

Características da doença crônica em famílias residentes na região norte do município de Maringá, Estado do Paraná: uma primeira aproximação

Sonia Silva Marcon*, Luciana de Alcântara Nogueira, Angelita Roberta de Oliveira Fonseca e Taqueto Teruya Uchimura

Núcleo de Estudos, Pesquisa, Assistência e Apoio à Família, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá. Av. Colombo, 5790, Zona 7, Maringá, Paraná, Brasil. *Autor para correspondência. e-mail: ssmarcon@uem.br

RESUMO. O objetivo deste trabalho foi identificar algumas características de famílias de pacientes crônicos residentes na região norte do município de Maringá, Estado do Paraná, Brasil. Os dados foram coletados a partir das fichas cadastrais de famílias utilizadas pelas equipes do Programa Saúde da Família. Nessa região, residiam à época da coleta de dados, 23.668 famílias e, destas, 31,1% conviviam diuturnamente com a doença crônica de um de seus membros. Os dados revelam que as doenças crônicas mais frequentes são: a hipertensão, o tabagismo, o diabetes e o alcoolismo; que a maioria das famílias de doentes crônicos são do tipo nuclear (73,6%), formada por até 4 pessoas (70,6%); que o doente geralmente ocupa a posição de mãe (40%) ou pai (38%) na família; e que quase metade delas (45,1%) tem uma renda familiar de, no máximo, três salários mínimos. As características familiares dos doentes crônicos constituem informação importante para os serviços de saúde planejarem e implementarem políticas de assistência.

Palavras-chave: família, características familiares, doença crônica.

ABSTRACT. *Characteristics of chronic diseases in families from the northern region of Maringá, state of Paraná : a first approach.* This work aims to identify some characteristics of chronic patients' families living in the northern area of the municipal district of Maringá, Paraná, Brazil. All data were collected from the families record files used by *Programa Saúde da Família* (Family Health Program). At the data collection time, 23,668 families lived in that region and 31,1% of them lived with the chronic disease of one of its members daily. The data reveal that: the most frequent chronic diseases are: hypertension, tobacco addiction, diabetes and alcoholism; most of the chronic patients' families are of nuclear type (73.6%), constituted of up to 4 people (70.6%); the patient is often the mother (40%) or the father (38%); and almost half of them (45.1%) have a family income up to 3 minimum wages. The chronic patients' family characteristics constitute important information for the health care system in terms of planning and implementing aid politics.

Key words: family, family characteristics, chronic disease.

Introdução

As mudanças nos hábitos e nos estilos de vida têm contribuído para o aumento na incidência de doenças crônico-degenerativas, assim como no surgimento delas em faixas etárias cada vez mais jovens. Isso faz que as doenças crônicas constituam hoje motivo de grande preocupação para os profissionais de saúde, seja por seus aspectos limitantes, pelas conseqüências de seu tratamento, ainda que ambulatorialmente, acarretando desgaste e sofrimento para a pessoa acometida.

Associa-se a esses fatores o comprometimento da situação econômica da família (custos com o tratamento e/ou redução no número dos que contribuem com a renda familiar), salientando também o fato de que grande parte dos recursos financeiros e humanos dos serviços públicos prioriza atividades de cunho curativo e de reabilitação, em vez de preventivos e de promoção da saúde.

Costa e Facchini (1997), ao estimarem as quantidades anuais de consultas médicas, segundo

o motivo de procura, verificaram que 47% da demanda se relacionam às doenças crônicas e apenas 18% por motivos preventivos, revelando a necessidade de organização de políticas e de programas preventivos, reaparelhamento e instrumentalização dos serviços para doenças crônicas de modo a alcançar a desejável integralidade do atendimento.

Em Maringá, Scalassara (2001) constatou que na maioria das UBS as demandas organizadas, constituídas por pessoas pertencentes a grupos com maior risco de adoecer e de morrer e, de acordo com as definições do protocolo de assistência, representam mais de 75% da capacidade potencial de produção de consultas médicas, sendo que em algumas UBS a necessidade diária de consultas médicas para estes grupos revelou-se superior à capacidade.

Há que se considerar também que o volume cada vez maior de doenças crônico-degenerativas, decorrentes do aumento populacional de indivíduos com mais de 60 anos, tem determinado o surgimento de seqüelas que, em certa medida, provocam incapacidades funcionais na população mais vulnerável, colocando em evidência o papel da família e, mais especificamente, o do cuidador familiar no que diz respeito às suas responsabilidades na condução do cuidado doméstico.

A família portanto, tem um papel importante a desempenhar na promoção da saúde e na prevenção da doença de seus membros, visto que as situações de assistência à saúde não satisfazem as necessidades da população, o que reforça a crença de que precisamos persistir na busca pelo desenvolvimento de estratégias de assistência que privilegiem e valorizem a família como centro do processo.

No entanto, embora as famílias sejam capazes de identificar a existência de distúrbios no padrão de saúde de seus membros e de resolver a maioria de seus problemas de saúde (Elsen, 1984), esta não é a realidade das que convivem com a doença crônica, as quais vivenciam com mais frequência situações de doença em seu interior (Marcon *et al.*, 2002). É possível que as características da doença crônica – permanência, remissões, necessidade de diferentes intervenções – promovam a alteração no sistema familiar levando seus membros a apresentarem maior vulnerabilidade para perdas em geral (saúde, bem-estar, financeira, equilíbrio físico, mental e emocional...) e, por conseguinte, a adoecerem mais facilmente.

Ademais, o quadro epidemiológico complexo encontrado em países periféricos, em especial na América Latina (onde apesar de persistirem os padrões relacionados à doenças infecto-contagiosas, elevam-se as chamadas doenças crônico-degenerativas e os agravos originários das causas externas), alterou significativamente a demanda e a oferta de serviços de saúde, forçando os gestores da Saúde a implementarem um processo de reforma incremental nesses sistemas (Viana e Dal Poz, 1998).

No Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF), implementado em 1994 e hoje existente em mais de 3200 municípios, constitui uma tentativa explícita de reforma incremental, pois nos municípios em que está adequadamente implantado, com profissionais capacitados e integrado ao sistema municipal de saúde, o Programa de Saúde da Família tem condições de dar solução efetiva a mais de 85% dos casos de saúde da população atendida. Seu propósito é por meio da somatória de atividades de promoção, de prevenção e de resolutividade, promover o tratamento efetivo das pessoas na própria US (Unidade de Saúde), sem necessidade de atendimento hospitalar – evitando assim as enormes filas nos hospitais da rede pública por falta desse trabalho feito na ponta.

Entender a Saúde da Família como estratégia de mudança significa repensar práticas, valores e conhecimentos de todas as pessoas envolvidas no processo de produção social da saúde. Amplia-se, dessa forma, a complexidade das ações a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde e aumentam-se os limites e as possibilidades de atuação, requerendo destes profissionais novas habilidades.

Uma das modificações essenciais do PSF é a utilização do domicílio como cenário da assistência, o que favorece a abordagem integral da família. Assim sendo, o domicílio deve ser tomado como unidade de análise para a avaliação da ação das equipes e, portanto, novos parâmetros de avaliação da assistência, tais como a evolução clínica das pessoas tratadas no domicílio *versus* a autonomia da família para cuidar e a satisfação das famílias dos usuários e dos trabalhadores com a nova estratégia de assistência, necessitam ser adotados.

Assim, se no âmbito individual, o conhecimento da distribuição populacional por faixa etária e sexo tem grande importância, à medida que as necessidades de saúde são específicas para cada ciclo da vida, já que exigências distintas passam a existir a partir das idades em que ocorrem

os desenvolvimentos dos caracteres sexuais secundários, em geral aos 12 anos, quando as meninas iniciam os ciclos menstruais (Costa, 1999; Pitta, 1996), algo semelhante deve ocorrer quando a doença passa a ser tratada no âmbito da família.

Sendo assim, surge a necessidade de conhecermos a real situação do município de Maringá em relação às famílias que convivem com a doença crônica, o que nos levou a realizar um estudo com o propósito de obter um panorama do município, dentro de uma perspectiva familiar, ou seja, sem perder de vista que a doença aparece e se mantém dentro de um cenário e um contexto particular, sendo a família o contexto mais próximo.

Esta comunicação contém parte dos dados deste estudo e tem por objetivo apresentar algumas características de famílias de pacientes crônicos residentes na região Norte do município de Maringá, Estado do Paraná, quanto às variáveis sociodemográficas, à estrutura e à organização familiar e à própria doença.

Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, de caráter epidemiológico que está sendo realizado em Maringá, PR. O município de Maringá, localizado a Noroeste do Estado do Paraná, é sede da 15.^a Regional de Saúde do Estado, à qual pertencem 30 municípios, e tem uma população de 288.465 habitantes (IBGE, 2000), da qual 98,4% residem na área urbana.

A rede pública de saúde é formada por 21 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 1 Unidade Mista (Ambulatório e Pronto Atendimento 12 horas) e 1 Pronto Atendimento 24 horas. Esses serviços estão distribuídos estrategicamente e servem de porta de entrada da população para o sistema de saúde. Atualmente, as UBS contam com equipes de saúde da família e serviços que já existiam antes da implantação do programa como atendimento médico nas áreas de pediatria, clínica e tocoginecologia, atendimento de odontologia, enfermagem, psicologia e serviço social.

Em termos operacionais, o município é dividido em 5 regionais de saúde, com uma distribuição próxima da homogênea, no número de unidades e população por regional.

A população de estudo foi constituída pelas 53.525 famílias e 192.769 pessoas residentes nas áreas de abrangência das 21 Unidades Básicas de Saúde, cadastradas pelas 57 Equipes de Saúde da Família no mês de fevereiro de 2001. A população efetivamente estudada, foram as famílias

cadastradas pelas 21 equipes de PSF atuantes nas 5 UBS localizadas na região Norte da cidade.

A estratégia utilizada para a coleta de dados foi a consulta a documentos. Os dados, portanto, foram obtidos a partir de fontes secundárias, mais precisamente, da ficha A, que é a ficha de cadastro de famílias preenchidas pelos agentes comunitários de saúde (ACS). Também foram consultados dados do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básico) relativos a cada equipe de PSF do município.

Os procedimentos adotados para a coleta de dados foram:

- consulta às fichas de cadastro das famílias por equipe de PSF e por agente comunitário;
- identificação, a partir dos registros efetuados nas fichas de cadastros das famílias, daquelas que possuíam um de seus membros com algum tipo de doença crônica dentre as referidas na própria ficha;
- registro manual dos dados das famílias com doentes crônicos em planilhas construídas especificamente para este fim e com base nos dados contidos nas fichas de cadastros.

Durante a coleta de dados, nenhum outro critério foi adotado na seleção das fichas que fariam parte do estudo, a não ser o fato de estar assinalado nelas a presença de uma das 22 doenças consideradas como crônicas.

Uma vez que se fez uso de fontes secundárias, o tipo e a qualidade dos dados disponíveis constituem, obviamente, condição determinante dos achados do estudo. Nesse sentido, este trabalho apresentou algumas limitações, pois além dos aspectos relacionados com a qualidade do registro em si, também há que se considerar que se trata de informação referida por um membro da família. A fidedignidade de informações referidas na área da saúde parece encontrar-se diretamente relacionada ao grau de empatia que pode existir entre informante e entrevistador e ao número de contatos anteriores entre eles, ao tipo de informação requerida, ao grau de conhecimento do informante sobre a saúde da família como um todo e à divulgação do que está sendo feito pelo serviço de saúde, a fim de obter colaboração por parte dos informantes.

