

REVISTA BRASILEIRA DE **MEDICINA DE**
FAMÍLIA E
COMUNIDADE



Volume 8, Número 26, Jan-Mar 2013
ISSN 1809-5909



www.rbmfc.org.br



Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
Brazilian Journal of Family and Community Medicine
Revista Brasileña de Medicina Familiar y Comunitária

INFORMAÇÃO PARA AUTORES / INFORMATION FOR AUTHORS

A Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC) é uma publicação científica trimestral da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), e tem como Objetivo publicar artigos originais, perspectivas, debates e discussões sobre todos os aspectos da Medicina de Família e Comunidade e da Atenção Primária à Saúde, incluindo a prática clínica, a formação profissional, a organização dos serviços, e as políticas públicas relacionadas à MFC e APS.

A RBMFC está aberta para submissões online de artigos sujeitos ao processo de avaliação pelos pares. Por favor, antes de submeter seu artigo, verifique no site da revista as Diretrizes para Autores disponível na seção Sobre. O cadastro no sistema e posterior acesso, por meio de login e senha, são obrigatórios para a submissão de trabalhos, bem como para acompanhar o processo editorial em curso.

Periodicidade trimestral/Publication Frequency quarterly four issues per year (March/June/September/December).

Tiragens 300 exemplares.

EQUIPE EDITORIAL

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Ailton Tettelboom Stein, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), Brasil
 Prof. Dr. Angelmar Constantino Roman, Faculdade de Medicina da Universidade Positivo (UP), Brasil
 Prof. Dr. Bruno José Barcellos Fontanella, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Brasil
 Prof. Dr. Carlos Eduardo Aguilera Campos, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Brasil
 Prof. Dr. Charles Dalcancalle Tesser, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Pública, Brasil
 Prof. Dr. Erno Harzheim, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FURG), Brasil
 Prof. Dr. Guilherme Arantes Mello, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Brasil
 Prof. Dr. Gustavo Diniz Ferreira Gusso, Universidade de São Paulo (USP), Brasil
 Prof. Dr. Juan Gêrvás, Equipo CESCA, Madrid, Espanha
 Prof. Dr. Luiz Carlos de Abreu, Faculdade de Saúde Pública (FSP/USP), Brasil
 Prof. Dr. Marcelo Marcos Piva Demarzo, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Brasil
 Profa. Dra. Maria Inez Padula Anderson, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Brasil
 Prof. Dr. Michael Kidd, Flinders University, Austrália
 Prof. Me. Nulvio Lermen Junior, Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - Rio de Janeiro (SMSDC-RJ), Presidente da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), Brasil
 Prof. Dr. Ricardo Donato Rodrigues, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Brasil
 Profa. Dra. Sandra Fortes, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Brasil

EDITOR

Prof. Me. Armando Henrique Norman, editor.rbmf@sbmf.org.br

EDITOR GERENTE

Josane Araujo Norman

EDITOR DE SEÇÃO (ARTIGOS DE REVISÃO CLÍNICA)

Dr. Michael Schmidt Duncan, Brasil

SECRETÁRIO-EXECUTIVO/ BIBLIOTECÁRIO

David Matos Milhomens, CRB-14/1268, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), Brasil, david@sbmf.org.br

CONSELHO CIENTÍFICO

Prof. Dr. Alberto Novaes Ramos Jr, Universidade Federal do Ceará (UFC), Brasil
 Profa. Dra. Aldaísa Cassanho Forster, Universidade de São Paulo (USP), Brasil
 Prof. Dr. Altacilio Aparecido Nunes, Universidade de São Paulo (USP), Brasil
 Prof. Dr. Amaury Leles Dal-Fabbro, Universidade de São Paulo (USP), Brasil
 Profa. Dra. Camila Giugliani, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FURG), Brasil
 Profa. Dra. Cristina Rolim Neumann, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FURG), Brasil
 Profa. Dra. Danielle Fernandes Godoi, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Brasil
 Prof. Dr. Ernani Tiaraju de Santa Helena, Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB), Brasil
 Prof. Dr. Geovani Gurgel Aciole da Silva, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Brasil
 Prof. Dr. Gustavo Salata Romão, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Brasil
 Prof. Dr. João Mazzoncini de Azevedo Marques, Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCRP/USP), Brasil
 Prof. Dr. João Werner Falk, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FURG), Brasil
 Dr. José Ricardo de Mello Brandão, Universidade de São Paulo (USP), Brasil
 Profa. Dra. Luciane Loures dos Santos, Universidade de São Paulo (USP), Brasil
 Profa. Dra. Maria Inês Reinert Azambuja, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FURG), Brasil
 Prof. Dr. Mario Maia Bracco, Instituto Israelita de Responsabilidade Social Albert Einstein (IRSAE), Brasil
 Profa. Dra. Olga Maria Fernandes de Carvalho, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Brasil
 Prof. Dr. Renan Magalhães Montenegro Junior, Universidade Federal do Ceará (UFC), Brasil
 Prof. Dr. Sérgio Eduardo de Andrade Perez, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Brasil

REVISORES "AD HOC"

Adilson Domingos dos Reis Filho (UNIC) Adriana Valéria Assunção Ramos (UNIFOR) Alcione Tavora Kullo (FUNEC)
 Alessandro da Silva Scholze (UNIVALI) Alessandro Leite Cavalcanti (UFPA) Aline Guerra Aquilante (UFSCar) Ana Cristina Vidor (PMF) André Luis Andrade Justino (SMSDC-RJ) André Luis Bezerra Tavares (UFC) Andréia Sílvia Walter de Aguiar (UFC) Angela Helena Marin (UNISINOS) Armando Henrique Norman (SBMFC) Bruno Souza Benevides (UECE) Carla Maria Ramos Germano (UFSCar) Celso Zilbovicius (UNIFESP) César Augusto O Favoreto (UERJ) César Monte Serrat Tilton (PMC) Cristine Vieira do Bonfim (FUNDAJ) Daniel Almeida Gonçalves (UNIFESP) Daniel Knupp Augusto (PMBH) Daniela Dallegrave (GHC) Débora Gusmão Melo (UFSCar) Elson Romeu Farias (ULBRA) Eno Dias de Castro Filho (GHC) Fernanda Lazzari Freitas (PMF) Francisco Jorge Arsego Quadros de Oliveira (UFRGS) Gabriela dos Santos Buccini (HSM) Giannina do Espírito-Santo (UNISUAM) Gustavo de Araújo Porto Landsberg (UNIFENAS) Hamilton Lima Wagner (PMC) Isanete Geraldini Costa Bieski (UFMT) João Rodolfo Hopp (FUNDACENTRO) José Aroldo Lima Gonçalves-Filho (PMERJ) José Carlos Prado Junior (SMSDC-RJ) José Eduardo Corrente (UNESP) José Eduardo de Paula Lima (UFSCar) José Mauro C Lopes (GHC) Josenaide Engracia Santos (UNEB) Juliana Oliveira Soares (SMS/DF) Leonardo Cançado Monteiro Savassi (UFOP) Leonardo Vieira Targa (UCS) Lilian Fatima Barbosa Marinho (FUNASA) Liz Ponnet (UNIFESP) Lucas Mello Pioner (UFSC) Lucia Alves S Lara (USP) Luciana Kind (PUC/MG) Lucimara Ferraz (UEESC) Luis Antônio Benvenuto (UNIJU) Luis Antonio Ribeiro (UNIVAP) Luis Filipe Cavadas (Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Portugal) Luis Pisco (ARSLVT, Portugal) Luiz Miguel Santiago (Universidade da Beira Interior, Portugal) Magda Moura de Almeida (UNIFOR) Marcello Dala Bernardina Dalla (UFPA) Marcelo Kolling (PMC) Marcelo Rodrigues Gonçalves (UFRGS) Márcia Regina Martins Alvarenga (UEMS) Marcio Costa de Souza (UESB) Marco Aurélio Oliveira Góes (UFS) Maristela Carbol (UFSCar) Marlos Suenney de Mendonça Noronha (UFS) Moema Guimarães Motta (UFF) Myriam Carneiro de França (UNIFE) Nathan Mendes Souza (McMaster University, Canadá) Nelson Robson Mendes de Souza (UERJ) Nicanor Rodrigues da Silva Pinto (UNIFESP) Nilson Massakazu Ando (SEMSA) Pablo de Lannoy Stürmer (GHC) Patricia Barreto Cavalcanti (UFPA) Patricia Sampaio Chueiri (DAB) Patricia Taira Nakanishi (UnB) Paulo Poli Neto (SMS-PMC) Petterson de Jesus Floriano (UFSCar) Rachel de Faria Brino (UFSCar) Raquel Miguel Rodrigues (ICECENSA) Renata Cereda Cordeiro (UNIFESP) Renata Gianecchini Bongiovanni Kishi (UFSCar) Ricardo de Mattos Russo Rafael (UNIG) Roberta Alvarenga Reis (UFRGS) Roberto Nunes Umpierre (GHC) Rodolfo de Carvalho Pacagnella (UFSCar) Rodrigo Caprio Leite de Castro (UFRGS) Rodrigo da Silva Dias (UEPA) Rogério Luz Coelho Neto (FEPAR) Rosana Pimentel Correia Moysés (UFAM) Rosana Viana Frazili (FATEA) Rosângela Ziggottoli Oliveira (UEM) Ruth Borges Dias (UNIFENAS) Sergio Antonio Sirena (GHC) Shamyry Sulyvan de Castro (UFTM) Tânia Araujo Barboza (UNIFOR) Tania Toledo Oliveira (UFV) Thiago Dias Sarti (UFES) Thiago Roberto Castellane Arena (USP) Tiago Villanueva Gutierrez Marques (ACES Lisboa Norte) Ubiratan Adler (UFSCar) Valéria Ferreira Romano (UFRJ) Vitor Engrácia Valentini (UNESP) Yuji Magalhães Ikuta (UEPA)



Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
 Rua Evaristo da Veiga, 16 sala 401, Centro - Rio de Janeiro - RJ, CEP: 20031-040

www.sbmfc.org.br

Diretoria da SBMFC (2012 - 2014)

