

Percepção do Processo Saúde-doença: Significados e Valores da Educação em Saúde

Perceptions of the Health-disease Process: Meanings and Values in Health Education

Ana Maria Chagas Sette Câmara¹
Vinícius Lins Costa Melo¹
Maria Gabriela Pimentel Gomes¹
Bruna Calado Pena¹
Ana Paula da Silva¹
Kênia Marice de Oliveira¹
Ana Paula de Sousa Moraes¹
Gabriella Rodrigues Coelho¹
Luciana Ribeiro Victorino¹

PALAVRAS-CHAVE:

- Educação em Saúde
- Representações Sociais
- Promoção de Saúde.

KEYWORDS:

- Health Education
- Social Representations
- Health Promotion.

Recebido em: 01/04/2010

Reencaminhado em: 20/09/2010

Aprovado em: 21/09/2010

RESUMO

A relevância sociológica do estudo das representações sociais do processo saúde-doença está no fato de que elas fundamentam práticas e atitudes dos seus atores, assim como as relações que eles estabelecem com o seu contexto social e com aquilo que lhes acontece. O problema dessa pesquisa consiste em conhecer as representações sociais do processo saúde-doença dos profissionais do PSF, considerando que esse conhecimento pode ser fundamental para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde. A abordagem metodológica desta pesquisa foi qualitativa, tendo por base as representações sociais dos profissionais de apoio e das equipes de saúde da família do Centro de Saúde Milionários, em Belo Horizonte, Minas Gerais. Para a coleta de dados, foi utilizada entrevista individual semi-estruturada abordando os seguintes aspectos: processo saúde-doença; educação em saúde; e barreiras ou dificuldades para prescrição/adoção de hábitos saudáveis. Os dados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo, a partir das categorias: dimensões do processo saúde-doença; barreiras ou dificuldades para adoção de hábitos saudáveis; e significados e valores da educação em saúde. Os dados apontam que há necessidade de modificações conceituais na formação permanente desses profissionais e da inclusão do enfoque coletivo, abordando o conceito ampliado de saúde com seus determinantes sociais e contextuais. Faz-se necessária também a busca de novas metodologias de educação em saúde, para que os profissionais do PSF possam ir além da informação e consigam a ressignificação dos conceitos do processo saúde-doença, podendo de fato estabelecer novas práticas e novos processos de trabalho em saúde.

ABSTRACT

The sociological relevance of social representations of the health-disease process lies in the fact that they underlie the various participants' practices and attitudes, as well as the relations they establish with their social context and the health events that affect them. This study focused on social representations of the health-disease process among health workers in the Family Health Program, assuming that such knowledge is essential for developing health education practices. The study adopted a qualitative methodological approach, based on social representations by support staff and family health teams at the Milionários Health Center in Belo Horizonte, Minas Gerais State. Data collection used a semi-structured individual interview on the following issues: health-disease process; health education; and barriers or difficulties in prescribing/adopting healthy habits. The data were submitted to content analysis, based on the following categories: dimensions of the health-disease process; barriers or difficulties in adopting healthy habits; and meanings and values in health education. The data point to the need for conceptual changes in continuing training of these health workers and the inclusion of a collective focus, approaching the expanded concept of health and its social and contextual determinants. There is also a need for new methodologies for health workers in the Family Health Program to extend beyond information and redefine concepts in the health-disease process, establishing new practices and processes in health work.

INTRODUÇÃO

A complexidade da vida contemporânea, com mudanças globalizadas somadas à transição demográfica e difusão de novos hábitos e padrões de comportamento, alterou as condições e a qualidade de vida da população, o que causou mudanças no perfil das doenças e agravos à saúde¹. Essas mudanças também se refletem na transição epidemiológica brasileira, persistindo, de um lado, as doenças que emergem e/ou reemergem, como as infectocontagiosas, e, de outro, a predominância de condições crônicas, freqüentemente referidas como doenças e agravos não transmissíveis (DANT).

As doenças crônicas podem se desenvolver a partir de modos de vida, sendo considerados fatores de risco a alimentação inadequada, a falta de atividade física e o tabagismo. O sedentarismo tem sido considerado como o fator de risco mais prevalente na população, independentemente do sexo. Associada a pouca atividade física, a alimentação inadequada vem contribuindo para aumentar o número de obesos. De acordo com estimativas globais da Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de um bilhão de adultos apresentam excesso de peso, sendo 300 milhões considerados obesos¹. Assim, a promoção de modos de vida saudáveis é uma ação importante.¹

Segundo Relatório Mundial de Saúde (2003)², dos seis principais fatores de risco para o desenvolvimento das doenças e agravos não transmissíveis, cinco estão intimamente ligados à alimentação e à atividade física – hipertensão arterial, hipercolesterolemia, baixo consumo de frutas e vegetais, excesso de peso corporal e atividade física insuficiente. No Brasil, houve aumento do sedentarismo e modificações dos hábitos alimentares. Atualmente, verifica-se que inúmeros são os desafios encontrados para que a população brasileira alcance um nível ótimo de nutrição e de atividade física.

O Ministério da Saúde vem desenvolvendo ações programáticas³, que focam a promoção da saúde e a prevenção de DANT no Brasil. Entre elas, encontram-se a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), Pactos pela Saúde e pela Vida, em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e de Gestão (PS), Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e o Programa de Saúde da Família (PSF).

O fomento à adoção de hábitos saudáveis de vida, por meio de ações intersetoriais e intervenções planejadas, consiste em estratégia de promoção da saúde, além de medida preventiva e terapêutica de DANT. Constitui, portanto, uma prática de educação em saúde em consonância com o modelo de vigilância à saúde. A elevada prevalência e a significativa morbi-mortalidade das doenças e agravos não transmissíveis coloca-as entre os maiores problemas de saúde pública na atualidade^{3,4}.