A opção para trabalhar com fontes secundárias e, mais especificamente, com as fichas de cadastro das famílias, deu-se em decorrência da possibilidade de acesso a um grande número de informações sobre uma percentagem elevada da população do município, visto que 70% de sua população era coberta pelas equipes de PSF e,

portanto, foi cadastrada na conformação e na ótica de família por agentes comunitários.

Foram observados os aspectos éticos disciplinados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996), e o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Maringá (UEM). O pedido de autorização para a realização do estudo foi feito por meio de ofício do Departamento de Enfermagem à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), informando os objetivos do estudo, o tipo de colaboração necessária para o seu desenvolvimento e as estratégias que seriam utilizadas para a realização da coleta dos dados. Já os procedimentos para a solicitação de participação no estudo junto às equipes de PSF foram realizados pessoalmente e com apresentação do consentimento para a execução do estudo por parte da SMS. Nesta ocasião, informamos sobre os objetivos gerais do estudo, as estratégias que seriam utilizadas, o tipo de participação desejada, direito à livre opção em participar ou não da pesquisa, assim como a desistir em qualquer momento em que o desejasse.

Os dados foram arquivados e analisados nos programas Excel e Estatística.

Resultados e discussão

O cadastramento realizado pelos agentes comunitários de saúde (ACS) registrou, até o mês de fevereiro de 2001, 53.525 famílias e 192.769 pessoas residentes na área coberta pelo Programa Saúde da Família, representando aproximadamente 67% da população de Maringá, o que aproxima da meta de 70% estipulada por ocasião da implantação do programa.

A distribuição da população coberta pelo programa, segundo faixa etária, revela um predomínio de pessoas com idades entre 20 e 39 anos, em concordância com a observada para o Paraná e o Brasil. A faixa etária correspondente às crianças menores de 5 anos representou 7,1% da população cadastrada, bastante inferior aos 10,5%, 11,1% e 8,3%, verificados, no ano de 1996 em nível nacional, estadual e municipal, respectivamente.

Relativamente aos idosos, o programa identificou 10% de residentes com 60 anos ou mais, valor superior aos 8% verificados, em 1996, para o país, estado e município como um todo, sugerindo a tendência ao aumento crescente da proporção de pessoas com idade avançada, ao mesmo tempo em que se verifica a redução na proporção de indivíduos das faixas etárias menores.

A região Norte da cidade tem uma população de 84.002 habitantes (29,1% da população do município) assistidos na atenção básica por cinco unidades de saúde (UBS Pinheiros, UBS Tuiuti, UBS Parigot de Souza, UBS Morangueira e UBS Alvorada) e 21 equipes de saúde da família.

De acordo com os dados do SIAB, nesta região existem hoje 24.690 famílias cadastradas pelas equipes de PSF, mas, à época de coleta de dados, encontravam-se cadastradas 23.668 famílias e destas, 7357 (31,1%) conviviam diuturnamente com um doente crônico. No total, eram 11.341 indivíduos portadores de algum tipo de doença crônica, o que representava 13,5% da população da região.

Na Tabela 1, observa-se que, considerando a população total, a menor frequência de doentes crônicos é encontrada na região da UBS Tuiuti e a maior na da UBS Pinheiros; no entanto esta mesma distribuição não foi observada quando se considera o número total de famílias e o das que convivem com a doença crônica. É interessante destacar que, dentre as regiões em estudo, a da UBS Alvorada corresponde ao bairro mais antigo, seguido da UBS Tuiuti, e que a região da UBS Parigot de Souza, segundo dados do SIAB, é a que tem a maior população de crianças.

Tabela 1. Distribuição do nº e % da doença crônica na região Norte do município, segundo a área de abrangência. Maringá, Estado do Paraná, 2002.

UBS	População			Famílias		
	N	n	%	N	n	%
Alvorada	19769.	3396	29,9.	6678.	2488	37,2
Pinheiros	22523.	3455	30,5.	7062	1513	21,4
Tuiuti	11252.	1284	11,3.	3128	935	29,9
Morangueira	12487.	1420	12,5.	2785	1107	39,7
Parigot de Souza	17971.	1786	15,7.	4015	1314	32,7
Total	84002.	11.341	13,5.	23668	7357	31,1

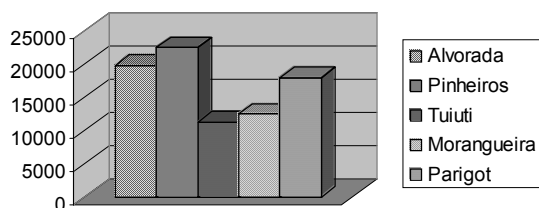
N = Total da população/famílias residentes na área de abrangência da UBS.

n = amostra - número de pessoas/famílias com doença crônica residentes na área de abrangência da UBS.

Dentre as doenças crônicas, constatou-se que as mais frequentes são a hipertensão, o tabagismo, o diabetes mellitus e o alcoolismo (Figura 1).

O fato de a hipertensão ser a doença mais frequentemente observada entre as famílias residentes na região Norte do município de Maringá não constitui surpresa. No Brasil, estima-se que 10 milhões de pessoas são hipertensas, sendo que só 40% delas conhecem seu diagnóstico e destas, apenas um terço encontra-se com a pressão arterial controlada (Brasil, 1998). Em nosso meio, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) tem prevalência estimada em cerca de 20% da população adulta (maior ou igual a 20 anos) e forte relação

com 80% dos casos de AVE (acidente vascular encefálico) e 60% dos casos de doença isquêmica do coração (Brasil, 2001; Mauro, 1998; Alves, 1999). Constituem, sem dúvida, o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares, cuja principal causa de morte, o AVE, tem como origem a hipertensão não-controlada.



Obs: o número total de doenças (11482) foi superior ao de pessoas doentes (9677), visto que uma mesma pessoa pode possuir 2 ou mais doenças.

Figura 1. Distribuição do número de doentes crônicos residentes na região Norte do município, segundo o tipo de doença. Maringá, Estado do Paraná, 2002.