Nulvio Lermen Junior
Presidente
 Thiago Gomes Trindade
Vice-Presidente
 Paulo Poli Neto
Secretário Geral
 Cleo Borges
Diretor Financeiro
 Ademir Lopes Junior
Diretor de Comunicação
 Daniel Knupp
Diretor de Pesquisa e Pós-Graduação Lato Sensu
 Roberto Umpierre
Diretor de Graduação e Pós-Graduação Stricto Sensu
 Juliana Oliveira Soares
Diretora Científica
 Emílio Rossetti Pacheco
Diretor de Titulação
 Oscarino dos Santos Barreto Junior
Diretor de Exercício Profissional
 Nilson Massakazu Ando
Diretor de Medicina Rural

Conselho Diretor da SBMFC

Cristiana Hartmann
Acre
 Ana Cláudia Soares da Silva
Alagoas
 Nilson Ando
Amazonas
 José Tadeu Tramontini
Bahia
 Tales Coelho Sampaio
Ceará
 Tiago Sousa Neiva
Distrito Federal
 Marcello Dala Bernardina Dalla
Espirito Santo
 Sandro Rogério Rodrigues Batista
Goiás
 Fabiano Gonçalves Guimarães
Minas Gerais
 Fernando Antonio Santos e Silva
Mato Grosso
 Ivo Alves de Freitas
Mato Grosso do Sul
 Yuji Magalhães Ikuta
Pará
 Rodrigo Arruda Pinho
Pernambuco
 Marcelo Garcia Kolling
Paraná
 Cristiane Coelho Cabral
Rio de Janeiro
 Robinson Cardoso Machado
Rondônia
 José Mauro Ceratti Lopes
Rio Grande do Sul
 Marcela Dohms
Santa Catarina
 Levi Higino Jales Junior
Rio Grande do Norte
 Denise Santos do Nascimento
Sergipe
 Zeliete Linhares Leite Zamboni
São Paulo
 Raimundo Célio Pedreira
Tocantins

Copyright: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade / Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. -- v. 1, n.1 (abril, 2004).-- Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2004 -

v.; 24cm

Trimestral

Resumo em português, inglês e espanhol
 Disponível na internet: <http://www.rbmf.org.br>
 Volume 8, Número 26, Janeiro-Março, 2013
 ISSN 1809-5909 (Impresso)
 ISSN 2179-7994 (Online)

1. Medicina da Família. Periódico. I. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, SBMFC.

CDD 362.1

Filiada a



Ministério da Saúde



Indexada em



Sumário / Summary / Sumario

EDITORIAL

- 3 A RBMFC e o desafio da educação médica continuada**
The RBMFC and the challenge of continuing medical education
La RBMFC y el desafío de la educación médica continuada
Armando Henrique Norman

ESPAÇO ABERTO / OPEN SPACE / ESPACIO ABIERTO

- 6 A importância do afeto na conduta do Médico de Família e Comunidade**
The importance of affection in the conduct of the Family Physician
La importancia del afecto en la conducta del Médico de familia y Comunidad
José Mauro Ceratti Lopes, Lêda Chaves Dias Curra

PERSPECTIVA / PERSPECTIVE / PERSPECTIVA

- 11 Rastreamento do câncer de mama: as três luzes do semáforo**
Screening for breast cancer: the three traffic lights
Rastreo del cáncer de mama: las tres luces del semáforo
José Agostinho Santos

RELATOS DE EXPERIÊNCIAS / CASE REPORT / RELATOS DE EXPERIENCIA

- 16 Grupo de Medicina de Família e Comunidade de Santos: relato de experiência**
Family and Community Medicine Group from Santos: Experience report
Grupo de Medicina Familiar y Comunitaria de Santos: Reporte de una experiencia
Paula Marcela Vilela Castro, Mayco José Reinaldi Serra, Talita Quadrado Penati
- 20 Conhecimento sobre hanseníase de contatos intradomiciliares na Atenção Primária em Ananindeua, Pará, Brasil**
Knowledge of household contacts of leprosy in the Primary Care in Ananindeua, Pará, Brazil
Conocimiento sobre la lepra de contactos intra-domiciliares en la Atención Primaria en Ananindeua, Pará, Brasil
Lorena Margalho Sousa, Lorena Colares Maranhão, Carla Andréa Avelar Pires, Danielle de Moraes Rodrigues

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES / ARTÍCULOS ORIGINALES

- 24 A saúde bucal masculina dos servidores públicos de Marília, São Paulo, Brasil**
The oral health of male civil servants from Marília, São Paulo, Brazil
La salud oral de los funcionarios públicos varones de Marília, São Paulo, Brasil
Maria Luiza Freire Marconatto, Catiane Maria Nogueira, Caroline Brandão Pires Almeida, Sueli Moreira Pirolo
- 35 Estudo da demanda de saúde mental em Centro de Saúde da Família em Caucaia, Ceará, Brasil**
Study of the mental health demand of a Family Health Center in Caucaia, Ceará, Brazil
Estudio de la demanda de salud mental en Centro de Salud Familiar en Caucaia, Ceará, Brasil
André Luís Bezerra Tavares, Adriano Rodrigues de Souza, Ricardo José Soares Pontes

- 43** **Prevalência de excesso de peso entre estudantes de ensino fundamental de escola pública e privada em Sorocaba, São Paulo, Brasil**
Prevalence of overweight among students of public and private elementary and middle schools in Sorocaba, São Paulo, Brazil
Prevalencia de sobrepeso entre los estudiantes de primaria en escuelas públicas y privadas en Sorocaba, São Paulo, Brasil
Inês Maria Pardo, Mariana Pacifico Mercadante, Mayara Franco Zanatta,
Valéria Cristina Santucci Ramos, Sandra Dantas Nascimento, José Eduardo Bueno Miranda
- 51** **Ser diabético na família e na sociedade: a avaliação do adolescente em Itajubá, Minas Gerais, Brasil**
Being diabetic in the family and society: the evaluation of adolescents in Itajubá, Minas Gerais, Brazil
Ser diabético en la familia y en la sociedad: la evaluación de los adolescentes en Itajubá, Minas Gerais, Brasil
Rodolfo Souza de Faria, Camila Martins Fernandes Pereira, Maria Isabel Marques Pereira,
Marcus Vinicius de Carvalho

COMUNICAÇÕES BREVES / BRIEF COMMUNICATIONS / COMUNICACIONES BREVES

- 58** **Prevalência de retinopatia diabética em pacientes atendidos pela Estratégia Saúde da Família no município de Ananindeua - PA**
Prevalence of diabetic retinopathy in patients assisted by a unit of Family Health Strategy in the city of Ananindeua, Brazil
Prevalencia de la retinopatía diabética en pacientes atendidos por la Estrategia de Salud Familiar en el municipio de Ananindeua - PA
Dyndara Rodrigues Pedrosa, Emanuelle Oliveira Lemos, Débora Cristina de Abreu Gonçalves,
Perla Suely Gaia Raniéri, Carla Andréa Avelar Pires, Valter Resende de Paiva

ARTIGOS DE REVISÃO / REVIEW ARTICLES / ARTÍCULOS DE REVISIÓN

- 64** **Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010)**
Mental health matrix support in Primary Care: a critical review (2000-2010)
Apoyo matricial de la salud mental en Atención Primaria: una revisión crítica (2000-2010)
Karen Athié, Sandra Fortes, Pedro Gabriel Godinho Delgado

A RBMFC e o desafio da educação médica continuada

The RBMFC and the challenge of continuing medical education

La RBMFC y el desafío de la educación médica continuada

Armando Henrique Norman. Mestre em Antropologia Médica pela University of Durham, Reino Unido. Especialista em MFC. editor.rbmfc@sbfmfc.org.br

Imagine um país cujas escolas médicas não ensinam sistematicamente a seus estudantes a disciplina clínica na qual a maioria deles irá atuar. Imagine que tal país também falhe em conduzir pesquisas sobre problemas clínicos e organizacionais que tanto pacientes como médicos enfrentam dentro dessa disciplina. Embora isso seja impensável atualmente, o Reino Unido era assim quando o NHS começou.

Frank Sullivan¹

*Chair, Heads of Departments Group SAPC
Society for Academic Primary Care*

Este primeiro editorial de 2013 traz uma reflexão sobre educação médica e a importância da disciplina de Medicina de Família e Comunidade como estratégia para o fortalecimento e expansão da APS/ESF. No Brasil, a educação médica direcionada para a medicina de família apresenta um sério problema em sua origem: a quase ausência de departamentos de Medicina de Família e Comunidade nas universidades públicas. Países como Canadá, Estados Unidos e Inglaterra deram início a esse processo – mais sistematicamente na década de 1960 – com a introdução da disciplina Medicina de Família nos currículos dos cursos de graduação em Medicina, bem como com a criação dos respectivos departamentos em suas universidades².

Esse movimento, muito importante internacionalmente, atingiu seu ápice na década de 1970 (considerada a “fase de ouro” da medicina geral e familiar no Reino Unido)³ e resultou na criação da WONCA, em 1972². Foi também na década de 1970 que surgiram os primeiros programas de residência em Medicina Geral e Comunitária no Brasil. No entanto, essas iniciativas permaneceram em estado de latência, uma vez que o ambiente político do Brasil, com o golpe militar, não favorecia seu desenvolvimento⁴. Somente duas décadas depois é que a MFC retoma sua força, através do Programa Saúde da Família, em 1994. Esse contexto histórico produziu uma “solução de continuidade” em que os profissionais mais necessários para o SUS/APS não fazem parte oficialmente do ambiente acadêmico dos cursos de Medicina.