Segundo Uchoa e Vidal (1994), muitos estudos revelam que os comportamentos de uma população diante de seus problemas de saúde, incluindo a utilização dos serviços médicos disponíveis, são construídos a partir da percepção de saúde dessa população, a qual se ergue a partir de seu contexto sociocultural. O conhecimento prévio dessa percepção de saúde da comunidade, que determina o pensar e o agir da população perante o processo saúde-doença, é fundamental para a eficiência das ações de assistência e educação em saúde⁵.

Diante desse cenário, observa-se a dimensão da importância da educação em saúde na orientação de hábitos de vida saudáveis pelos profissionais da equipe PSF. Os profissionais do PSF são atores sociais responsáveis pela democratização do conhecimento do processo saúde-doença, uma das diretrizes da ESF⁶.

A Educação em Saúde

A educação em saúde surge como estratégia para promover saúde e prevenção primária e secundária e deve ser uma prática social centrada na problematização do cotidiano, na valorização da experiência dos indivíduos e grupos, tendo como referência a realidade na qual eles estão inseridos. É a soma de todas as experiências que modificam ou exercem influência nas atitudes ou condutas de um indivíduo em relação à saúde e aos processos que necessitam ser modificados⁷. Tem como objetivo estimular as pessoas (público em foco/população) a realizar ações de promoção à saúde – seja pela adoção de hábitos de vida saudáveis, seja pela utilização de forma correta e cuidadosa dos serviços de saúde à sua disposição. Estimula-se a consciência na tomada de decisões, tanto individual como coletivamente, buscando melhorar suas condições de saúde e as condições do meio ambiente. Busca, ainda, desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela própria saúde e pela saúde da comunidade a que pertencem e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva. Essa educação em saúde tem grande papel para diminuir a distância existente entre descobertas/estudos científicos e a aplicação desses na vida diária das pessoas. É ainda a ligação entre as expectativas da população por uma vida melhor e as projeções e estimativas dos governantes ao oferecer programas de saúde mais adequados a essa população^{8,9}.

As ações de saúde focadas somente na condição de saúde/doença contrariam o que é preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS)¹⁰, que define saúde como um estado pleno de desenvolvimento mental, físico e de bem-estar social, não sendo meramente a ausência de doença. Considerando esse modelo, a abordagem das ações e da educação em saúde deve considerar, além dos sinais e sintomas das

doenças, o impacto destes na funcionalidade dos indivíduos, voltado para o entendimento de fatores sociais, psicológicos e ambientais que possam influenciar todas as funções exercidas. Considera-se funcionalidade todas as funções e estruturas do corpo e a capacidade do indivíduo em realizar atividades e tarefas relevantes para sua rotina diária, bem como sua participação na sociedade na qual está inserido. A incapacidade, por sua vez, engloba as diversas manifestações de uma condição de saúde, como prejuízos nas estruturas e funções do corpo e dificuldades no desempenho de tarefas diárias, bem como em desvantagens na interação entre indivíduos e sociedade¹¹⁻¹⁴. A incapacidade não é, portanto, um atributo individual, mas o resultado direto das interações entre os diversos fatores mediadores relativos à determinada condição de saúde. Esses mediadores envolvem tanto os aspectos específicos do indivíduo (como deficiências nas estruturas e funções corporais – patologias), como aqueles referentes ao contexto externo ao sujeito, dentre eles: diferenças culturais e a disponibilidade de serviços e de políticas públicas voltadas para a saúde da população (fatores ambientais)^{11,15}.

A educação em saúde deve ser capaz de utilizar elementos importantes dos aspectos socioculturais de uma população e integrá-los aos conhecimentos técnico-científicos da dimensão biológica, para explicar a complexidade do processo saúde-doença e orientar novas práticas de cuidados com a saúde¹⁶. A educação e a saúde são reconhecidas por Pereira (2003) “como espaços de produção de práticas e conhecimentos determinantes do desenvolvimento das potencialidades humanas, não limitadas ao campo da saúde, mas ampliadas para o campo social”^{17,18}.

A educação em saúde tem papel central nas ações de promoção da saúde e, a partir de seus princípios e práticas, aparece como estratégia relevante para superar o assistencialismo curativista fundamentado na tecnificação dos procedimentos da saúde enfocados na doença exclusivamente.

Dickson e Abegg citado por Kriger¹⁹ definem três fundamentos como princípios inseparáveis da promoção da saúde e possibilidades de educação em saúde: 1) reconceituar a saúde como mudança de ideologia capaz de ampliar a meta de melhorar o estado de saúde, seja individual ou coletiva, para buscar a justiça social; 2) potencialização como processo pelo qual indivíduos e comunidades são capazes de tomar o poder e agir para transformar suas vidas e seu meio; e 3) participação comunitária, considerando que a saúde é determinada pela equidade e justiça social, em que a participação efetiva da população passa a ocupar lugar de destaque.

Nessa perspectiva, repensar os conteúdos e práticas educativas de saúde direcionadas à comunidade, incluindo a

dimensão social e política do processo saúde-doença para o fortalecimento do controle social, é um objetivo necessário nos processos de educação em saúde²⁰. Contribui para o desenvolvimento do conceito de cidadania, entendido como direito e dever do cidadão de participar ativamente de processos relevantes de interesse público, como é o caso da saúde, e para benefício da coletividade.

Representações de Saúde e Doença

Apesar de todos os conceitos estabelecidos sobre saúde e doença, sabe-se que eles, ao longo dos anos, têm sido compreendidos ou enfrentados de acordo com as diversas formas de existir das sociedades, expressas nas diferentes culturas e formas de organização. Eles dependem do entendimento que se tem do ser e de sua relação com o meio em que está inserido. Esse entendimento varia de acordo com a cultura de cada lugar e o momento histórico. Por tudo isso, a conceituação de saúde se faz tão difícil de ser fixada, uma vez que está condicionada ao momento histórico e às condições concretas e peculiares de existência²¹.