Em 1993, as doenças do aparelho circulatório ocuparam o primeiro lugar como causa de óbito no Estado do Paraná; e, em Maringá, Scochi (2001) identificou que as doenças cérebro-vasculares responderam pelo maior número de óbitos durante 14 anos. Fonzar *et al.* (2002) por sua vez, identificaram que as doenças cardiovasculares ocuparam a primeira posição no total de óbitos ocorridos no ano de 1996. Identificaram ainda que a distribuição da mortalidade por doenças cardiovasculares não foi homogênea e que a população residente nas áreas centrais e intermediárias do município está mais exposta ao risco de morrer por doenças cardiovasculares.

Com relação à terceira doença mais freqüente, o diabetes mellitus (DM), é importante ressaltar que a Organização Mundial de Saúde – (OMS) a considera como um problema de saúde pública desde 1975 (Zagury *et al.*, 1987). No Brasil, a população de diabéticos estimada é de 5 milhões de pessoas, atingindo todas as faixas etárias sem qualquer distinção de raça, sexo ou condições socioeconômicas, e já representa a 4.^a principal causa básica de morte. Na população adulta, sua prevalência é de 7,6% (Brasil, 2001).

A HAS e o DM constituem os principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares, motivo pelo qual constituem agravos de saúde pública onde cerca de 60% a 80% dos casos podem ser tratados na rede básica (Brasil, 2001). A possibilidade de associação das duas doenças é da ordem de 50%, sendo que Scalassara (2001) identificou que, em uma das UBS de

Maringá 42,3% dos indivíduos diabéticos são também hipertensos, o que requer, na grande maioria dos casos, o manejo das duas patologias no mesmo paciente, especialmente em função do fato de que constituem doenças que apresentam vários aspectos em comum.

Segundo Scalassara (2001), com a implantação do PSF em Maringá, o número de hipertensos de 12.820 em 1999 passou para 14.616 em 2000 e o de diabéticos, de 1.256 passou para 4.339. A prevalência de hipertensão arterial entre os residentes nas áreas de abrangência das UBS, com 15 e mais anos, ficou em torno de 10%, aproximando da estimativa (11 a 20%) na população de 20 e mais anos. A autora destaca que a UBS Tuiuti apresentou uma prevalência de 13% de hipertensão e que esta unidade apresenta a quarta maior proporção de idosos no município.

A predominância de diabetes mellitus na população de 15 e mais anos, nas áreas de abrangência das UBS, aponta uma proporção de diabéticos de 3% para o município. A UBS Tuiuti identificou uma prevalência para a doença superior a 3,5%, a UBS Alvorada I de 3,4%, e a UBS Morangueira de 3,2%.

Com relação à segunda doença identificada como mais freqüente, observa-se que, embora o tabagismo em si, via de regra, não seja considerado como doença e sim como fator de risco para determinadas doenças, sua alta predominância, inclusive em faixas etárias cada vez mais jovens, bem como os malefícios provocados – a cada 8 segundos uma pessoa morre por doenças causadas pelo cigarro – tem levado o Ministério da Saúde a abordá-lo como doença. Sendo assim, neste estudo optou-se por caracterizá-lo como tal, até porque na própria ficha de cadastro das famílias ele é referido na lista de doenças, embora nenhum registro seja efetuado em relação ao número de cigarros consumidos por dia.

A freqüência no uso do tabaco por membros das famílias de doentes crônicos constitui reflexo do que tem sido identificado em vários estudos. No Brasil, aproximadamente 30 milhões de pessoas são fumantes, sendo a maioria (59%) do sexo masculino. Segundo estatísticas, os fumantes apresentam 10 vezes maior risco de adoecer de câncer de pulmão, e outras doenças pulmonares, do que os não-fumantes; isto certamente também contribui para o aumento no número de famílias que não possui um de seus membros, o que valida o fato de seu uso ser caracterizado como doença.

Quanto à quarta doença mais freqüente, o alcoolismo, há que se considerar que cerca de 10% da população mundial e 11,2% da brasileira é dependente

do álcool. Transportando para a nossa realidade, podemos afirmar que cerca de 33 mil maringenses são dependentes. O consumo do álcool constitui problema de saúde pública e por esta razão tem suscitado várias discussões na área da saúde, tendo em vista sua relação direta como causa externa de morte (homicídios, suicídios e acidentes de trânsito) e o aumento do consumo entre as mulheres (na década de 70, havia cerca de 20 homens para cada mulher dependente, hoje esse quadro se alterou - 5 homens para cada mulher) e em faixas etárias cada vez mais jovens. Segundo dados do Hospital das Clínicas de São Paulo, 70% dos adolescentes bebem e 20% de forma exagerada. Além disso, há 10 anos o consumo de álcool se iniciava aos 14 anos e, atualmente, isto ocorre aos 11 anos (Ramos e Bertolote, 1997; Almeida-Filho *et al.*, 2004).

Ainda em relação às doenças crônicas, chama a atenção a baixa frequência de câncer (em torno de 1% das doenças), o que inclusive determinou que o mesmo fosse incluído em outras doenças. Com relação a este aspecto, é importante considerar que no ano de 1996, as neoplasias constituíram a segunda maior causa de mortalidade no município de Maringá (Fonzar *et al.*, 2002). Por essa razão, acredita-se que a baixa frequência de neoplasias referida pode estar relacionada a alguns fatores, tais como: o câncer é um tipo de doença crônica que tem baixa prevalência, até por que a sua taxa de mortalidade é elevada; o câncer é uma doença estigmatizante e isso pode interferir no fato de ela não ser referida em um primeiro contato entre familiar e agente comunitário e, no entanto, o cadastro das famílias, via de regra, é preenchido em um primeiro contato entre ACS e Família.