Richardson⁵ aponta quatro critérios para a inclusão da MFC como disciplina acadêmica: 1) Perfil de morbidade (85% dos casos são “resolvidos” na APS); 2) Técnica de análise (transcende o modelo biomédico, contextualizando a pessoa, a família e a comunidade); 3) Filosofia (os MFC não estão vinculados a um órgão ou sistema – cardiologia, psiquiatria –, nem a uma tecnologia – radiologia)⁶; e 4) Pesquisa (o ambiente da APS e a prática da MFC propiciam um vasto campo de pesquisa, que difere dos níveis de atenção secundário e terciário). Para Howie⁷, citando Pereira Gray, “uma área se torna uma disciplina acadêmica quando possui sua própria literatura”.

Como citar: Norman AH. A RBMFC e o desafio da educação médica continuada. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013;8(26):3-5. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(26\)719](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(26)719)

É notório que existe um esforço e incentivos por parte do MEC para que na reforma curricular do curso de Medicina haja a inserção precoce dos alunos nos serviços de APS/ESF. Essa tendência relativamente recente de unificar serviços de saúde e universidades tem contribuído tanto para que os recém-formados escolham a APS/ESF como campo de atuação profissional como também para a produção acadêmica em APS. Por exemplo, esta edição traz o relato de experiência *Conhecimento sobre hanseníase de contatos intradomiciliares na Atenção Primária em Ananindeua, Pará, Brasil* que retrata estudantes de graduação sendo estimulados a irem às comunidades e a pensarem a APS brasileira. Porém, esse movimento centrífugo precisa estar acompanhado de uma iniciativa centrípeta: trazer oficialmente para dentro das universidades os profissionais dos serviços de APS/ESF sem que esses profissionais deixem suas práticas clínicas. Esse seria um passo fundamental para o fortalecimento da APS, pois o contato do aluno de graduação com profissionais dessa área ou especialidade durante seu processo de formação (tanto no ambiente universitário como na prática nas unidades de saúde da família) favoreceria a criação de uma identidade profissional vinculada à APS/ESF e à MFC.

Essa situação também se reflete um pouco na própria Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC), que apesar de pertencer à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) tem seu conteúdo tradicionalmente voltado para uma plêiade de profissionais de saúde e gestores do SUS, com um perfil que se aproxima mais da saúde pública e/ou coletiva, com pouca ênfase na prática da MFC. Isso em parte é um reflexo desse processo histórico, acadêmico e institucional, devido à pequena influência da MFC na formação em Medicina.

No sentido de contribuir para a Medicina de Família e Comunidade enquanto disciplina acadêmica, nesta edição 26 a RBMFC anuncia uma modesta porém importante iniciativa para a educação médica continuada dos MFC. A partir das edições subsequentes, a RBMFC disponibilizará uma nova seção denominada Artigos de Revisão Clínica. Espera-se, desse modo, fortalecer a educação continuada e permanente dos profissionais da ESF, principalmente médicos e enfermeiros. Os artigos para essa seção deverão ser elaborados de acordo com o guia para artigos de revisão clínica, já disponível no site da RBMFC. Não se trata de “reinventar a roda” mas de adotar critérios semelhantes a outros periódicos científicos internacionais, tais como o *Journal of American Academy of Family Physicians*, que há muito tempo vem produzindo um conteúdo mais direcionado para a prática da MFC.

A revista adotará basicamente dois eixos: um primeiro eixo que continuará estimulando o processo tradicional da política de fortalecimento e aprimoramento da própria APS/ESF (através de pesquisas na área), materializado em artigos originais, relatos de experiências e revisões sistemáticas; e um segundo eixo voltado para a produção de artigos de atualização clínica, ou seja, revisões clínicas baseadas em evidências sobre temas pertinentes para a prática dos profissionais das equipes de saúde da família, principalmente médicos e enfermeiros. Essa nova seção também pretende ser um espaço para estimular os residentes em MFC a direcionarem seus trabalhos de conclusão de curso (TCC) para um tema clínico específico, comum e importante para a APS/ESF, com potencial para ser publicado na revista da especialidade.

Nesse processo de renovação, todas as seções da revista foram revisitadas para deixar os textos mais claros e melhor destacar a estrutura dos textos de cada seção. Assim, pensando longitudinalmente, espera-se fortalecer este periódico e torná-lo mais atrativo para profissionais e acadêmicos da APS, sem perder seu ecletismo.

Essa proposta vem somar esforços com a SBMFC, que tem fomentado as ligas acadêmicas como estratégia para atrair alunos de graduação para a MFC. Por exemplo, esta edição traz um relato de experiência do Grupo de Medicina de Família e Comunidade de Santos, em que um coletivo de estudantes busca criar um espaço onde a especialidade possa florescer. A importância de o médico de família estar presente (fazendo um contraponto) dentro dos cursos de Medicina pode ser vista em dois artigos: na seção Espaço Aberto é explorada a temática do afeto na atividade profissional do MFC, enquanto que na seção Perspectiva é discutido de modo bastante interessante o tema do rastreamento do câncer de mama.

Por fim, dada a complexidade do cenário de prática da medicina rural, em que o médico de família tem papel central, está sendo publicado juntamente com esta primeira edição o suplemento da WONCA Rural, que contém documentos importantes, elaborados pela WONCA, traduzidos pelos membros do GT de Medicina Rural da SBMFC, coordenados pelo Dr. Leonardo Targa. Este suplemento vem em momento oportuno, visto que o Brasil sediará o Congresso Mundial da WONCA Rural em 2014. Assim, o leitor poderá se inteirar sobre o que se está discutindo em termos de medicina rural no Brasil e no mundo. Portanto, uma boa leitura a todos e que gradualmente a RBMFC possa cada vez mais ocupar um lugar de destaque no meio acadêmico e profissional da APS brasileira.

Referências

1. Sullivan F. Preface. In: Howie JGR, Whitfield M. Academic General Practice in the UK Medical Schools, 1948-2000: a short history. Edinburgh: Edinburgh University Press; 2011.
2. McWhinney IR. A textbook of Family Medicine. New York: Oxford University Press; 1989.
3. Laing AW, Marnoch G, McKee L, Joshi R. Administration to innovation: the evolving management challenge in primary care. *J Manag Med.* 1997; 11(2): 71-87. <http://dx.doi.org/10.1108/02689239710177701>
4. Falk JW. A Medicina de Família e Comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. *Rev Bras Med Fam Com.* 2004; 1(1): 5-10
5. Richardson IM. The value of university department of general practice. *BMJ.* 1975; 4(5999): 740-2. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.4.5999.740>
6. McWhinney IR. The importance of being different. *Br J Gen Pract.* 1996; 433-436.
7. Howie JGR, Whitfield M. Academic General Practice in the UK Medical Schools, 1948-2000: a short history. Edinburgh: Edinburgh University Press; 2011. p. 137. <http://dx.doi.org/10.3366/edinburgh/9780748643561.001.0001>

A importância do afeto na conduta do Médico de Família e Comunidade

The importance of affection in the conduct of the Family Physician

La importancia del afecto en la conducta del Médico de familia y Comunidad

José Mauro Ceratti Lopes. Grupo Hospitalar Conceição (GHC). jmauro.lopes@terra.com.br (Autor correspondente)

Lêda Chaves Dias Curra. Grupo Hospitalar Conceição (GHC). leda.curra@terra.com.br

Resumo

O texto trata da utilização do afeto como ferramenta essencial na relação clínica que se estabelece na prática entre o Médico de Família e Comunidade (MFC) e as pessoas sob seus cuidados. Relação diferente do que acontece em outros cenários de prestação de cuidados à saúde. Entender o processo desta relação, identificar a troca de emoções que nela acontece, reconhecer as reações e dificuldades de forma consciente, torna o desfecho favorável, melhorando o cuidado prestado e a satisfação.

Abstract

This paper addresses the use of affection as an essential tool in the clinical relationship that is established, in practice, between family physicians (MFC) and their patients. This relationship is different from those of other health care scenarios. Understanding the process of this relationship, identifying the exchange of emotions, acknowledging the reactions and difficulties consciously, contributes to a favorable outcome, improving the care provided and the satisfaction of both.

Resumen

Este texto trata del uso del afecto como herramienta esencial en la relación clínica que se establece en la práctica entre el Médico de Familia y Comunidad y las personas a su cargo. Es diferente de lo que sucede en otros escenarios de prestación de servicios de salud. Comprender el proceso de esta relación, identificar el intercambio de emociones que en ella se establece, reconocer conscientemente las reacciones y las dificultades hace que el resultado sea favorable, mejorando la atención ofrecida y la satisfacción de ambos.

Palavras-chave:

Afeto
Médicos de Família
Referência e Consulta
Atenção Primária à Saúde

Keywords:

Affection
Family Physicians
Referral and Consultation
Primary Health Care

Palabras clave:

Afecto
Médicos de Família
Remisión y Consulta
Atención Primaria de la Salud

Conflito de interesses:

declararam não haver.
Recebido em: 07/08/2011.
Aprovado em: 16/02/2013.

*Afeto*¹

sm. Disposição de alma, sentimento. / Amizade, simpatia: nutria por mim um grande afeto. / Psicologia: Aquilo que age sobre um ser: a sensação é um afeto elementar.

Cabe falar um pouco sobre o porquê de estarmos escrevendo a quatro mãos este texto. Na história da humanidade a associação em duplas tem sido uma constante. Podemos começar com Adão e Eva, passando por outras como Dom Quixote e Sancho Pança, Bonnie e Clyde, o Gordo e o Magro, Fred e Barney, Batman e Robin, Jerry Lewis e Dean Martin, Felipão e Murtosa, entre tantas outras. Assim consegue-se somar conhecimentos, ter cumplicidade ao produzir, ter apoio, confiança e há estímulo à criatividade. No trabalho a dois necessita-se respeitar um ao outro, saber negociar, e consequentemente há troca de sentimentos e emoções. A dupla é uma pequena equipe que se une para produzir e superar desafios. E duplas também têm a ver com o tema, pois para superar os desafios de cuidar da saúde é necessário que se forme uma, composta pelo médico e pela pessoa. É claro, sem esquecer o restante do contexto, tendo em vista que o cuidado da saúde é um fenômeno integrativo, assim como saúde também o é (Quadro 1).