Adam e Herzlich (2000)²² analisaram muitos trabalhos internacionais sobre as representações de saúde e doença e concluíram que as pessoas se apoiam em conceitos, símbolos e estruturas interiorizadas na interpretação dos fenômenos orgânicos, conforme os grupos sociais a que pertencem. Algumas doenças firmam-se no imaginário coletivo, enquanto outras, os indivíduos, em função de suas experiências e contexto, podem elaborar ou reelaborar interpretações, apoiando-se em recursos coletivos.

As continuidades e descontinuidades das distintas concepções de doença, desde a Antiguidade até o início do século 20, foram identificadas na abordagem histórica das representações sociais da doença, realizada por Sevalho (2003)²³, que percorre um conjunto de autores como Canguilhem, Le Goff, Rosen, Foucault, Tamayo, Capra e outros.

As representações sociais são conceituações que buscam explicar as alterações/mudanças e experiências (assim como a experiência de saúde-doença) do homem por uma perspectiva coletiva, mas sem deixar de lado a sua individualidade. Traduzem a maneira como uma comunidade vive, age e pensa suas relações, sendo resultado do acúmulo de experiências, tradições carregadas por gerações. Não devem ser vistas como sistemas fechados que irão determinar as práticas do indivíduo, pois são a todo momento refeitas e ampliadas em decorrência das interações indivíduo-meio e indivíduo-indivíduo²⁴. Entendidas como abordagem e ferramenta de pesquisa, são capazes de revelar dados em uma perspectiva interdisciplinar, buscando as subjetividades coletivas, podendo ser aplicadas

na área da saúde, tendo em vista a integralidade para a elucidação de questões relacionadas aos determinantes sociais do processo saúde-doença. Dessa forma, as representações sociais buscam investigar a significação, os valores, interesses e visão de mundo de diferentes segmentos da população, sendo amplamente discutidas e documentadas na literatura acadêmica^{25,26}. Por isso, estudos focados na percepção de saúde das equipes multiprofissionais são importantes para o entendimento do processo de trabalho desses profissionais e para o planejamento das ações de educação permanente em saúde^{5,27}.

OBJETIVO

O problema desta pesquisa consiste em conhecer as representações sociais do processo saúde-doença dos profissionais de saúde de uma unidade de atenção básica envolvidos nos processos de educação em saúde, considerando que esse conhecimento pode ser fundamental para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde.

METODOLOGIA

Tipo e Local da Pesquisa

O presente estudo teve caráter transversal exploratório e foi realizado com uma amostra de conveniência de profissionais da saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) Milionários, do município de Belo Horizonte, Minas Gerais. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFMG e da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

Sujeitos

Sendo uma abordagem metodológica qualitativa, o número da amostra foi determinado pelo critério de saturação. Foram entrevistados 68 profissionais da saúde da UBS Milionários, incluindo porteiros, guardas municipais de saúde, auxiliares administrativos, auxiliares e técnicos de enfermagem, agentes da zoonose, odontólogos, psicólogos, técnicos e auxiliares de higiene bucal e membros das equipes de saúde das Equipes de Saúde da Família: médicos, enfermeiros e agentes comunitários.

Aspectos Éticos

Este estudo faz parte do projeto de pesquisa Promoção de Modos Saudáveis de Vida em Adultos e Idosos Residentes em Áreas de Abrangência de Unidades Básicas de Saúde do Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, desenvolvido por docentes e discentes da UFMG, dentro do projeto Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, no ano de 2009. O trabalho foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa

da UFMG e da Secretaria Municipal de Saúde, tendo sido financiado com recursos do Pró-Saúde UFMG/PBH e do PET-Saúde 2009.

Todos os envolvidos aceitaram participar voluntariamente da pesquisa após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Forma de Coleta e Tratamento dos Dados

Para a coleta de dados foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas cujas gravações foram realizadas na Unidade Básica de Saúde. O roteiro da entrevista foi constituído de seis questões abordando os seguintes temas: processo saúde-doença; educação em saúde; barreiras ou dificuldades para prescrição/adoção de hábitos saudáveis. Para interpretação dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo²⁸, que é um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Essa técnica se refere a procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das falas, obtendo indicadores, qualitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas falas. Após a leitura das entrevistas, esse material foi organizado, definindo-se as unidades de registro e de contexto. Para a análise dos dados foram criadas categorias, tais como: 1) dimensões do processo saúde-doença; 2) barreiras ou dificuldades para adoção de hábitos saudáveis; e 3) significados e valores da educação em saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor contextualização dos resultados desta pesquisa, cabe descrever o Centro de Saúde Milionários, uma das vinte Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário do Barreiro, no município de Belo Horizonte, Minas Gerais. O centro tem sob sua responsabilidade sanitária uma população de 21.300 habitantes²⁹. Sua área de abrangência é classificada como de médio risco e dispõe da seguinte estrutura operacional: cinco equipes de saúde da família; duas equipes de saúde bucal; um assistente social; e quatro médicos de apoio, sendo um ginecologista, um clínico geral e dois pediatras. O centro ainda se constitui sede de uma equipe matricial de saúde mental (um psiquiatra e duas psicólogas), a qual presta assistência à população adstrita de mais duas outras UBSs. Conta ainda com o serviço de zoonoses, contando com seis agentes de campo e um coordenador; serviço administrativo (quatro funcionários); serviço de higienização (dois funcionários) e gerência.

Os resultados encontrados foram analisados e organizados em três categorias dimensões do processo saúde-doença; dificuldades e barreiras para a adoção de hábitos de vida saudáveis; e significados e valores da educação em saúde. A seguir

serão apresentadas as falas, classificadas em cada categoria de análise:

Dimensões do Processo Saúde-doença

“Saúde é você poder fazer as coisas que você deseja... é você ter hábito de vida boa... você não precisa às vezes de tomar nenhum medicamento.”

“Saúde é a prevenção...prevenção contra doença... pra não chegar adoença.”

“No meu entendimento do que é saúde...É um estado em que o indivíduo se encontra sem...como é que eu vou falar?... sem manifestações de anormalidades.”