Finalmente, ressalta-se que em outras doenças foram incluídas todas aquelas constantes da ficha de cadastro das famílias, tais como: Doença de Chagas, Distúrbio mental, Hanseníase, Malária, Tuberculose, Hepatite, AVC, Aids, Lesão medular, Câncer, Insuficiência Renal Crônica, Osteoporose, LER e Artrose.

Na Tabela 2, observa-se que existe um certo grau de homogeneidade na distribuição das doenças crônicas em todas as áreas que compõem a região Norte da cidade, ou seja, nenhuma grande disparidade foi constatada em relação à frequência de quaisquer das doenças em questão. A hipertensão, portanto, é a doença mais frequente em todas as regiões, do mesmo modo que o tabagismo é a segunda doença mais frequente em todas elas, o diabetes a terceira e o alcoolismo a quarta. Pequenas variações foram identificadas somente em relação à depressão, que não foi referida em duas unidades, o que, acredita-se, está relacionado às questões metodológicas adotadas no estudo: consulta a fontes secundárias e uso de informações referidas.

Quanto às características familiares, constatou-se na Figura 2 que o maior percentual de doentes crônicos ocupa, respectivamente, a posição de mães (40%) ou de pais (38%) na família.

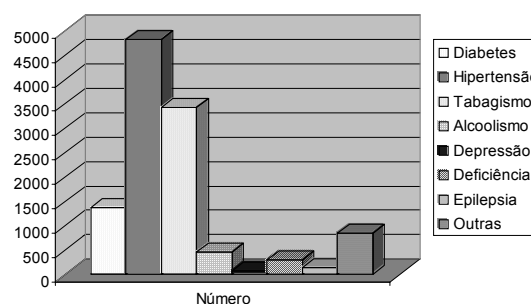


Figura 2. Distribuição % dos doentes crônicos residentes na região norte do município segundo posição ocupada na família. Maringá, Paraná, 2002.

Quando se toma como referência a doença, verifica-se, na Tabela 3 que: apenas os deficientes ocupam com maior frequência a posição de filhos; o alcoolismo é predominante entre os pais, os quais também apresentam maior frequência de tabagismo, e que maiores frequências de depressão, hipertensão e diabetes são observadas entre as mães.

Tabela 2. Distribuição do n.º e % de famílias de doentes crônicos, segundo o tipo de doença e Unidade de Saúde a que pertence. Maringá, Estado do Paraná, 2002.

UBS	Parigot de Souza		Morangureira		Alvorada		Tuiuti		Pinheiros		Total
Doença	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Diabetes	220	12,3	203	14,3	289	16,6	185	14,4	485	14,0	1382
Hipertensão	877	49,1	731	51,5	947	54,6	603	43,9	1667	48,2	4825
Tabaco	727	40,7	498	35,1	494	28,5	439	34,1	1274	36,8	3432
Alcoolismo	104	5,8	47	3,3	70	4,0	34	2,6	219	6,3	474
Depressão	14	0,8	-	-	45	2,6	-	-	13	0,4	72
Deficiência	111	6,2	20	1,4	60	3,4	33	2,5	80	2,3	304
Epilepsia	30	1,7	16	1,1	22	1,2	29	2,2	51	1,4	148
Outros	66	3,7	180	12,7	172	9,9	129	10,0	297	8,5	844
Total	2149	120,3	1695	119,4	2099	120,8	1452	109,8	4086	118	11481

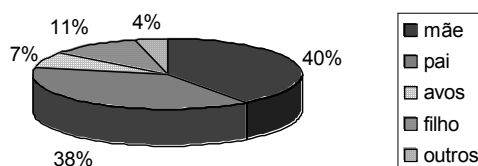
Obs: os valores percentuais são superiores a 100%, devido à existência de indivíduos com 2 ou mais doenças.

Tabela 3. Distribuição do n.º e % de doentes crônicos, segundo a posição que ocupam na família e o tipo de doença. Maringá, Estado do Paraná, 2002.

Posição na família Doença	Pai		Mãe		Filhos		Avós		Outro		Total N
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Diabetes	334	36,1	422	45,6	37	4,0	100	10,8	32	3,5	925
Hipertensão	999	31,3	1649	51,7	86	2,7	323	10,1	133	4,2	3190
Tabaco	1154	47,9	688	28,6	410	17,0	55	2,3	100	4,2	2407
Alcoolismo	250	73,1	29	8,5	47	13,7	04	1,2	12	3,5	342
Depressão	05	17,8	16	57,1	03	10,8	01	3,6	03	10,8	28
Deficiência	52	25,4	37	18,0	81	39,5	10	4,9	25	12,2	205
Epilepsia	29	29,0	33	33,0	23	23,0	04	4,0	11	11,0	100
Outras	146	29,5	204	41,3	107	21,6	04	0,8	33	6,6	494
Total	2969	38,6	3078	40,0	794	10,3	501	6,5	349	4,5	7691

Obs: Uma mesma pessoa pode ter duas ou mais doenças.

Em relação ao número de membros das famílias, apesar de 3117 fichas não conterem registro dessa informação, os dados da Figura 3 mostram que as famílias em estudo podem ser consideradas pequenas, visto que 71,4% delas são constituídas por no máximo 4 pessoas. Este fato não é uma variável freqüentemente estudada; de qualquer forma, a redução no tamanho das famílias é uma realidade brasileira.

**Figura 3.** Distribuição % de famílias de doentes crônicos residentes na região norte do município, segundo o número de pessoas na família. Maringá, Estado do Paraná, 2002.

Em nosso meio, Marcon (1998) identificou uma redução de quase 50% no número de filhos das famílias maringaenses ao longo de apenas três gerações e, Uchimura *et al.* (2001), estudando a influência de fatores comportamentais no baixo peso ao nascer, constataram que a maior parte das famílias (70,6%) era composta de três a quatro pessoas. Além disso, de acordo com os dados do SIAB apresentados por Scalassara (2001), à época do cadastramento das famílias pelas 57 equipes de PSF, foram identificadas 53.525 famílias e 192.769 pessoas, o que equívale a uma média de 3,6 pessoas por família.