Quadro 1. Saúde como fenômeno integrativo².

<ul style="list-style-type: none"> • Os determinantes de saúde e doença não são apenas biológicos, nem tampouco uma resposta das pessoas aos agravos ou doenças;
<ul style="list-style-type: none"> • Pessoas vivem em famílias e comunidades de vários tipos. Frequentemente trabalham em ocupações insalubres ou mesmo perigosas e têm como lazer atividades que podem promover ou não a saúde; e
<ul style="list-style-type: none"> • Pessoas vivem dentro de um grande contexto ambiental, político e cultural que afeta a elas e também a suas famílias e comunidades. Todos esses aspectos “pouco biológicos” da vida das pessoas influenciam seu estado de saúde ou condição de doença.

O cuidado da saúde moderno é “a mais complexa atividade nunca desenvolvida pelo ser humano”². Ele envolve tecnologia altamente complicada, que pode causar sérios danos ou curar milagrosamente. É uma atividade em equipe, com mais de 80% dos cuidados prestados por não médicos, e essa interação complexa e multifacetada precisa ser orquestrada². Mas apesar de todo o progresso e desenvolvimento, o evento central da vida profissional do médico de família e comunidade continua sendo a consulta. Na relação entre pessoas, o sentimento de afeição entre elas pode ser “à primeira vista”, “apaixonante” ou seguir um caminho de construção através do conhecimento progressivo mútuo, continuado, onde se estabelece uma relação baseada na confiança.

A relação médico-pessoa, que é sistêmica e processual, também é um encontro entre pessoas com expectativas, objetivos e tarefas definidas de parte a parte. O preparo para este encontro inicia-se bem antes. Para o médico, começa (a) com sua trajetória pessoal e atuação no curso de graduação (se não estiver preocupado apenas com doenças e diagnósticos); segue com (b) a escolha da especialidade; (c) com o preparo na especialização; (d) tem relação com o seu momento de vida; e culmina (e) com os momentos preliminares à consulta. Para a pessoa, começa (a) com o estabelecimento do estilo de vida, heranças e outros aspectos biopsicossociais que interferem na saúde; segue (b) com a decisão de consultar – muitas vezes não é ele quem decide; (c) depois vem a escolha do médico; (d) tem um momento decisivo na recepção do consultório; e (e) seu preparo final na sala de espera. Para ambos, toda essa preparação tem seu clímax (f) na consulta, pois quando essas duas pessoas se encontram temos dois *experts*: o médico em diagnósticos, exames e medicamentos; e a pessoa nela própria³. Mas não se encerra aqui, pois ainda temos: (g) os exames a fazer, (h) o atendimento em equipe, (i) o contato com a família e as (j) consultorias, onde a participação do médico de família como orquestrador desses cuidados é necessária.

Muitas vezes a empatia é imediata e ocorre já no primeiro encontro. Em outras, em virtude das expectativas, ansiedades, defesas, experiências anteriores e medos de ambas as partes, o primeiro encontro pode não ser muito bom. Em ambos os casos, a continuidade da relação pode mudar e muitas vezes inverter essa primeira impressão. Devemos dar a nós e à pessoa uma segunda chance.

O elemento chave para alcançar êxito nesse encontro é preservar e melhorar a relação médico-pessoa, fundamental para o sucesso do diagnóstico e tratamento, pois o processo de interação entre médico e pessoa é possivelmente o aspecto mais terapêutico do encontro para cuidar da saúde⁴.

A consulta, independentemente do cenário em que ocorre – consultório, hospital, domicílio – é a parte fundamental do relacionamento entre o médico e as pessoas. Hipócrates exerceu a medicina inteiramente voltada para o doente, interessado

pelo sofrimento do homem, examinava as pessoas de forma cuidadosa e conversava com elas sobre suas queixas, denotando o quanto valorizava a relação clínica. Foi ele o primeiro a nortear os preceitos da ética e dessa relação com citações objetivas:

O médico deverá saber calar-se no momento oportuno [...] deverá manter uma fisionomia serena e calma e nunca estar de mau humor [...] Deverá dar toda a atenção à pessoa, responder calmamente às objeções, não perder a tolerância e manter a serenidade diante das dificuldades (Rezende apud Lopes⁵).

A imagem que vem à cabeça ao lermos essa descrição é a de um “médico Mona Lisa”. Hoje, devemos levar em conta os escritos de Hipócrates, mas o profissional pode e deve ser mais interativo e, como disse um colega anônimo, “pode até chorar com a pessoa; só não deve chorar *mais* que a pessoa”. Existe uma série de atitudes que podem ser empregadas para melhorar a efetividade do encontro do médico com as pessoas⁶. A consulta é distinta por diversas qualidades:

- A pessoa toma decisões com o seu médico e portanto a **comunicação efetiva** entre o médico de família e a pessoa é uma das chaves do sucesso.
- A medicina é centrada na pessoa, sendo que o **contexto familiar e social** deve ser amplamente conhecido.
- Frequentemente, a relação entre o médico de família e a pessoa **é mantida durante anos** e a sua abordagem é o resultado da construção ocorrida.

Tradicionalmente, a sociedade autoriza o médico a tomar decisões e ter o poder e a autoridade a respeito das necessidades da pessoa. Ela, por sua vez, é encorajada a dar a responsabilidade ao médico e permanecer no papel de doente (ou dependente), pelo menos temporariamente. Há que se dosar esse poder chegando a um equilíbrio que possa auxiliar a pessoa doente. Algumas vezes, quando a pessoa está agudamente e seriamente enferma, o médico necessita assumir a responsabilidade sobre o seu cuidado; entretanto, deve-se compreender que a consulta é um encontro entre dois indivíduos, onde cada um é um *expert* na sua própria área: o médico de família é um *expert* no cuidado que envolve diagnosticar e tratar adequadamente. Seu aparelho diagnóstico principal é o auditivo – ESCUTAR! –, pois dois minutos sem interrupção são suficientes para a pessoa colocar as questões principais, onde o principal “medicamento” é o INTERESSE pelas pessoas e seus problemas de saúde (não pelas doenças)³. As pessoas são *experts* em trazer a informação e experiência com as quais a consulta se desenvolve³.

Para a consulta ser bem-sucedida, o médico e a pessoa devem trabalhar juntos e acordar, dividindo informações a respeito das possibilidades e consequências³. Tornam-se “sócios”, parceiros, e para que haja parceria em medicina o sócio principal tem de ser a pessoa, que não deve ser impedida de pronunciar a palavra decisiva, a última palavra³.

Embora existam muitas facetas na prática do médico de família e comunidade, a abordagem aqui proposta refere-se à importância do afeto na conduta do médico, pois muitas vezes o problema não está na pessoa e sim entre as pessoas. Daí surgiu a seguinte questão: o que, na relação médico-pessoa, faz diferença, faz a pessoa sentir-se melhor e aderir ao cuidado? Partilhamos a ideia de que é a afetividade na relação.

O Dr. Carlos Grossmann⁵, criador do Serviço de Saúde Comunitária em Porto Alegre, sempre conceitua o médico de família da seguinte forma: “É um especialista em gente [...]! – as pessoas, as famílias, as comunidades na sua visão e abordagem mais amplas e integrais – e acrescentaríamos [...] Médico de família é quem gosta de gente!”⁵

A construção de um vínculo que ao mesmo tempo seja técnico, porém onde haja a cumplicidade de afeto, implica em desenvolver habilidades apropriadas, ter embasamento teórico e fundamentar-se nas necessidades e experiências individuais.

O médico de família tem aspectos característicos em sua prática que facilitam o desenvolvimento e fortalecem esse vínculo e que o diferenciam dos demais especialistas. Dois desses são essenciais: a *diversidade* da demanda e a *responsabilidade*. A diversidade é caracterizada pela variedade de problemas que as pessoas trazem ao médico de família e comunidade. Num primeiro momento é ansiogênica, gerando *stress* e insegurança. Com o passar do tempo, o MFC, ao introjetar o uso das ferramentas da prática, assume o controle e essa situação adversa transforma-se em desafios do dia a dia. Soma-se a isso o prazer de trabalhar na busca de soluções conjuntas com as pessoas atendidas, que o valorizam como parceiro. Esse desafio constante e o vínculo interpessoal mantém o MFC profissionalmente estimulado e vinculado à APS. A *responsabilidade* se relaciona ao papel essencial da prática do MFC em assumir a responsabilidade pela coordenação do cuidado⁶ das pessoas sob seus cuidados, decorrente de ser quem tem a qualificação clínica mais ampla e detêm maior conhecimento sobre aquela pessoa, especificamente. A partir do momento em que o MFC aceita a responsabilidade pelo cuidado de uma pessoa, isso se torna total e permanente até que decidam o contrário. Essa responsabilidade vai além do foco individual e inclui recomendar e defender políticas públicas de promoção da saúde para as pessoas e comunidades. É uma responsabilidade

contínua, independentemente da condição de saúde em que se encontram as pessoas, não existindo um início ou fim, podendo o contato ser retomado a qualquer momento de necessidade ou por diferentes problemas⁶.

Junto a esses cuidados existem outros, tais como *foco da prática* (o MFC é *focal* na pessoa), *continuidade dos cuidados* (longitudinalidade), *estilo diagnóstico* (geração de hipóteses diagnósticas e testes), *classificação diagnóstica* (ICPH2), *história natural das doenças* (problemas indiferenciados, no início, ou pouco definidos).

Essas características da prática do médico de família somente terão validade se estiverem associadas a um princípio básico, fundamental e imprescindível – **o médico de família deve ser qualificado**:

- **na resolutividade** (“o Dr(a). acerta comigo”);
- **na responsabilidade** (nunca diz “seu caso não é para mim”);
- **no conhecimento da pessoa** ao longo do tempo (médicos de família conhecem as pessoas antes de saberem que doenças vão ter);
- **e no reconhecimento de seus próprios limites** (utilizando os recursos da equipe e do sistema de saúde na busca do melhor cuidado).