Os dados revelam que há um predomínio da concepção biomédica sobre o estado de saúde, centralizando a doença no processo, presentes nas vinhetas que apresentaram o maior número de repetições, limitando as causas do estado de saúde ao autocuidado sobre o corpo. Doença é considerada como alteração da estrutura e função corporal, decorrente muitas vezes de descuido individual com o próprio corpo.

“Doença seria algo que não vai bem com o nosso corpo.”

“Doença é qualquer fator que leva ao prejuízo das funções normais do organismo, causando danos e prejudicando o dia a dia daquela pessoa ... acho que é só isso.”

“Doença é a perda da capacidade física... é a falta de uma alimentação adequada, de lazer ... tá fazendo doença como, por exemplo, diabetes, hipertensão ... obesidade ... acho que é isso que dá pra concluir que é doença ou saúde ...”

“Doença é tudo aquilo que vem afetar o bem-estar da pessoa ... tanto doença psicológica quanto... física ...”

Todas as falas priorizam o cuidado com o corpo e o seu bom funcionamento. Há ainda um discurso higienista e assistencialista sobre o corpo, a partir da prescrição de hábitos e comportamentos individuais como única possibilidade de se evitar as doenças. Esse mesmo dado foi observado no estudo de Medeiros (2007)²⁵ com profissionais de serviço e moradores da comunidade do Coripós, em Blumenau, Santa Catarina.

“Saúde pra mim é uma boa qualidade de vida, mantendo exercício físico [...] é que ajuda muito [...] alimentação, ter lazer e, sobretudo, tá tranquilo [...] ter um trabalho legal, né?”

“Ah... doença é a falta... falta de moradia... de uma assistência básica adequada... falta de escolaridade...isso tudo...falta de uma boa escola... ou seja... uma estrutura... isso tudo causa falta da saúde...a falta das necessidades básicas...”

É interessante observar que já identificam alguns elementos do conceito ampliado da saúde considerando fatores contextuais^{27,30,31}. A participação/inserção e vida social do indivíduo, assim como os fatores ambientais, fazem-se presentes de maneira incipiente. No entanto, quando falam sobre cuidado e preservação da saúde, ainda reduzem ações à prevenção de doenças e ações individuais por meio de uma boa alimentação e prática de atividade física para o bem-estar e promoção de saúde.

“Tenho bastante cuidado com a limpeza... tipo assim... tipo de saúde... doenças que passam... né?... contagiosas... cuidados... lavar as mãos todas as vezes... toda hora que pegar em alguma coisa lavar as mãos... cuidando da saúde mesmo... limpeza, higienização.”

“... eu fiz uma reeducação, né?... eu comecei a fazer a caminhada, foi com isso que foi tirada a medicação da hipertensão... só depois disso e isso é bater e valer... eu paro de fazer caminhada... às vezes uns quarenta trinta dias... aí minha pressão aumenta aí quando eu volto a fazer caminhada minha pressão abaixa, e diminuí o sal, diminuí a fritura...”

“... a atividade física, ela vai propiciar ter uma boa saúde... e agora, caso contrário, se a pessoa ficar na vida no sedentarismo, alimentação é inadequada ... isso aí vai provocando danos ao organismo e vai causando com isso doenças, né?”

A grande maioria dos entrevistados ainda não tem clareza da relação do estilo de vida com a doença. Um deles, quando questionado se havia alguma relação do seu estilo de vida com a sua saúde, respondeu:

“Meu estilo de vida com a minha saúde? Sim há relação... eu tenho um estilo de vida e por isso eu tenho a saúde que eu tenho. Talvez se eu bebesse ou fumasse, eu teria outra... então há.”

Esse mesmo entrevistado respondeu à questão seguinte, que questionava sobre a relação do seu estilo de vida e a doença, respondeu:

“Acho que não... acho que não”.

Aqueles que fazem alguma correlação deram maior importância ao ritmo de vida como possível disparador de desequilíbrio da saúde. É clara a responsabilização individual pelo adoecimento:

“... eu me alimento mal e fora do horário...”

“Eu fumo...”

“... sou sedentário”

Os fatores socioambientais não são citados, o que é preocupante devido à influência deles em todo o processo de adoecimento, podendo representar a sua principal causa.

“Existe... acho que a correria do dia a dia acaba deixando a gente um pouquinho estressado...”

“Acho que a dificuldade é a falta de tempo... e também... que a gente passa no dia a dia... é a correria... isso afeta assim... o psicológico... deixa a gente mais cansada mais estressada...”

“Procuro me alimentar bem... dormir bem... tomar bastante líquido... evito bebida alcoólica, cigarro e alimentos gordurosos... é isso aí...”

“...me alimento bem...faço exercícios e faço check-up... pelo menos uma vez no ano eu vou ao médico.”

Resultado semelhante pode ser observado em uma pesquisa realizada com adultos residentes em áreas de abrangência de 240 Unidades Básicas de Saúde das regiões Sul e Nordeste. Entre os adultos, o primeiro fator priorizado para a manutenção da saúde foi a alimentação saudável, o segundo foi o exercício físico regular e o terceiro fator, no Sul, foi não fumar, já no Nordeste, foi consultar o médico regularmente³².

Esses resultados são preocupantes, já que se esperava que os entrevistados tivessem uma visão mais ampla do autocuidado, o qual, de acordo com Neves e Wink (2007)³³, está além dos cuidados com a alimentação, exercícios físicos e exames periódicos, devendo ir além do modelo biomédico e englobar o plano físico, mental, emocional, espiritual e energético.

Outra percepção da saúde apresentada nas entrevistas foi relacionada à qualidade de vida, como exemplifica a fala: “Saúde é ter uma boa qualidade de vida.” Dizer, portanto, que o conceito de saúde se relaciona intimamente à qualidade de vida amplia a concepção de saúde apenas como ausência de doença e representa um grande avanço, porque manifesta o desconforto dos profissionais sobre o reducionismo biomédico. Apesar disso, ainda não é o suficiente para realmente definir com clareza e profundidade o conceito de tal questão e revela a dificuldade dos profissionais para encontrar algum sentido teórico e epistemológico fora do marco referencial do sistema médico, que, sem dúvida, domina a reflexão e a prática do campo da saúde pública.