A redução do número de pessoas é um dos aspectos mais marcantes de mudança nos padrões de organização da família brasileira. Esse fenômeno se deve fundamentalmente à queda da fecundidade provocada por diversos fatores sociais, como o aumento de separações conjugais por exemplo, e também econômicos, e vem ocorrendo em todas as regiões do país, tanto na área urbana quanto na rural, embora nesta última ainda seja freqüente encontrar famílias numerosas.

O tamanho das famílias reduziu-se notavelmente após 1960, passando de um nível de fecundidade média, por mulher, de seis filhos, para a metade, em torno de três filhos (Berquó, 1998).

De modo geral, tem-se verificado que as famílias de menor poder aquisitivo são tradicionalmente mais numerosas do que aquelas que possuem melhor padrão socioeconômico. Sem dúvida, níveis de renda e de instrução mais elevados possibilitam às mulheres maior acesso aos serviços de saúde, permitindo-lhes planejar o tamanho da prole e o controle da natalidade.

Além disso, também contribuiu fortemente para a redução do tamanho das famílias a mudança de valores culturais que vem, desde a década de 60, acompanhando o aparecimento, a difusão dos meios e as informações sobre contracepção e, por conseguinte, o uso, em larga escala, da pílula anticoncepcional. Entre as camadas mais pobres da população, o uso de métodos anticoncepcionais mais eficazes vem se generalizando.

Do ponto de vista biológico, a queda da mortalidade atingiu, primordialmente, causas de óbitos em idades jovens, como a desnutrição e as doenças infecciosas e parasitárias. Por serem de mais fácil prevenção, reduziram as taxas de mortalidade infantil e garantiram às mães maiores probabilidades de sobrevivência de sua prole, o que facilitou a adoção de padrões de fecundidade mais baixos.

O fato de a maioria das famílias não serem numerosas vai ao encontro de outras características detectadas, como por exemplo, na Figura 4, onde é constatado que a maioria das famílias são do tipo nuclear (73,6%), a qual, segundo Prado (1985), é formada pelo casal – pai e mãe – e filhos, ou seminuclear (10,7%), isto é, sem a presença de um dos cônjuges.

Neste gráfico, verifica-se também que sempre que tem um outro familiar morando com a família, ele normalmente é da linha ascendente (avós e tios).

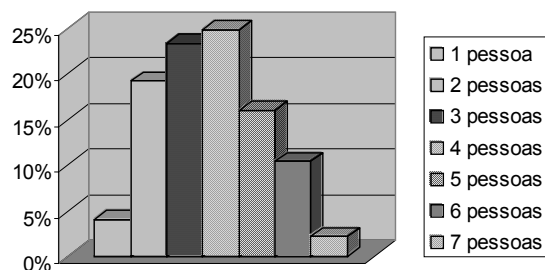


Figura 4. Distribuição (%) de famílias de doentes crônicos, residentes na região Norte do município, segundo o tipo de família. Maringá, Estado do Paraná, 2002.

Obs: 3039 fichas não continham registro dessa informação.

No que se refere à constituição e à organização familiar, o que se tem observado, segundo Ribeiro *et al.* (1994) é uma redução do número de famílias constituídas por casal com filhos e crescimento de formas alternativas de organização doméstica. Segundo estes autores, duas formas alternativas de constituição familiar têm se sobressaído; uma delas, a unipessoal, parece ser decorrente das separações e do casamento mais tardio das mulheres.

A outra forma, a de famílias formadas por mulheres sem cônjuge morando com os filhos, provavelmente se deve à crescente participação feminina no mercado de trabalho e à transformação de valores tradicionais que apontavam para o casamento como o modelo de vida mais adequado à mulher. Isso de maneira geral afetou pessoas de todos os níveis sociais, mas de forma mais marcante aquelas de níveis mais elevados, onde a possibilidade de fazer escolhas é maior (Ribeiro *et al.*, 1994).

Embora não tenha constituído aspecto abordado neste estudo, visto que este dado não é registrado na ficha de cadastro das famílias, é importante salientar que os tipos de união ou de organização familiar são outra mudança importante que vem sendo observada no Brasil, onde se constata uma redução no número de uniões consideradas legais (aquelas em que as pessoas, vivendo em companhia do cônjuge, celebram alguma forma de casamento - só civil, só religioso ou civil e religioso) e aumento das consensuais, especialmente nas áreas mais pobres do país (Berquó, 1998).

Quanto ao ciclo de desenvolvimento, constata-se na Figura 5 que 15% das famílias que convivem com a doença crônica, também convivem com a presença de uma criança na casa e, 5,7% delas, com a presença de crianças e de idosos.

É importante destacar que, neste estudo, agrupamos em uma única faixa etária os menores de um ano e os de um a cinco anos, pois acreditava-se

que no contexto das famílias que já vivenciam a situação de conviver com uma doença crônica não seria tão importante delimitar a faixa etária das crianças, especialmente quando se considera que geralmente se trata da presença de membros descendentes (netos). Com relação a este aspecto, Scalassara (2001), estudando a população geral, identificou que a proporção de menores de um ano era em torno de 1% na maioria das UBS (embora fosse esperada uma proporção de 1,5%), o que é bastante inferior ao da população brasileira, para a qual os valores referidos na literatura apontam uma proporção de 3% (Brasil, 2000; IBGE, 2001).

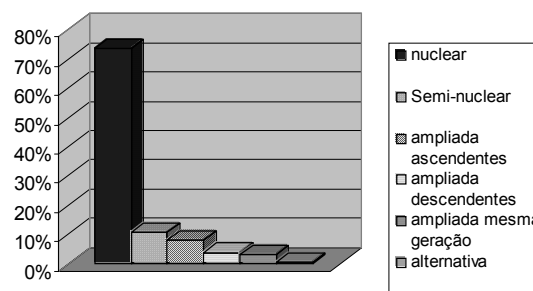


Figura 5. Distribuição do número de famílias de doentes crônicos residentes na região norte do município, segundo o ciclo de vida. Maringá, Estado do Paraná, 2002.