É conhecido que diversas orientações (Quadro 2) podem ser utilizadas pelo médico em seu comportamento para permitir o melhor acesso à consulta⁶.

Quadro 2. Orientações para melhor acesso à consulta⁶.

<ul style="list-style-type: none"> • Ao iniciar a entrevista: <ul style="list-style-type: none"> - Acolher calorosamente a pessoa pelo nome. - Fazer contato visual – olhos nos olhos. - Iniciar escuta ativa. - Iniciar com perguntas abertas.
<ul style="list-style-type: none"> • Ao coletar informações: <ul style="list-style-type: none"> - Não interromper a pessoa. - Extrair um modelo explicativo da pessoa. - “Negociar” com a pessoa falante. - Observar as deixas verbais e não verbais. - Usar questões diretivas durante o exame físico.
<ul style="list-style-type: none"> • Ao finalizar a consulta: <ul style="list-style-type: none"> - Prover informações. - Negociar mudanças de comportamento. - Negociar o manejo do plano.

Segundo Mário Moura:

[...] o médico começa a fazer “significar” ao abordar. Dar o salto para o lado de lá do sintoma e detectar o simbolismo da cefaleia, da cólica, da dor precordial, da asma, do eczema e de quantas coisas mais que traduzem a maneira de o doente nos trazer a sua angústia, pelos problemas que vive ou viveu, que surgem com força como causas verdadeiras de doenças⁷.

O médico de família deve transcender a divisão corpo/mente, para o que a atenção às emoções é uma necessidade, pois ele precisa não somente decodificar mensagens da pessoa mas ser muito receptivo àquelas informações que indicam em que contexto as mensagens estão codificadas⁸. A percepção da pessoa deve vir através de reconhecimento de posturas, gestos, expressões verbais ou não verbais.

Uma vez percebida a *pessoa*, inicia-se então a comunicação não verbal, uma relação emocional entre *duas pessoas* até atingir seus sentimentos mais genuínos e profundos.

Moura ainda reflete:

Como medicamento, o médico tem uma dosagem apropriada, poderá ter excessos ou carências de dose, poderá provocar às vezes reações de intolerância. A importância desta “terapêutica” é, talvez hoje, maior do que nunca... sobretudo com o resultado do incremento da vida urbana, em que um significativo número de pessoas perdeu as raízes e os apoios; famílias grandes com interrelações íntimas e complexas tendem a desaparecer e o indivíduo torna-se cada vez mais solitário, até encontrar-se completamente só.

Do outro lado, como existe o médico, que é a outra parte da relação, é inevitável pensarmos em como vai sua disponibilidade e disposição? Quais são suas concepções? Seu desejo de empatia? De que tempo dispõe? Que pressão sofre da demanda que o espera para atendimento? Como vai a sua vida pessoal? Como vai a sua formação contínua, seu estudo e o seu trabalho? Qual a recordação de experiência passada idêntica à que tem na sua frente⁸? Ou seja, é fundamental cruzar os aspectos subjetivos do médico e da pessoa para que ambos comecem a sentir a atuação mais humanizada, com o reconhecimento das emoções e uma prática autorreflexiva⁹.

O médico de família também precisa levar em conta que ao cuidar de integrantes de uma família torna-se parte desse complexo de relacionamentos, acrescido pelo fato de que alguns MFCs compartilham com as pessoas a mesma comunidade como local de residência.

O diagnóstico sob a óptica relacional é o resultado de contínuas mudanças⁹. O médico de família sofre constante influência pelas emoções vivenciadas, que nos fazem sentir, refletir e mudar ou não de opinião. As pessoas só vão encontrar respostas aos seus apelos se “nos permitirmos nos aproximar”... e então é através do afeto que poderemos dar respostas.

O médico de tempos atrás contava com seus conhecimentos e equipamentos que cabiam em sua maleta. Eram ele e a pessoa. Hoje, existe a tecnologia, uma parafernália sem fim, e existem os gestores como intermediários na relação.

Mas, ao final das contas, para que tudo isto funcione e seja corretamente aproveitado, o principal continua sendo o mesmo: uma relação de confiança, humanitária e com muito afeto entre médico e pessoa.

Referências

1. Ferreira ABH. Dicionário On line. [acesso em 2013 Jan 16]. Disponível em: <http://www.dicionariodoaurelio.com/Afeto.html>
2. Coulter A. After Bristol: putting patients at the centre. *BMJ*. 2002; 324(7338): 648-51. PMID:11895824 PMCID:84404. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.324.7338.648>
3. Lown B. A Arte Perdida de Curar. São Paulo: JSN Editora Ltda; 1997. PMCID:508096.
4. Stewart M. Medicina Centrada na Pessoa. Porto Alegre: Artmed; 2010.
5. Lopes JMC. A pessoa como centro do cuidado: a abordagem centrada na pessoa no processo de produção do cuidado médico em Serviço de Atenção Primária à Saúde. [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/5873>
6. Stephenson A. Textbook Of General Practice. 1th ed. 246 London: Arnold; 1998.
7. Moura MS. A trajetória do amor: ensaio sobre a medicina familiar. Execução gráfica Corlito, Setúbal; 2000.
8. Rakel. Textbook of Family Medicine. 8th Ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2011.
9. McWhinney I. Manual de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Leitura Recomendada

1. Fowler G, Gray MJA, Anderson P. Prevention in general practice. 2nd ed. Oxford and New York: Oxford University Press; 1993.
2. Andolfi M. A linguagem do encontro terapêutico. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
3. Jenkins L, Britten N, Barber N, Bradley CP, Stevenson FA. Consultations do not have to be longer. *BMJ*. 2002; 325(7360): 388. PMID:12183315 PMCID:1123894. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.325.7360.388>
4. Gusso G, Lopes JMC. Tratado de medicina de família e comunidade. 1. ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.

Rastreamento do câncer de mama: as três luzes do semáforo

Screening for breast cancer: the three traffic lights

Rastreo del cáncer de mama: las tres luces del semáforo

José Agostinho Santos. Unidade de Saúde Familiar Lagoa, Senhora da Hora, Portugal. zeagostinho@hotmail.com (*Autor correspondente*)

Resumo

A interpretação do rastreamento do câncer de mama como um semáforo com três luzes convida a uma revisão rápida da evidência científica e à retenção dos principais pontos que esse procedimento revela. As recomendações a favor do rastreamento são produzidas por autores que conferem a ele uma luz verde, de avanço, porque acreditam que o saldo risco/benefício é favorável a sua aplicação em mulheres em idades-alvo e com risco médio. Mas, tal como a própria expressão risco/benefício sugere, existe um risco que deverá ser levado em conta no início do rastreamento, um alerta que assume a luz vermelha. É notório, pela evidência avaliada por autores independentes, que existe uma relação entre prós e contras (luz amarela). O papel de salvaguardar o equilíbrio dessa balança pertencerá, talvez, ao médico de família, cabendo, então, em última instância, à mulher em idade-alvo colocar o último peso sobre um dos dois pratos.

Abstract

The interpretation of breast cancer screening as three different traffic lights invites the reader for a quick review of the scientific evidence and the retention of the main points that this procedure reveals. The recommendations for the screening are produced by authors that give a green light for the screening advance, because they believe that the risk/benefit balance is favorable to its application in women at the target ages and average risk. However, as the expression "risk/benefit" implies, there is a risk that must be taken into account at the time of starting the screening, which assumes an alert for the red light. It is clear, from the evidence evaluated by independent authors, that there is a balance of pros and cons (yellow light). The role of ensuring the balance of this scale belongs perhaps to the General Practitioner and the role of putting the last weight on one of the two plates belongs to the women at the target-ages to screening.

Resumen

La interpretación del rastreo de cáncer de mama como un semáforo con tres luces invita a una rápida revisión de la evidencia científica y a la retención de los principales puntos que este procedimiento revela. Las recomendaciones para el rastreo son producidas por autores que dan luz verde para avanzar, porque creen que el balance riesgo/beneficio es favorable a su aplicación en mujeres en edad de riesgo pero con riesgo medio. Pero, como la misma expresión 'riesgo/beneficio' implica, existe un riesgo que se debe tener en cuenta al inicio del rastreo, un alerta que asume la luz roja. Es claro, a partir de la evidencia evaluada por autores independientes, que existe una relación entre pros y contras (luz amarilla). El rol de salvaguardar el equilibrio de esta balanza pertenecerá, quizás, al Médico de Familia, cabiendo, entonces en última instancia, a la mujer en edad de riesgo el papel de poner el último peso sobre uno de los dos platos.

Palavras-chave:

Neoplasias da Mama
Programas de Rastreamento
Análise Custo-benefício
Prevenção Quaternária

Keywords:

Breast Neoplasms
Mass Screening
Cost-benefit Analysis
Quaternary Prevention

Palabras clave:

Neoplasias de la Mama
Programa de Rastreo
Análisis Costo-beneficio
Prevención Cuaternaria

Como citar: Santos JA. Rastreamento do câncer de mama: as três luzes do semáforo.

Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013;8(26):11-5.

Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(26\)677](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(26)677)

Conflicto de intereses:

declara não haver.

Recebido em: 26/11/2012

Approved em: 13/02/2013

Rastreamento do câncer de mama: o saldo risco/benefício

Nos últimos anos, os rastreamentos oncológicos têm merecido destaque na literatura. Tal destaque é justificado pelo crescente número de publicações polêmicas que questionam a sua suposta boa relação custo/benefício, mesmo após décadas do início da sua implementação¹⁻³. As conclusões desses estudos motivaram críticas dirigidas à metodologia e limitações dos ensaios que, por sua vez, levaram à edição de artigos de opinião em resposta aos comentários primários⁴⁻⁶.

