicos, ou seja, 100% dos participantes, afirmaram abordar MEV com os pacientes. Isso mostra o reconhecimento de tais mudanças comportamentais como o método mais eficiente para prevenir e tratar as DCNT, visando três principais componentes: (re)educação alimentar, combate ao sedentarismo e abordagem comportamental (BRASIL, 2020).

Apesar disso, 27,58% referiram possuir alguma dificuldade em realizar essa abordagem. Durante a análise qualitativa, os obstáculos relatados foram exclusivamente com relação ao paciente ou ao meio em que ele está inserido e não em relação à própria abordagem. Isso mostra que o conceito de relação médico-paciente não está bem estabelecido entre todos os profissionais. A perspectiva paternalista dessa relação, em que o paciente tem papel submisso, além de ser culpabilizante para o doente, não é suficiente para descrever a complexidade dessa interação (CRUZ, 2017).

De forma geral, a adesão ao tratamento pode ser definida a tomada de medicações ou a realização de procedimentos prescritos em pelo menos 80% do seu total, levando em conta os horários, as doses e o tempo estabelecidos (DALLACOSTA; RESTELATTO; TURRA, 2019). A não adesão é um fenômeno multifatorial, Cruz (2017) cita que a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2003, propôs um modelo de análise dos fatores relacionados à adesão/não adesão aos tratamentos em cinco dimensões: sociais e econômicos, serviços e profissionais de saúde, tratamento, doença e paciente.

Já neste estudo, foram obtidos cinco núcleos de sentido relacionados a não adesão à MEV, segundo os médicos da APS da cidade analisada: resistência, fatores externos, dificuldade de compreensão, patologias limitantes e pandemia. A presença de resistência e de patologias limitantes são confirmadas por outros estudos como o de Cardoso, *et al.* (2019) em que pacientes hipertensos justificaram o sedentarismo pelo baixo interesse em realizar exercícios físicos e pela existência de doenças osteomusculares. No modelo da OMS, a

resistência é um fator relacionado ao paciente e a presença de comorbidade é relacionado à doença (CRUZ, 2017).

Quanto aos fatores externos relacionados aos pacientes, o status socioeconômico, conforme o modelo da OMS, é um dos maiores obstáculos. De forma geral, a população com menor renda e menor escolaridade está mais exposta aos fatores de risco, necessitando de maior atenção e assistência (CARDOSO *et al.*, 2021).

A dificuldade de compreensão perpassa por quatro dos cinco fatores do modelo da OMS, os sociais e econômicos, os serviços e os profissionais de saúde, o tratamento e o paciente. Com relação ao socioeconômico, o nível de escolaridade é um determinante na comunicação, sendo o profissional de saúde responsável por detectar esse fator e adequar as explicações e prescrições a isso (CRUZ, 2017).

Sobre os serviços de saúde, eles precisam ter estrutura adequada e acessibilidade para receber os pacientes para que os profissionais, estando bem capacitados por meio da educação permanente em saúde, possam executar suas funções. Assim sendo, o profissional que recebe capacitação e possui recursos estruturais, irá conseguir propor mais ações para melhorar a compreensão do paciente quanto ao determinante tratamento (CRUZ, 2017).

Essas ações devem contemplar informações acerca dos riscos e dos benefícios do tratamento, sua duração e as possíveis alterações futuras nesse plano terapêutico. Além disso, em muitas patologias não haverá melhora imediata dos sintomas, porém os efeitos colaterais de medicações estarão presentes, o que torna essa explanação imprescindível (CRUZ, 2017).

Já os fatores relacionados ao paciente são, principalmente, psicológicos. As percepções e as expectativas do indivíduo com relação à propedêutica devem estar claras. Novamente, o papel do profissional de saúde é ponderar isso de modo a proporcionar a melhor compreensão possível (CRUZ, 2017).

Por fim, a pandemia causada pelo coronavírus 2019, COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*) aumentou o comportamento de risco à saúde, isto é, os brasileiros passaram a praticar menos atividade física (aumento do sedentarismo), aumentaram o tempo dedicado às telas, reduziram o consumo de alimentos saudáveis e aumentaram os ultraprocessados. Além disso, em decorrência, principalmente da ansiedade, o consumo de cigarro e de álcool foi aumentado, negligenciando os bons hábitos de vida que proporcionam maior longevidade. Tudo isso, em conjunto, formam o alicerce comum para o desenvolvimento das DCNT, logo, esses são os pontos chave de intervenção (MALTA *et al.*, 2020).

5 CONCLUSÃO

Portanto, conclui-se que o perfil geral do médico atuante na APS da cidade analisada é o adulto, entre 26 e 35 anos idade, do sexo feminino, com autopercepção positiva de saúde, não tabagista, etilista social, fisicamente ativo, sem diabetes mellitus ou HAS, porém com tendência a excesso de peso.