Em relação à presença de idosos nas famílias, há que se considerar que o Brasil é um país que está envelhecendo. Desde os anos 60, a maioria dos idosos, em números absolutos, vive nos países em desenvolvimento. As estatísticas indicam que é o grupo etário que mais crescerá nos países em desenvolvimento. Hoje, a população brasileira de idosos já ultrapassa os 14 milhões e, em 2025, corresponderá a 32 milhões de pessoas, ou seja, a proporção de idosos de 7,3% em 1991, passará para cerca de 15% em 2025, equiparando-se à proporção de idosos da maioria dos países desenvolvidos onde a transição demográfica aconteceu de forma lenta e gradual, enquanto no Brasil a transição ocorreu em apenas algumas décadas (Veras, 1994; Brasil, 2000).

A presença de membros da geração descendente, embora com menor frequência, também é uma realidade em algumas famílias deste estudo, o que lhes embutem características peculiares, já que normalmente se trata da presença de netos. Isto, por sua vez, faz que essas famílias vivenciem problemas e, ao mesmo tempo, desenvolvam tarefas próprias de diferentes estágios do desenvolvimento familiar; isto é, uma mesma família vivencia o problema específico da velhice, caracterizada, por exemplo, pela perda da força física, capacidade de memória, e, ao mesmo tempo, os problemas e as preocupações

decorrentes da presença de uma criança, tais como: o rendimento escolar, as doenças corriqueiras e características da idade, entre outros aspectos.

Ademais, ainda em relação às tarefas a serem desenvolvidas pelas famílias de acordo com o seu ciclo de desenvolvimento, é importante considerar o fato de ter sido constatado que, em 25% das famílias em estudo existe mais de uma pessoa com doença crônica. É interessante ressaltar que normalmente os outros membros da família que apresentam problemas de saúde ocupam a posição de esposo/esposa do outro indivíduo doente, ou então de mãe, o que suscita a reflexão se isto não seria uma conseqüência da sobrecarga de responsabilidade do cuidador familiar. Essa sobrecarga pode levar a um desgaste físico e mental, desencadeando desequilíbrio orgânico de determinados órgãos ou sistemas. Esses dados confirmam o que tem sido identificado nos estudos do Núcleo de estudos, pesquisa, assistência e apoio à família (Nepaaf) de que existe uma fragilidade na saúde de familiares de doentes crônicos, havendo, portanto, uma maior probabilidade de surgimento de doenças em outros membros da família, inclusive nas crianças (Marcon *et al.*, 2002).

No que se refere às condições socioeconômicas, inicialmente cabe destacar que informações sobre renda familiar foram encontradas em 76,5% das fichas de cadastro das famílias.

Na Tabela 4, constatamos que mais da metade das famílias que informaram sobre a renda familiar (56,7%) possuem uma renda de no máximo três salários mínimos e que apenas 7,2% delas possuem uma renda superior a 10 salários mínimos.

Tabela 4. Distribuição do número e percentual das famílias de doentes crônicos, segundo a renda familiar. Maringá, Estado do Paraná, 2002

Renda Familiar em Salários mínimos	N	%
Até 1 SM	418	6,6
De 1 a 2 SM	1300	20,6
De 2 a 3 SM	1854	29,5
De 3 a 5 SM	1410	22,4
De 5 a 10 SM	862	13,7
Mais de 10 SM	451	7,2
Total	6295	100,0

Obs: Fichas de 3382 não continham registro desta informação.

Há que se considerar que metade da população brasileira tem rendimento médio mensal de meio a 2 salários mínimos. No Nordeste, eles são 60%, sendo que 12,2% da população ocupada ganha até meio salário mínimo (Szwarcwald *et al.*, 2004). Isso, sem dúvida, é um problema, especialmente quando existe a presença de uma doença crônica, cujo controle depende do uso correto de medicamentos, os quais nem sempre estão disponíveis nos serviços públicos

de saúde, mas também da adoção/mudança de alguns hábitos de vida, que, via de regra, envolve a questão econômica, senão pelo gasto direto, pela necessidade em se deixar de fazer algumas coisas ou mesmo pela necessidade de se fazer outras, tais como exames laboratoriais em intervalos mais amiúdes.

A deficiência e a qualidade dos serviços públicos de assistência à saúde determinam a necessidade de as famílias, quando possível do ponto de vista econômico, procurarem alternativas para suas necessidades de saúde, através da aquisição de um plano de saúde. Observa-se, contudo, nos dados da Tabela 5 que 35,7% das famílias de doentes crônicos residentes nesta região da cidade têm plano de saúde e que as chances de aquisição de plano de saúde aumentam significativamente à medida que também aumenta a renda familiar.

Tabela 5. Distribuição do número e percentual das famílias de doentes crônicos, segundo as variáveis Possuir Plano de Saúde e Renda Familiar. Maringá, Estado do Paraná, 2002

Renda familiar	Total de Famílias que Famílias com Plano de Saúde Informaram renda		
	N	%	
Até um SM	284	136	47,9
De um a dois SM	1058	389	36,8
De dois a três SM	1589	661	41,6
De três a cinco SM	1334	651	48,8
De 5 a 10 SM	924	487	52,7
Mais de 10 SM	430	301	70,0
Total	5629	2625	46,6

Obs: 7052 fichas não continham registro dessa informação.

O Ministério da Saúde, em análise do consumo dos serviços de saúde, apontou que, em média, 20% a 30%, da população, sobretudo a urbana, estaria utilizando o Sistema de Atenção Médica Supletiva (Brasil, 2000). De acordo com Surita (2000), historicamente 70% dos maringenses utilizam os serviços do SUS. Em Maringá, por ocasião do cadastramento das famílias, constatou-se que 25% das pessoas residentes nas áreas sob responsabilidade das ESF são cobertas por plano de saúde (Scalassara, 2001).