Tendo como ponto de partida uma época em que proliferavam tumores avançados e letais, frequentemente inoperáveis mediante as técnicas da época, alguns rastreamentos oncológicos (como o do câncer de mama) seguiram o seu caminho até os dias atuais, com a detecção de uma série de tumores bem menores e operáveis. Tal multiplicação de intervenções cirúrgicas gerou médicos experientes e aperfeiçoou técnicas que foram progressivamente mais bem-sucedidas na orientação terapêutica^{7,8}. Assim nasceu uma onda de retroalimentação do entusiasmo relativo aos métodos de rastreamento, gradualmente mais sofisticados e efetivos na detecção precoce⁷. Foram elaboradas recomendações das grandes sociedades científicas a favor de alguns rastreamentos e foram adotadas medidas governamentais que favorecem a adesão populacional ao torná-los substancialmente menos dispendiosos ou gratuitos para o cidadão comum⁹⁻¹¹. Porém, no caso particular do rastreamento do câncer de mama por meio da mamografia, estudos bem realizados têm lançado resultados que resfriam os ânimos entre a comunidade médica. Por outro lado, embora possam não colocar em dúvida a efetividade da detecção precoce de tumores mamários e a redução da taxa de mortalidade específica, esses ensaios alertam para os custos que lhe são associados e que estão muito além dos custos financeiros: os custos humanos provenientes do sobrediagnóstico e do sobretratamento^{1,4,7}.

Este breve artigo de perspectiva pretende apenas lembrar o Médico de Família e Comunidade (MFC) que, mesmo que disponha das mais diversas diretrizes recomendando o rastreamento sistemático do câncer da mama através de mamografia nas mulheres em idades-alvo, necessitará conhecer o lado potencialmente danoso que existe na atitude clínica proativa de encaminhamento da sua paciente para esse procedimento. Tal será tão simples como lembrar ou conhecer os principais efeitos colaterais de um fármaco prescrito que podem afetar a qualidade de vida da pessoa a quem presta cuidados.

A interpretação do rastreamento do câncer de mama como um semáforo com três luzes convida a uma revisão rápida da evidência científica. As recomendações a favor do rastreamento são produzidas por um conjunto de autores que lhe confere uma luz verde para avanço porque, após análise da evidência, acreditam que o saldo risco/benefício é favorável a sua aplicação nas mulheres em idades-alvo e com risco médio [isto é, mulheres sem mutação do gene *Breast Cancer* (BRCA) conhecida, sem história familiar de câncer mamário ou ovariano associado a mutação BRCA+, sem história de irradiação torácica] provindas da população geral¹². Mas, tal como a própria expressão risco/benefício sugere, existe um risco que deverá ser levado em conta no início do rastreamento, um alerta que assume a luz vermelha. E relativamente ao *screening* de câncer de mama, diversas interpretações da evidência estão patentes na literatura, interessando, para a Medicina de Família e Comunidade, as leituras de sociedades científicas de grande impacto e independentes, como a Cochrane Collaboration ou a US Preventive Services Task Force (USPSTF)^{13,14}.

Rastreamento do câncer de mama: a luz verde

A revisão de 2009 da Cochrane Collaboration congregou, com rigor, os resultados de sete ensaios clínicos randomizados e controlados (envolvendo no total cerca de 600 mil mulheres) que compararam a taxa de mortalidade de um grupo de mulheres com idade entre 39 e 74 anos submetidas a mamografia de rastreamento com a de um grupo de mulheres não-submetidas ao exame, após 13 anos. Os autores consideraram que três desses ensaios possuíam boa qualidade metodológica (ensaios elaborados no Canadá, no Reino Unido e em Malmö, Suécia), enquanto que classificaram quatro ensaios com randomização subótima (ensaios de Göteborg, New York, Stockholm e Two-Country). Curiosamente, a meta-análise envolvendo os três primeiros não revelou uma redução significativa da taxa de mortalidade específica por carcinoma mamário [Risco Relativo (RR) =0,90 (0,79-1,02)], porém os restantes documentaram, em conjunto, um decréscimo com significância [RR=0,75 (0,67-0,82)]. Os autores da Cochrane estimam um RR final de 0,85¹³.

Este RR não se situa muito longe do calculado pela USPSTF que, analisando os mesmos sete ensaios clínicos, aponta para um RR de 0,85 (0,75-0,96) para mulheres com idade entre 39 e 49 anos, 0,86 (0,75-0,99) para as mulheres com idade entre 50 e 59 anos e de 0,68 (0,54-0,87) para aquelas na faixa etária entre 60 e 69 anos. A USPSTF recomenda o rastreamento

do câncer de mama através de mamografia bianual com força B (recomendação baseada em evidência inconsistente, de qualidade limitada e orientada para o paciente) para mulheres com idades entre 50 e 69 anos¹⁴.

Assim, o benefício do *screening* é evidenciado nas publicações desses grupos independentes, salientando uma redução de cerca de 20% na mortalidade por carcinoma mamário, embora sem tradução a nível da mortalidade por todas as causas. Os autores da revisão da Cochrane e do The Nordic Cochrane Centre transformaram este valor relativo em números absolutos e mais claros, destacando que 2 mil mulheres terão que ser rastreadas durante 10 anos para que uma morte por câncer de mama seja evitada^{7,13}.

Rastreamento do câncer de mama: a luz vermelha

Entretanto, desde que os ensaios em foco tiveram início, o diagnóstico clínico e tratamento para o câncer mamário obtiveram grandes melhoramentos (quer em termos de recursos técnicos, quer sob o prisma dos recursos humanos). Para os membros do The Nordic Cochrane Centre, esse incremento qualitativo nesses dois níveis poderá atenuar o benefício do rastreamento acima referido, pois é especulável que mesmo as mulheres não submetidas a mamografia de rastreamento sejam diagnosticadas e sofram intervenções com sucesso após recorrerem a consulta médica por notarem alteração nos seios (fruto de um novo conceito denominado *breast awareness*, cujas melhores traduções para português seriam autocuidado mamário ou autoconscientização mamária, que apela a um autoconhecimento corporal e a uma atenção particular da mulher a alterações encontradas nas mamas durante a sua higiene íntima ou inspeção mamária)^{7,15}.

Esse aspecto poderá ter um impacto ainda maior se tiver como pano de fundo o sobrediagnóstico e o sobretratamento, que retêm a maior carga dos riscos inerentes ao rastreamento através da mamografia. Esse exame radiográfico conduz a uma maior taxa de detecção de cânceres que cresceriam de forma lenta e que nunca se tornariam sintomáticos durante a vida da mulher (sobretudo, os carcinomas *in situ*). A esse fenômeno de identificação dessa fração da patologia se denomina sobrediagnóstico^{15,16}. A percentagem desses tumores entre todos os cânceres detectados por esse método de rastreamento é estimada entre 19% – e 30%. Assim, os mesmos autores do The Nordic Cochrane Centre estimam que em 2 mil mulheres rastreadas regularmente durante 10 anos, 10 mulheres saudáveis terão o diagnóstico de um câncer mamário que nunca comprometeria a sua qualidade de vida. Esse diagnóstico conduziria a uma intervenção cirúrgica nas mamas, na maioria dos casos, e, possivelmente, a radioterapia ou quimioterapia⁷.

Uma revisão mais recente elaborada pelo Independent UK Panel on Breast Cancer Screening aponta um diferencial menor para a realidade britânica (onde existe um *mass screening*) e atribui menor dimensão ao sobrediagnóstico. Calcula que, entre 10 mil mulheres britânicas convidadas para o rastreamento, serão realizados 681 diagnósticos de câncer de mama, dos quais 129 serão sobrediagnósticos e 43 serão cânceres fatais prevenidos pela detecção precoce¹. As discrepâncias de cálculo devem-se à inclusão, nessa revisão, de estudos que foram rejeitados pelos autores da Cochrane e do USPSTF, alegando que a metodologia teria maiores limitações^{13,14}. Contudo, mesmo assim nessa revisão britânica o número de mulheres com sobrediagnóstico é três vezes superior às mulheres cuja morte por câncer de mama é prevenida. Sobressai ainda um grande conjunto de cerca de 500 mulheres com cânceres detetados pelo *screening* que se tornariam sintomáticos mas não fatais para as quais o benefício do rastreamento permanece sob dúvida.

Outra face dos riscos do rastreamento são os falso-positivos: em 2 mil mulheres rastreadas durante 10 anos, 200 terão falso-positivos potencialmente geradores de um dano psicológico imediato por receio de câncer^{7,13,14}. Uma boa parte dessas mulheres será submetida a exames complementares de esclarecimento (incluindo biópsia) que agravam ainda mais o dano psicológico e acrescentam dano orgânico^{7,13}.

Rastreamento do câncer de mama: a luz amarela

De uma reflexão breve sobre os fatos acima apresentados surgem os dois lados desse procedimento preventivo: existe um benefício documentado, assim como emerge um dano que poderá surpreender o Médico de Família e para o qual ele precisará estar alerta.

De fato, a fomentação desse rastreamento por entidades governamentais por meio de patrocínios pelo estado ou por normas emitidas por delegações de saúde estatais^{9,10,11,16} é, por sua vez, promotora de uma sensação de segurança no médico prescritor do exame mamográfico, acreditando que o procedimento tem um grande benefício comprovado e um dano mínimo. Porém os estudos não mostram uma discrepância assim tão favorável. É notório, pela evidência objetivada e avaliada por autores especializados e independentes, que existe um balanço subjacente de prós e contras em torno desse rastreamento^{1,7,13,14}. O papel de salvaguardar o equilíbrio dessa balança pertencerá, talvez, ao Médico de Família, cabendo então à mulher candidata colocar o último peso sobre um dos dois pratos: se essa mulher destaca que a sua evitação da morte por câncer de mama é uma prioridade, se tem elevado grau de receio de neoplasia mamária ou se a entrada no *screening* lhe traz tranquilidade, então provavelmente irá colocar o peso sobre o “prato dos prós”; se, pelo contrário, deseja sobretudo evitar a ansiedade oriunda de possíveis falso-positivos, se pretende contornar o risco de ter um tumor sobrediagnosticado ou se rejeita totalmente a exposição à radiação, a exames histológicos de esclarecimento ou a intervenção cirúrgica que possa mutilar sua autoimagem, então provavelmente essa mulher terá tendência para pesar mais sobre o “prato dos contras”^{7,12,14}.