Os profissionais da UBS Milionários, quando indagados sobre o que é doença, revelam-na, em sua maioria, como ausência de saúde. Muitos profissionais também conceituam doença como o funcionamento inadequado do organismo, uma disfunção biológica.

“Doença é qualquer fator que leva ao prejuízo do organismo e das suas funções vitais, causando danos e prejudicando o dia daquela pessoa.”

“Doença é exatamente a falta das condições básicas de cuidado, de higiene e até de nível mental.”

Ao longo das entrevistas, alguns profissionais relataram vários fatores que podem influenciar na presença ou não da doença. É possível inferir que a doença extrapola o aspecto físico, mas envolve a instância psicológica e uma diversidade de fatores determinantes das condições de saúde e/ou de doença de cada cidadão.

Pode-se observar que o processo saúde-doença, ainda hoje, está intimamente relacionado ao processo fisiopatológico em si, devido à freqüente presença da doença em relação com a manifestação de mal-estar físico. Além disso, a análise conjunta dos dois conceitos, saúde-doença, permite afirmar que, embora o conceito ampliado da OMS para saúde seja bastante divulgado e reproduzido nas falas, ele não é de todo compreendido, pois os profissionais da saúde entrevistados revelaram, em suas respostas, que não conseguem perceber a saúde em toda a sua dimensão.

Dificuldades e Barreiras para a Adoção de Hábitos de Vida Saudáveis

A prática de atividades físicas e a ingestão de uma alimentação balanceada e saudável, ou seja, a manutenção de hábitos de vida saudáveis, constituem hoje dois importantes elementos de promoção da saúde, comprovadamente eficazes, na terapêutica de diversas doenças crônicas cardiovasculares, respiratórias, ósteo-musculares, endócrino-metabólicas, psiquiátricas, dentre outras³³⁻⁴⁰. Contudo, há grande dificuldade de se programar essas mudanças na vida dos indivíduos.

A análise do eixo temático “Dificuldades para a adoção de hábitos saudáveis de vida” revelou que a maioria dos entrevistados associa a dificuldade de adoção de hábitos saudáveis de vida às condições inerentes à realidade atual, em que a “falta de tempo” e o “estilo de vida ocidental” regem a priorização das atividades e compromissos na vida.

“Eu acho que é a correria do dia a dia, é muito estresse, movimento, trânsito, tudo isso ajuda a prejudicar.”

“O próprio ritmo de vida. É necessário trabalhar muito. A violência, o trânsito, o próprio ritmo de vida muito acelerado, com tudo isso fica muito difícil. Se você precisa trabalhar muito, se você tem uma vida muito corrida, como você vai promover hábitos saudáveis de vida? Você tem muito pouco tempo para isso, você se dedica durante o dia todo às outras

“pessoas e aí você se esquece de você, sobra pouco tempo para você, para se cuidar.”

“Acho que às vezes a gente preenche os horários com trabalho e acaba não sobrando tempo. Acho que é mais assim, o tempo mesmo.”

No que diz respeito à orientação/prescrição de hábitos de vida saudáveis, muitos entrevistados não compreenderam a pergunta. Outros afirmaram não haver dificuldades para tal, e sim para que o usuário adote tal prescrição/orientação.

A fragilidade da comunicação e a falta de tempo também foram citadas como dificuldade para orientação/prescrição de hábitos saudáveis de vida.

“Eu acho que a dificuldade não é prescrever, e sim o usuário fazer aquilo que você prescreveu. A gente sempre orienta sobre os hábitos saudáveis, mas tem hora que nem a gente consegue cumprir esses hábitos saudáveis; e o paciente tem a mesma dificuldade, ter que trabalhar muito e não ter tempo para cuidar da própria saúde. Então, até que a prescrição seja feita, o problema é o cumprimento dela.”

“Para orientar não tenho nenhuma dúvida. Só que às vezes a pessoa não tem condição de seguir o hábito saudável que a pessoa orienta.”

Os entrevistados consideram que hábitos de vida saudáveis são relativos à alimentação saudável e à prática de atividade física. Para eles, a maior barreira para a adoção de hábitos de vida saudáveis é a dificuldade de se alterar um costume adquirido há muito tempo e já presente no dia a dia das pessoas. A maioria demonstra ter consciência da necessidade de mudança, mas não conseguem aplicar em suas vidas os hábitos considerados saudáveis no dia a dia.

“Eu acho que é o cansaço... que eu chego tão... cansada em casa... e desaminada de sair para fazer uma atividade física... só isso...”

“... nossa... eu acho que não ter... igual eu não tive... é... na minha família... todo mundo tem esse tipo de hábito... então eu não fui acostumada com isso... então pra eu poder mudar... pra mim é muito complicado sabe,... pra poder... eu não consigo... tem certos tipos de coisas que eu não como mesmo... é muito complicado... Porque eu não fui acostumada com isso desde pequena... então pra poder mudar é... é difícil.”

A falta de tempo para colocar em prática esses conhecimentos reforça a ideia de que muito do que é transmitido como importante para o cuidado com a saúde não faz parte da realidade de vida dessas pessoas.

“A dificuldade mesmo é a falta de tempo... com correria do dia a dia... a gente corre atrás de muita coisa e às vezes esquece da gente... porque hoje em dia... a gente tá num lugar muito competitivo... então a gente corre demais atrás das coisas e esquece da gente... isso aí.”

“Em geral... ou pra mim?... as dificuldades... eu acho que é... talvez a preguiça das pessoas, né?... em ter esses hábitos saudáveis... o dia a dia... a correria do dia a dia... o tempo... isso aí eu acho que prejudica muito... na adoção desses hábitos saudáveis... das pessoas...”

A dificuldade na adoção de novos hábitos e a falta de interesse em escutar orientações foram os principais aspectos apontados como barreiras para a prescrição e orientação de hábitos saudáveis. Essa falta de interesse ou motivação em participar das atividades educativas, identificada no estudo de Medeiros (2007)²⁵, é considerada como um desafio na educação de adultos.