Conclusão

Os dados deste estudo revelaram que:

- 31,5% das famílias residentes na região Norte do Município de Maringá convivem diuturnamente com a doença crônica;
- maiores percentuais de famílias com doença crônica são identificados na área de abrangência das UBS Morangueira, Alvorada e Parigot de Souza;

- as doenças crônicas mais frequentes nestas famílias são: a hipertensão arterial, o tabagismo, o diabetes mellitus e o alcoolismo;
- os indivíduos doentes geralmente ocupam a posição de mães ou pais nas famílias;
- a maioria das famílias são do tipo nuclear, embora tenha sido identificado um percentual importante (10,6%) de famílias semi-nucleares - aquela sem um dos progenitores;
- a maioria das famílias são constituídas de no máximo 3 a 4 pessoas, embora tenha sido identificado um percentual de famílias unipessoais;
- 76,5% das fichas de cadastro das famílias continham informações sobre renda familiar.
- 56,7% das famílias sobrevivem com uma renda familiar de no máximo 3 salários mínimos;
- 46,6% das famílias que informaram sobre renda tinham plano de saúde.

O conhecimento dos dados relacionados às características familiares dos doentes crônicos possibilita aos serviços de saúde do município implementar políticas públicas de assistência à saúde mais coerentes e adequadas à realidade de vida destas famílias, favorecendo, assim, a adesão aos serviços e estratégias propostas e, por conseguinte, a melhoria da saúde da população.

Referências

- ALMEIDA-FILHO, N.; LESSA, I. Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil. *Rev. Saude Publ.*, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 45-54, 2004.
- ALVES, S. Envelhecimento precoce do trabalhador brasileiro. *Caderno Informativo de Prevenção de Acidentes*. São Paulo, n.236, ano XX, 1999.
- BERQUÓ, E. Arranjos familiares no Brasil: uma visão demográfica. In: SCHWARCZ, L. M. (Org.). *História da vida privada no Brasil: contrastes da intimidade contemporânea*. 4. ed. São Paulo: Cia. Das Letras, 1998. p. 411-437.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à saúde. Consulta pública nº. 1, de 8 de dezembro de 2000. Diário Oficial, Brasília-DF, 13/12/2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Consenso nacional sobre hipertensão arterial. Brasília, Ministério da Saúde, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia prático do Programa de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 128.
- COSTA, J. S. D.; FACCHINI, I. A. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência, *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, n.31, v.4, p. 360-369, 1997.
- COSTA, M. M. *A saúde dos seios*. Rio de Janeiro: Merck, 1999.
- ELSEN, I. *Concepts of health and illness and related behaviour among families living a Brazilian fishing village*. 1984. Tese (Doutorado em Enfermagem) - University of Califórnia, San Francisco, 1984.
- FONZAR, J. V. U. et al. Espacialização das três primeiras causas de morte no município de Maringá, Estado do Paraná, 1996. *Acta Scientiarum*, Maringá, v. 24, n. 3, p. 765-774, 2002.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - FIBGE. Censo Demográfico 2000. Rio de Janeiro, 2000.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - FIBGE. Contagem Populacional. Rio de Janeiro, 2001.
- MARCON, S. S. *Criar os filhos: representações de famílias de três gerações*. 1998. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.
- MARCON, S. S. et al. Compartilhando a situação de doença no cotidiano de famílias de pacientes crônicos. In: ELSEN, I. et al. *O viver em família e a interface com a saúde e a doença*. Maringá: Eduem, 2002.
- MARINGÁ. Prefeitura Municipal de Maringá (PMM), Secretaria Municipal de Siab - Sistema de Informação da Atenção Básica. Maringá, 2001.
- MAURO, M. Y. C. Especialização em enfermagem do trabalho: uma proposta de mudança de paradigma. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 51, n.3, p.469-84, 1998.
- PITTA, A. M. F. A equação humana no cuidado à doença: o doente, seu cuidador e as organizações de saúde. *Revista Saúde e Sociedade*, Rio de Janeiro, n.5, v.2, p.35-60, 1996.
- PRADO, D. *O que é família*. São Paulo: Abril Cultural/Brasiliense, 1985.
- RAMOS, S. P.; BERTOLETE, J. M. Alcoolismo hoje. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 1997.
- RIBEIRO, R. M. et al. Estrutura familiar trabalho e renda. In: KALOUSTIAN, S. M. (Org.). *Família brasileira: a base de tudo*, São Paulo : Cortez / Unicef, p. 135 - 158, 1994.
- SCALASSARA, M. B. *As ações programáticas no contexto do Programa Saúde da Família: analisando a realidade dos serviços de saúde do município de Maringá*, Monografia (Especialização em Enfermagem do Trabalho), Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2001.
- SCOCHI, M. J. Avaliando o cuidado ao hipertenso em serviços de saúde. *Acta Scientiarum*. Maringá, v. 23, n. 3, p. 739-744, 2001.
- SURITA, R. T. S. *Identificação do Programa Saúde da Família no Município de Maringá*. 2000. Monografia (Especialização em Gestão Municipal) Centro de Ensino Superior de Maringá - Cesumar, Maringá, 2000.
- SZWARCWALD, C. L. et al. O Brasil em números - pesquisa mundial de saúde - 2003. *Radis*, 23, julho 2004.
- UCHIMURA, T. T. et al. A influência dos fatores comportamentais maternos na ocorrência do baixo peso ao

nascer. *Acta Scientiarum*, Maringá, v. 23, n. 3, p. 745-751, 2001.

VERAS, R. P. *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará. UERJ. 1994.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família, *Physis*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

ZAGURY, L. *et al. Diabetes sem medo*. 4 ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1987.

Received on July 09, 2003.

Accepted on November 11, 2003.