Sobre o incentivo aos hábitos saudáveis, dentre os profissionais analisados, 27,58% possuem dificuldades em abordar MEV. As dificuldades apontadas envolvem fatores relacionados ao paciente, como resistência, dificuldade de compreensão e patologias limitantes e, ao meio em que ele está inserido, como os fatores externos e a pandemia.

Por fim, ressalta-se que houve relação entre duas variáveis do perfil clínico dos médicos com a dificuldade em abordar MEV. A saber, os médicos que praticam exercícios físicos e os que têm autopercepção positiva de saúde têm menos dificuldade.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, G.F.; LOCH, M. R.; SILVA, A. M. R. Mudanças de comportamentos relacionados à saúde como preditores de mudanças na autopercepção de saúde: estudo longitudinal (2011-2015). **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 4, p. 1-15, 2019.
- BRASIL. Secretaria Estadual de Saúde Da Bahia. **Boletim epidemiológico das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DNCT) e da Covid-19**. n. 1, 2020.
- BRASIL. Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. **Mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis**. Departamentos Regionais de Saúde, 2020.
- BRASIL. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo da Linha de Cuidado das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na Atenção Primária à Saúde (APS) do Município de São Paulo. 1 ed. São Paulo: **Instituto Tellus**, 2020.
- CARDOSO, L. S. M. *et al.* Consumo de frutas e hortaliças, atividade física no lazer e consumo abusivo de bebida alcoólica em Belo Horizonte, Brasil, segundo Índice de Vulnerabilidade à Saúde. **Rev. Bras. Epidemiol.** n. 24, s. 1, 2021.
- CARDOSO, S. L. *et al.* Hipertensão Arterial: mudança de hábitos para adesão ao tratamento. **Revista Interfaces**, v.7, n.1, p. 219-223, 2019.
- CARVALHO, F.F.B; COHEN, S.C.; AKERMAN, M. Refletindo sobre o instituído na Promoção da Saúde para problematizar 'dogmas'. **Saúde Debate**. v. 41, n. 3, p. 265-276, 2017.
- CISA. Centro de Informações sobre Saúde e Álcool. **Álcool e a Saúde dos Brasileiros: panorama 2020**. São Paulo. 2020.
- CRUZ, R. S. Evolução do conceito de adesão à terapêutica. **Saúde & Tecnologia**, v.18, p. 11-16, 2017.
- DALLACOSTA, F.M.; RESTELATTO, M. T. R.; TURRA, L. Adesão ao tratamento e hábitos de vida de hipertensos. **Rev. pesquis. cuid. fundam.**, v. 11, n.1, p. 127-131, 2019.
- INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Dados e números da prevalência do tabagismo**. Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco, 2021. Acesso em: 13 jun. 2021. Disponível em: < <https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-prevalencia-tabagismo>>
- MADEIRA, F. B. *et al.* Estilo de vida, hanitus e promoção da saúde: algumas aproximações. **Saúde Soc.** São Paulo/SP, v. 27, n. 1, p. 106-115, 2018.
- MALTA, D. C. *et al.* Tendência temporal da prevalência de indicadores relacionados à condução de veículos motorizados após o consumo de bebida alcoólica, entre os anos de 2007 e 2018. **Rev. Bras. Epidemiol.** n. 23, s. 01, 2020.
- MARTÍNEZ, J. A.C.; DELGADO, R.C.; GONZÁLEZ, P. A. Self-perception of theoretical knowledges and practical skills by primary health care physicians in life-threatening emergencies according to their gender. **Medicine**, v. 100, n. 8, p. 1-6, 2021.

MENDES, R.; FERNANDEZ, J. C. A.; SACARDO, D. P. Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações. **Saúde Debate**. V. 40, N. 108, P. 190-203, Rio de Janeiro, jan-mar 2016.

OLIVEIRA, L.B. *et al.* Prevalência de dislipidemias e fatores de risco associados. **J. Health Biol Sci.**, v. 5, n. 4, p. 320-325, 2017.

OLIVEIRA, R. F. **Educação Alimentar: intervenção no controle glicêmico de portadores de diabetes mellitus tipo 2.** Monografia para obtenção do Título de Especialista em Saúde da Família. Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) – Ceará, 2018.

SANTOS, N. A. *et al.* Avaliação dos Atributos da Atenção Primária por Profissionais de Saúde. **Revista de APS**, v.20, n.3, p. 339 – 348, 2017.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arq Bras Cardiol.**, v. 11, n. 3, p. 516-658, 2021.

SIQUEIRA, F. V. *et al.* Excesso de Peso em Profissionais de Saúde. **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 138-145, 2019.

TEIXEIRA, M. E. F. *et al.* Fatores de Risco Cardiovascular em Cardiologistas Especialistas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 116, n. 4, p. 774-78, 2021.

VARGAS, D. L. F. *et al.* Promoção da Saúde: Coerência nas Estratégias de Ensino-Aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 1, p. 641-651, 2019.