“No caso aí é... eu acho que é mais na educação mesmo... o brasileiro ele não tem essa coisa de na educação... já receber, por exemplo, de passar de pai pra filho... a gente não teve isso... então hoje em dia eu tento passar pros meus filhos na educação de ter hábitos saudáveis, mas como a gente não teve, eu não tive... fica difícil da gente adaptar a isso boas maneiras devida saudável entendeu? Aí fica mais difícil...”

“... falta de vontade... tem pessoas que não ouvem de jeito nenhum...”

É importante ressaltar que o estilo de vida de um indivíduo é determinado por diversos fatores: culturais, históricos, sociais, econômicos, educacionais, familiares, pessoais, dentre outros, que interferem diretamente no processo de modificação de seus hábitos ou comportamentos. Trabalhos científicos discutem a influência desses elementos no processo de mudança de hábitos dos indivíduos, enquadrando-os em fatores predisponentes, fatores facilitadores e fatores reforçadores. Dentre os fatores predisponentes, encontram-se elementos culturais, históricos e orgânicos. Fatores facilitadores se relacionam com o suporte político e social, bem como econômico e financeiro. Por fim, os fatores reforçadores se referem aos agentes envolvidos na assistência à saúde, aos familiares e às redes de relação social^{45,48}.

“Você já está acostumado com o hábito, então é difícil você mudar tudo o que você fez durante anos, mudar de uma hora para outra...”

“Disciplina. Primeiro ter a consciência na verdade, consciência do que que é saudável dessa escolha, e depois é a disciplina em manter os hábitos saudáveis.”

Diversos estudos que analisam os processos envolvidos na mudança do comportamento dos indivíduos diante das demandas da saúde, apontam a existência de cinco fases para mudança de hábitos. Eles discutem que a não percepção, por parte dos profissionais, da fase em que o sujeito se encontra, pode explicar, em parte, a grande dificuldade que se observa para a adoção e prática dos hábitos saudáveis de vida por aqueles indivíduos³⁷⁻⁴⁰.

Primeiramente, na fase pré-contemplativa, encontram-se os indivíduos que não têm desejo ou vontade de adotar quaisquer práticas saudáveis ou modificações de seu comportamento. Já na fase contemplativa, existe, por parte dos sujeitos, a vontade de iniciar alguma modificação de seus hábitos, contudo, eles ainda não o fazem pela existência de outros elementos dificultadores, como condição financeira ruim, ausência de aparelhos sociais (praças, pistas de caminhada, etc.), dentre outros. A partir da fase de preparação, os indivíduos já realizam mudanças no seu estilo de vida, como a adoção da prática de atividades físicas e uma alimentação saudável; contudo, nesta fase, essa prática ainda não é realizada com regularidade. Já na fase de ação, observa-se regularidade, inferior a seis meses, na prática e adoção de mudanças nos hábitos de vida. Por fim, na fase de manutenção, tem-se a consolidação da mudança no estilo de vida, com o indivíduo adotando práticas saudáveis de vida há mais de seis meses⁴⁵⁻⁴⁸.

A “falta de estrutura” e a “falta de dinheiro” foram observadas nas respostas de uma pequena parcela dos entrevistados, como exemplificado na afirmação “Dificuldade financeira”.

“Eu acho que é ter acesso a essas coisas: acesso à moradia, a um bom emprego, à educação; você precisa ganhar bem, ter uma condição. (...) Alguém ou o governo proporcionarem isso para a pessoa.”

Belo Horizonte tem, historicamente, investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Há, pois, um grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos. Nesse sentido, a promoção da saúde e dos modos saudáveis de vida são uma das estratégias de produção de saúde que propõe um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuindo, assim, para a construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde. Especificamente na área de abrangência pesquisada, a existência do aparelho social Academia da Cidade permite o

acesso universal da população adscrita, de modo a garantir o acesso livre à prática e adoção de hábitos saudáveis de vida, como atividades físicas, tal como referido no trecho:

“Eu não acredito que tem muita dificuldade não. Acho que basta querer, ainda mais aqui no bairro, depois com o Centro Esportivo; e, geralmente, a pessoa coloca a dificuldade financeira”.

Por fim, alguns dos entrevistados ou não relatam possuírem qualquer dificuldade na adoção de hábitos de vida saudáveis ou não compreenderam a questão a eles dirigida sobre a temática. O trecho: “Acho que só tem dificuldade quando a gente não é acostumada desde criança. Eu não tenho muita dificuldade não” é um dos que exemplificam tal consideração.

Significados e Valores da Educação em Saúde

“Dificuldades...talvez a disponibilidade das pessoas em estar ouvindo...capacitação também...da gente...de tá aprendendo...de tá conhecendo...pra tá passando isso pras pessoas...”

“É...a prescrição...orientação...ela não é difícil...ela é fácil...o problema realmente é o entendimento...porque a prescrição você pode somente colocar num papel ou então fazer uma palestra...e o difícil...é o paciente entender que realmente isso é importante pra ele fazer.”

Os entrevistados se reconheceram despreparados para orientar atividades educativas sobre hábitos de vida saudáveis, pois eles mesmos não realizam todos os hábitos de vida considerados saudáveis. Outros não consideraram que orientar/prescrever hábitos de vida saudáveis seja uma tarefa de sua responsabilidade, e sim responsabilidade exclusiva do médico.

“Ah... assim... eu vou ao médico... consulto... sou orientada... trabalho... também com o público... oriento muito as pessoas também... mas eu... na minha vida prática... eu não faço.”

“Pra mim tá orientando pessoas? ... Bom, eu procuro orientar assim... dentro do possível...”

Eu não acho muito difícil orientar pessoas não... acho difícil a pessoa seguir minha orientação...é o mais difícil é isso... Tem pessoas que às vezes não seguem... Mas orientar a gente tá sempre orientando...”