Esta decisão partilhada entre o médico e a mulher quanto ao início ou não do rastreamento constitui o verdadeiro paradigma da medicina centrada na pessoa, tão fiel aos valores de cada mulher única e tão facilitadora do exercício de algumas das competências nucleares do MFC: a abordagem holística, a prática de cuidados moldados à individualidade interpessoal e a prevenção quaternária¹⁷.

Considerações finais

A leitura detalhada da evidência científica implicará, talvez, na necessidade de acender a luz amarela no semáforo do rastreamento do câncer de mama. Não existe, no momento atual, um inequívoco saldo negativo no risco/benefício para acender a luz vermelha. Porém, poder-se-á manter a luz verde para o *screening*? Essa luz verde está claramente acesa no rastreamento em massa (*mass screening*) patrocinado pelos governos nacionais ou regionais ou nas recomendações providas desses mesmos que sejam estímulo à prática de uma atitude clínica plenamente proativa (como o Plano de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer brasileiro ou o Plano Nacional de Prevenção e Controle das Doenças Oncológicas português)^{9,10}. Nesse último caso, uma decisão partilhada poderá sempre ter início numa oportunidade casual de explicação do rastreamento. A mulher poderá ter dúvidas e as suas questões individuais relembram, por sua vez, as particularidades dessa pessoa, convidando à apresentação dos benefícios e riscos conhecidos. Porém, no caso do *mass screening* (que incluirá o convite não personalizado das mulheres em idades-alvo) poderá haver o borramento da individualidade de cada mulher e de um consenso que é estabelecido em consulta com seu médico.

Os defensores do rastreamento em massa alegam que um *screening* organizado e centralizado garante uma maior homogeneidade e qualidade dos métodos usados devido ao uso de recursos humanos altamente especializados (com redução de falso-positivos), algo que poderá minimizar um possível dano¹⁶. Contudo, para a questão de se a ultrapassagem da linha comunicacional que se estabelece entre a mulher e o seu médico cuidador não será o abandono de uma medicina centrada na pessoa, tão importante numa área onde, mais do que nunca, existe a dúvida.

Referências

1. Independent UK Panel on Breast Cancer Screening. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Lancet*. 2012; 380(9855): 1778-86. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61611-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61611-0)
2. Bull M, Schröder FH. Screening for prostate cancer – the controversy continues, but can it be resolved?. *Acta Oncol*. 2011; 50(Suppl 1): 4-11. <http://dx.doi.org/10.3109/0284186X.2010.522197>
3. Welch HG, Black WC. Overdiagnosis in cancer. *J Natl Cancer Inst*. 2010; 102: 605-13. <http://dx.doi.org/10.1093/jnci/djq099>
4. Gérvas J. Abuso de la prevención clínica. El cribaje del cáncer de mama como ejemplo. *Rev Espaço Saúde*. 2009; 11: 49-53
5. Carlsson S, Vickers AJ, Roobol M, Eastham J, Scardino P, Lilja H et al. Prostate Cancer Screening: Facts, Statistics and Interpretation in Response to the US Preventive Services Task Force Review. *J Clin Oncol*. 2012; 21(30): 2581-84. <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2011.40.4327>
6. Moyer VA, U.S. Preventive Services Task Force. Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2008; 149: 185-91
7. Gotzsche PC, Hartling OJ, Nielsen M, Brodersen J. Screening for breast cancer with mammography. The Nordic Cochrane Centre; 2012. Disponível em: <http://www.cochrane.dk/screening/mammography-leaflet.pdf>
8. Cancer Research UK. Predicted improvements in breast cancer survival. Disponível em: <http://www.cancerresearchuk.org/cancer-help/about-cancer/cancer-questions/predicted-improvements-in-breast-cancer-survival>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas. Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007-2010 Programa de desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde; jul. 2009. Disponível em: <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/F2CE0CE2-9802-473D-9F45-F375687EB4F0/0/pnpcdoversaofinal8julho2009.pdf>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer. Brasília: Governo Federal; 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2b_060511.pdf
11. Instituto Nacional de Câncer. Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama Recomendações para gestores estaduais e municipais. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: <http://www.acervo.epsjv.fiocruz.br/beb/textocompleto/009471>
12. National Center for Health Promotion and Disease Prevention. Discussing breast Cancer screening decisions with average risk women in their 40's. National Center for Health Promotion and Disease Prevention; 2011. Disponível em: http://www.prevention.va.gov/docs/VANCP_BreastCancerFact.pdf
13. Gotzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Jan; (1):CD001877. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001877.pub4>
14. Nelson HD, Tyne K, Naik A, Bougatsos C, Chan BK, Humphrey L. Screening for breast cancer: an update from the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2009; 151: 727-737
15. Thornton H, Pillarsetti RR. "Breast awareness" and "breast self-examination" are not the same. What do these terms mean? Why are they confused? Why can we do?. *Eur J Cancer*. 2008; 44(15): 2118-21. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2008.08.015>
16. ARS Norte. Circular Normativa no 1 Prescrição de mamografia de rastreio em mulheres do grupo etário dos 45 a 69 anos, nas unidades de cuidados de saúde primários. ARS Norte 2011. Disponível em: http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Documentos/Circulares%20da%20ARSNorte/Circulares%20Normativas%202011/Circular%20Normativa%201_2011.pdf
17. World Organization of Family Doctors - Wonca Europa. A definição europeia de Medicina Geral de Familiar. Wonca Europa; 2002. p. 6-14.

Grupo de Medicina de Família e Comunidade de Santos: relato de experiência

Family and Community Medicine Group from Santos: Experience report

Grupo de Medicina Familiar y Comunitaria de Santos: Reporte de una experiencia

Paula Marcela Vilela Castro. Faculdade de Ciências Médicas de Santos (FCMS-UNILUS). pmarcela_13@hotmail.com (Autor correspondente)

Mayco José Reinaldi Serra. Faculdade de Ciências Médicas de Santos (FCMS-UNILUS). mayco_serra@hotmail.com

Talita Quadrado Penati. Faculdade de Ciências Médicas de Santos (FCMS-UNILUS). ta_penatti@yahoo.com.br

Resumo

Objetiva-se a discussão de diversos aspectos relacionados à Medicina de Família e Comunidade e das experiências vividas dentro da Associação Acadêmica Grupo de Medicina de Família e Comunidade de Santos (GMFC), do Centro Universitário Lusíada (UNILUS), vinculado à Faculdade de Ciências Médicas de Santos, São Paulo, Brasil. O GMFC busca a reflexão dos acadêmicos sobre o que é a Medicina de Família e Comunidade (MFC) enquanto especialidade, a fim de desmistificar ideias errôneas sobre a área em questão. Por meio de reuniões teóricas, congressos, jornadas e pesquisas científicas, o grupo busca consolidar uma visão concreta e íntegra de conceitos teóricos e aplicá-los na comunidade da Baixada Santista. A experiência do GMFC aprimora o conhecimento teórico-prático em MFC, favorecendo a qualificação dos acadêmicos para atuarem na prestação de serviços de saúde com aplicabilidade na Atenção Primária à Saúde (APS). Além disso, consolida-se o aprendizado acerca dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da relevância de uma Medicina centrada na pessoa, com ênfase em uma visão holística da prática médica. Conclusão: A efetiva disseminação do conhecimento em MFC em nossa Universidade e o reconhecimento de que a MFC é importante para a formação generalista são grandes obstáculos constantemente enfrentados pelo grupo. Portanto, é de grande relevância a existência de um grupo acadêmico como o Grupo de Medicina de Família e Comunidade de Santos, pois além de integrar pessoas que se preocupam com uma abordagem diferenciada da Medicina, dissemina cada vez mais, dentro da universidade, o real significado da Medicina de Família e Comunidade.

Abstract

The purpose of this study is to discuss a wide spectrum of themes related to Family and Community Medicine (FCM) and the experiences within the "Associação Acadêmica Grupo de Medicina de Família e Comunidade de Santos" (GMFC) - a family and community medicine group of the "Centro Universitário Lusíada" (UNILUS), linked to the "Faculdade de Ciências Médicas de Santos", state of São Paulo, Brazil. The GMFC seeks academic reflection on the role of Family and Community Medicine as a medical specialty in order to demystify wrong ideas about the area in question. Through theoretical meetings, travels and scientific researches, we try to consolidate a concrete and thorough view of theoretical concepts and apply them to the community from the "Baixada Santista" region. The experience of the GMFC improves the theoretical and practical knowledge on FCM, promoting the qualification of academicians to operate in the provision of health services with applicability on Primary Health Care. Moreover, the knowledge about the principles of the Brazilian Unified Health System (SUS) and the relevance of person-centered medicine are consolidated emphasizing the holistic view of medical practice. Conclusion: The effective dissemination of knowledge in FCM in our university and the recognition of its importance to the academic generalist education are obstacles constantly faced by the group. Therefore, the existence of such academic group is relevant because, in addition to integrating people who are concerned about a differentiated medicine approach, it increasingly spreads the real meaning of Family and Community Medicine in the university.

Resumen

Se objetiva discutir diversos aspectos de la Medicina Familiar y Comunitaria y de las experiencias vividas en el ámbito de la Asociación Académica Grupo de Medicina de Familia y Comunidad de Santos (GMFC), del Centro Universitario Lusíada (UNILUS), vinculado a la Facultad de Ciencias Médicas de Santos, São Paulo, Brasil. El GMFC busca la reflexión de los académicos sobre la naturaleza de la Medicina Familiar y Comunitaria (MFC) como especialidad, con el objetivo de desmitificar ideas erróneas sobre dicha área. Por medio de reuniones teóricas, congresos, jornadas e investigaciones científicas, el grupo busca consolidar una visión concreta e íntegra de conceptos teóricos y aplicarlos en la comunidad de la Bajada Santista. La experiencia del GMFC mejora el conocimiento teórico-práctico en MFC promoviendo la capacitación de los académicos para actuar en la prestación de servicios de salud con aplicación en la Atención Primaria de la Salud (APS). Además, se consolida el aprendizaje acerca de los principios del Sistema Único de Salud (SUS) y de la relevancia de una medicina centrada en la persona, con énfasis en una visión holística de la práctica médica. Conclusión: La efectiva diseminación del conocimiento en MFC en nuestra universidad y la asimilación de que ésta es importante para la formación académica generalista son grandes obstáculos constantemente enfrentados por el grupo. Por lo tanto, resulta de gran relevancia la existencia de un grupo académico de este tipo, ya que, además de integrar personas que se interesan por un enfoque diferenciado de la medicina, disemina cada vez más, dentro de la universidad, el verdadero significado de la Medicina Familiar y Comunitaria.