“Eu acho assim entendeu... sobre prescrição... tem que ser igual medicamento: tem que tomar os medicamentos ... tudo prescrito... tudo prescrito pelo médico... já vai à farmácia ali... já compra o remédio e já toma, entendeu?... eu acho... que

tem que ter uma boa consulta primeiro... e ser prescrito pelo médico."

"Eu acho que a falta às vezes do conhecimento... às vezes eu acho que é de técnicas mesmo... a respeito do colesterol... seu colesterol pode ir até tanto... às vezes conhecimento do que você pode passar... a respeito da alimentação... qual alimentação... combina com qual, o que é mais adequado... a gente às vezes orienta... no caso fazer atividade física... alimentar bem... comer muita fruta... verdura... falta mais esclarecimento... mais segurança... naquilo que a gente vai falar pro paciente."

De acordo com Gazzinelli *et al.*²⁷ "as práticas educativas pautadas na perspectiva conteudista, normativa e cientificista demoraram a demonstrar que aquisição de saber instituído não resulta, necessariamente, em mudança de comportamento". Essa discussão, recorrente em outros estudos, demonstra que a educação em saúde e as mensagens a serem adquiridas pela população não seguem uma lógica vertical, na qual o que é transmitido começa a fazer parte da prática cotidiana, tornando-se fator responsável por transformações^{5, 27, 29}. Esses conhecimentos não são simplesmente aceitos, mas devem ser inseridos no cotidiano da população, para que se tornem atitudes habituais, com conseqüente formação de representações sociais, que irão manter esse processo de enraizamento da nova prática adquirida. Para que esse complexo processo ocorra, é necessário que os seguintes fatos sejam considerados: a vivência da população, a cultura e a prática já adotados pelos indivíduos, a visão de mundo, os valores dos cidadãos, e todas as suas representações sociais. Então, cabe ao indivíduo, já informado, adotar e adequar a sua realidade, adaptar as suas significações e individualismos culturais, sociais, ambientais aos já existentes na sociedade, adequando-se às mudanças^{27, 29}.

Informar a população transmitindo o conhecimento de maneira verticalizada deixa de lado toda a complexidade do indivíduo e todos os diferentes fatores que influenciam a adoção de seus comportamentos e modo de vida⁵. As discussões existentes indicam que todo modo de viver e todos os comportamentos de uma determinada população diante de diferentes problemas, seja de saúde seja de doença, e até mesmo a utilização dos serviços de saúde acessíveis a ela, são conseqüências e construções decorrentes de todo o seu universo específico, seus valores e aspectos culturais, sociais, ambientais e biológicos. Esses fatores demonstram a necessidade e importância de construir programas e ações em saúde coerentes e fundamentados nas formas e singularidades de agir e viver de uma determinada população a que visam^{5, 27}.

CONCLUSÃO

Os dados revelam que, apesar de terem a informação sobre o conceito ampliado de saúde, os profissionais ainda percebem saúde como o oposto de doença e ainda trabalham com esse enfoque. O modelo assistencial e o processo de trabalho ainda estão estruturados focalizando a doença, e todas as ações estão centradas no seu enfrentamento.

Há necessidade de modificações conceituais na formação desses profissionais e a inclusão do enfoque coletivo na educação permanente, abordando o conceito ampliado de saúde com seus determinantes sociais e contextuais. Faz-se necessário também a busca de novas metodologias de educação em saúde que vão além da informação, promovendo a resignificação dos conceitos do processo saúde-doença e possibilitando, de fato, o estabelecimento de novas práticas e novos processos de trabalho em saúde.

Apoio: O presente estudo foi financiado com recursos do PROSAUDE UFMG e do PETSÁUDE /2009.

REFERÊNCIAS

1. The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever [online]. United Nations; 2008 [acesso em 20 mar 2010]. Available: <http://www.who.int/whr/2008/en/>
2. The World Health Report 2003: Shaping the Future [online]. United Nations; 2003 [acesso em 20 mar 2010]. Available: <http://www.who.int/whr/2003/en/>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. [homepage]. Brasília; [acesso em 11 nov 2009]. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de Doenças Crônicas não transmissíveis. Brasília: MS; 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde.) (Série Pactos pela Vida; v.8)
5. Uchoa E, Vital JM. A antropologia médica: elementos conceituais e metodologia para uma análise da saúde e doença. Cad Saúde Pública. 1994;10:493-504.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: MS; 1997.
7. Levy S N, Silva JJC, Cardoso IFR, Werberich PM, Moreira LLS, Montiani H, Carneiro RM. Educação em Saúde Histórico, Conceito e Propostas. In: Conferência Nacional de Saúde. [online] [acesso em 10 out. 2009]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educacaosaude/educacaosaude.htm>
8. Melo MC, Souza AL, Leandro EL, Mauricio HA, Silva I D, Oliveira JMO. A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. Ciência & Saúde

- Coletiva [periódico na internet].2009 Set - Out [online] [acesso em 13 out. 2008]; 14.[cerca de 8 p.]. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800031
9. Candeias NMF. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. Rev. Saúde Pública [periódico na internet].1997 Abr [online] [acesso em 13 out. 2009]; 31(2): [cerca de 6p.]. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0872.pdf>
 10. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-americana de Saúde. CIF Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Universidade de São Paulo; 2003.
 11. Capra FH. O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Ed. Cultrix; 1992. cap. 10, p.299-350.
 12. Sampaio RF, Mancini MC, Gonçalves GGP, Bittencourt NFN, Miranda ADE, Fonseca ST Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. Rev Bras Fisiot. 2005; 9(2): 129-136.
 13. Farias N, Buchalla, CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. Ver. Bras. Epidemiol. 2005;8(2): 187-193.
 14. Sampaio RF, Luz MT Funcionalidade e Incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(3): 475-483.
 15. Araújo ES. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em fisioterapia: uma revisão bibliográfica. São Paulo; s.n.2008.
 16. Briane M, João LGCS. Educação em saúde: representações sociais da comunidade e da equipe de saúde. Dynamis revista tecno-científica. out-dez/2007; 13 (1) 120-126.
 17. Pereira ALF As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro 2003; 19(5). [online] [acesso em 3 maio 2007]. Disponível em www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v19n5/17825.pdf
 18. Cordon JAP. A Inserção da Odontologia no S.U.S. avanços e dificuldades. Brasília, 1998. Doutorado [Tese] Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.
 19. Kriger L. Promoção de saúde bucal – paradigma, ciência e humanização. 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003.
 20. Silveira JLG, Campos MLC, Berndt RL. Educação em saúde como estratégia para o controle social em saúde. Pesq Bras odontoped Clin Integr. João Pessoa jan./abr. 2006; 6(1) 29-34.
 21. Souza ECF, Oliveira AGRC. O processo saúde-doença: do xamã ao cosmos. Odontologia Social: textos selecionados, publicado pelo Curso de Mestrado em Odontologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Rio Grande do Norte: Editora da UFRN; 1998.
 22. Adam P, Herzlich C. Sociologia da doença e da medicina. Bauru: Editora da Universidade do Sagrado Coração, 2000.
 23. Sevalho G Uma abordagem histórica de representações sociais de saúde e doença. Cadernos de Saúde Pública 1993; 9(3) 349-365.
 24. Gomes R, Mendonça EA, Pontes ML. Representações Sociais e a Experiência da Doença Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(5): 1207-1214 Set - Out, 2002.
 25. Medeiros B, Silveira JLG. Educação em saúde: representações sociais da comunidade e da equipe de saúde. Dynamis revista tecno-científica (out-dez/2007) vol.13, n.1, 120 -126
 26. Moscovici S. Representações sociais. Investigações em psicologia social. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2004. 403 p.
 27. Gazzielli MF, Gazzielli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. Caderno de Saúde Pública 2005; 21(1): 200-206.
 28. Rodrigues MSP, Leopardo MT. O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura; 1999.
 29. Belo Horizonte. Portal Saúde . [online].2006. [acesso em 14 jun 2009] http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&IdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saudef&lang=pt_BR&pg=5571
 30. Canesqui AM. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. Ciênc. saúde coletiva [online] [periódico na Internet] 2003 [acesso em 3 nov. 2008]; 8(1):[cerca de 14 p.]. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100009&lng=en&nrm=isso
 31. Duarte LFD. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença.Ciência & Saúde Coletiva 2003;8(1).
 32. Siqueira FV. Fatores considerados pela população como mais importantes para manutenção da saúde. Rev. Saúde Pública São Paulo 2009; 43(6).
 33. Neves EP, Wink S. O autocuidado no processo de viver: enfermeiras compartilham concepções e vivências em sua trajetória profissional. Texto Contexto - Enferm. Florianópolis mar 2007;16(1).
 34. Pescatello LS. A synopsis of the American College of Sports Medicine Position Stand: Exercise and Hypertension. American Journal of Medicine & Sports (AJMS) Massachusetts nov-out 2004; 6(4) 191-194.

35. Myres JN. Metabolic Syndrome: An Important target for exercise intervention. American College of Sports Medicine (ACSM) Indiana abr-jun 2006; 16(2) 1-10.
36. Lafontaine T, Roitman J. Atherosclerosis, endothelial function, and exercise in coronary artery disease patients. ACSM Indiana mar 2001; 12(1)1-8.
37. Wegner M. Summary of the national cholesterol education program (NCEP) adult treatment panel III. ACSM Indiana ago 2001; 11(2)1-4.
38. Sorace P. Asthma & exercise. ACSM Indiana jul-set 2003;13(3)1-11.
39. Dawes Jay. Exercising with fibromyalgia. ACSM Indiana jul-set 2004; 14(3)1-9.
40. Boyd C. Exercise and frailty: does it make a difference? AJMS Massachusetts jan-fev. 2004; 6(1)40-41.
41. Moore M B, Highstein G. Principles Of Behavioral Psychology In Wellness Coaching ACSM Indiana abr-jun 2005; 15(2) 5-9.
42. Glasser W, Choice Theory: A New Psychology Of Personal Freedom. New York: Harper Perennial, 2000.
43. Andrasik, F. Organizational Behavior Modification In Business Settings: A Methodological And Content Review. Journal Of Organizational Behavior Management 1989; 10(1) 59-77.
44. McGraw HDA. The Organizational Behavior Management Culture: Its Origin And Future Directions. Journal Of Organizational Behavior Management, 2000; 20 (3/4) 9-58.
45. Harper CGGW, Rossi SR, Reed GR, Wiley C, Prochaska J. Stages Of Change For Reducing Dietary Fat To 30% Of Energy Or Less. Journal Of The American Dietetic Association 1994; 10:1105-1110.
46. Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing – Preparing People For Change. New York: Guildford Press, 2002.
47. Prochaska JO, Diclemente C. Stages And Process Of Self-Change Of Smoking: Toward An Integrative Model Of Change. J Consulting And Clinical Psychology. 1983; 51(3) 390-5, 1983.
48. Prochaska J, Velicer W, Diclemente C, Fava J. Measuring Processes Of Change: Applications To The Cessation Of Smoking. J Consulting And Clinical Psychology. 1988; 56:520-8.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Ana Maria Chagas Sette Câmara é a pesquisadora responsável pelo estudo, análise dos resultados e redação final do texto do artigo. Vinícius Lins Costa Melo, Maria Gabriela Pimentel Gomes, Bruna Calado Pena, Ana Paula da Silva e Kênia Marise de Oliveira foram responsáveis pela coleta dos dados, revisão bibliográfica, interpretação dos dados e redação do texto do artigo e Ana Paula de Sousa Moraes, Gabriella Rodrigues Coelho e Luciana Ribeiro Victorino foram responsáveis pela transcrição das entrevistas, revisão da literatura, interpretação dos dados e redação do texto do artigo.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Ana Maria Chagas Sette Câmara
Rua Pratápolis, 85 apto 301
Grajaú – Belo Horizonte
CEP. 30 430-230 MG
E-mail: anasettecamara@hotmail.com