Como citar: Castro PMV, Serra MJR, Penati TQ. Grupo de Medicina de Família e Comunidade de Santos: relato de experiência. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013;8(26):16-9. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(26\)442](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(26)442)

Palavras-chave:

Medicina de Família e Comunidade
Estudantes de Medicina
Atenção Primária à Saúde
Ligas Acadêmicas

Keywords:

Family and Community Medicine
Medical, Students
Primary Health Care
Academic Leagues

Palabras clave:

Medicina Familiar y Comunitaria
Estudiantes de Medicina
Atención Primaria de la Salud
Ligas Académicas

Conflito de interesses:

declaram não haver.
Recebido em: 10/12/2011
Aprovado em: 13/02/2013

Introdução

Atualmente observa-se a manutenção, por vezes, de condutas médicas que remetem ao modelo educacional hospitalocêntrico vigente desde o século XX, fortemente influenciado pelo flexnerismo¹. Esse modelo recebe inúmeras críticas, pois considera que o aprendizado teórico-prático da academia deve centrar-se estritamente na doença. Nas palavras do próprio Flexner: “o estudo da Medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta”². Nesse modelo, aspectos sociais e coletivos, o público e a comunidade não contam para o ensino médico e não são considerados implicados no processo de saúde-doença³. No entanto, a integralidade na atenção à saúde, juntamente com o desenvolvimento humanístico e a relação médico-pessoa-comunidade, são de fundamental importância para a estruturação do conhecimento médico⁴.

A MFC sofre com conceitos errôneos acerca da formação médica necessária para exercer a especialidade, com seu surgimento recente, com o *status* social atribuído, a caracterização de exclusividade pública e comunitária da especialidade, a excessiva carga de trabalho dos profissionais que nela atuam e com a precariedade dos vínculos trabalhistas com eles estabelecidos, além da dificuldade de se trabalhar em equipes multiprofissionais⁴. Ademais, a especialidade é avaliada no meio acadêmico como realização de uma medicina desprovida de conhecimento, destinada apenas aos mais carentes, e que muitos estudantes vêem com desprezo⁵. Nesse sentido, o GMFC busca desmistificá-la e desestigmatizá-la, ao menos para os integrantes do grupo.

No Brasil, várias escolas médicas se propuseram a reformar seu ensino nos últimos 40 anos, tendo como perspectiva a construção de um novo paradigma, que busca responder à necessidade de mudanças nas relações entre prática médica, organização da assistência à saúde e comunicação entre médicos e pacientes⁶.

Devido a esse cenário, os profissionais de saúde precisam se reorganizar e reavaliar conhecimentos, práticas e atitudes, visando desenvolver as competências necessárias à adequação das demandas (espontânea e programática) no sistema público de saúde. Isso porque o processo de ensino nas faculdades de Medicina do Brasil não está voltado para a longitudinalidade do atendimento, mas apenas para a resolutibilidade dos processos de doença, o que exige dos acadêmicos uma formação médica diferente. Essa verticalização já não se adequa mais à realidade brasileira, pois após a criação do Programa Saúde da Família, em 1994, a atenção integral à família e às comunidades passou a ter grande importância e melhorou muito a qualidade de vida dessas^{7,8}.

Nesse sentido, a busca por uma Medicina mais humanizada e integral levou muitos estudantes a repensarem suas ambições e objetivos na carreira médica. Assim, surgiram ideias para a fundação de grupos acadêmicos relacionados à Medicina de Família e Comunidade (MFC) cuja finalidade não é somente o atendimento continuado e humanizado das populações, mas também um aprendizado teórico-prático e reflexões em relação à saúde pública e à profissão.

Diversos discentes do país firmaram esses mesmos princípios e fundamentos para seus grupos, nas respectivas universidades, mas infelizmente a maioria não tem apoio institucional e, por isso, não consegue levar adiante esse propósito.

Desenvolvimento

A Associação Acadêmica Grupo de Medicina de Família e Comunidade de Santos (GMFC), uma associação de acadêmicos de Medicina vinculada à Faculdade de Ciências Médicas de Santos (FCMS), do Centro Universitário Lusíada (UNILUS), foi fundada em maio de 2008. Ela surgiu a partir de iniciativas de estudantes preocupados com a necessidade da existência, na Região Metropolitana da Baixada Santista, de um órgão destinado à difusão de conhecimentos na área de MFC que também contribuisse para a complementação da formação acadêmica. Trata-se de um grupo aberto aos estudantes da área de saúde da mesma Universidade, entretanto há um número fixo de acadêmicos de Medicina que se renovam anualmente, de acordo com a demanda e o interesse.

A organização administrativa do GMFC é dividida em Assembléia geral, Diretoria, Conselho fiscal e Departamentos. A Assembléia geral é órgão máximo, constituído por todos os integrantes, com finalidade de eleger anualmente a Diretoria e resolver pendências administrativas, quando necessário. A Diretoria, por sua vez, é constituída por presidente, vice-presidente, 1º secretário, 2º secretário e tesoureiro. O Conselho fiscal, indicado pela Assembléia geral, é composto por três membros, que não podem integrar a Diretoria, e tem por objetivo fiscalizar o cumprimento do estatuto. Ademais, sete Departamentos atuam de forma autônoma em prol do aprimoramento do GMFC, são eles: Departamento de aprendizado teórico, Departamento científico, Departamento de inserção na comunidade, Departamento de valores humanos, Departamento de integração, Departamento de relações externas e Departamento de publicidade e tecnologias.

Nos últimos quatro anos, o GMFC realiza reuniões semanais em que ocorrem palestras sobre temas pertinentes de MFC, elaboradas e apresentadas pelos próprios acadêmicos integrantes do grupo, professores ou médicos de família e comunidade convidados, seguidas por uma atividade dinâmica na qual o tema é discutido, a qual tem se demonstrado sempre uma experiência produtiva e agregadora ao conhecimento acadêmico. Esporadicamente, as palestras semanais são substituídas por documentários sobre a saúde pública do país, o Sistema Único de Saúde (SUS) e a MFC.

Pelo menos uma vez por semestre, atividades nas quais tem sido possível, de forma relevante, colocar em prática conhecimentos acadêmicos da especialidade e desenvolver maior sensibilidade na relação médico-pessoa-comunidade são realizadas na comunidade.

A jornada científica do grupo é realizada anualmente, envolvendo acadêmicos de Medicina e professores da faculdade, que assistem a palestras que exploram os conceitos de MFC e disseminam a política da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo esse evento importante para a propagação desse conhecimento no meio acadêmico.

Outro ponto a se destacar é a participação dos integrantes do grupo em congressos, a qual, de forma gratificante, tem sido excepcional. Além de todo conhecimento obtido, os participantes têm inscrito pôsteres de cunho informativo e reflexivo sobre o grupo.

Desde a criação do GMFC foi possível observar uma queda significativa no número de alunos que o integravam, sendo talvez a curiosidade o motivo maior para a adesão ao grupo na época de sua fundação. Porém, com o passar do tempo, o desinteresse surgiu, muito pela estruturação inadequada da disciplina na Universidade e pelo preconceito acerca do que realmente seria a MFC. Nos últimos dois anos, procurou-se quebrar esse paradigma intensificando-se as ações em prol do grupo, ou seja, buscando maior representatividade dentro da própria Universidade e despertando interesse dos alunos, o que vem sendo conquistado de forma satisfatória.

Percebe-se situação semelhante na questão da participação nas jornadas científicas organizadas pelo grupo. Entretanto, dentre aqueles alunos que já integravam o GMFC e que participaram de congressos de MFC desenvolveu-se uma maior motivação pessoal e acadêmica, o que amplia a perspectiva dessas pessoas e, conseqüentemente, do grupo. Isso porque esses acreditam que a MFC é mais humanizada, longitudinal e focada na atenção primária.

Talvez esse outro ponto ajude a explicar o desinteresse dos acadêmicos pelo grupo, já que atualmente a Medicina em geral se encontra fragmentada e subespecializada, favorecendo práticas curativistas e reabilitadoras que comprovadamente são mais rentáveis⁹. Além disso, existem ainda inúmeras dificuldades financeiras e administrativas que tornam-se barreiras para a prática da MFC no Brasil – desde a ausência de equipes multiprofissionais engajadas na atenção ao paciente até salários incompatíveis e condições de trabalho inadequadas ao escopo da especialidade.

Carole et al.¹⁰ levantaram determinantes da escolha pela Atenção Primária à Saúde (APS) entre estudantes de Medicina, tendo encontrado como correlação direta com essa escolha: estágios obrigatórios em Medicina de Família e Comunidade e experiências longitudinais (com mais de um ano de duração) em APS. Entre os fatores que desestimulam a procura pela APS destacam-se a carência de conhecimento sobre o assunto e as imagens distorcidas da especialização nessa área, adquiridas ao longo da graduação e fortemente influenciadas pela cultura da instituição⁵. Desse modo, as reuniões semanais do grupo acadêmico comprovam a importância de discussões nesse sentido e sua inserção gradativa no dia a dia dos alunos.

Observa-se que muitos integrantes do grupo ainda não manifestaram interesse em, futuramente, especializar-se em Medicina de Família e Comunidade. Entretanto, o fato de estarem sendo abordados, continuamente, os preceitos fundamentais de uma Medicina centrada na pessoa e não na doença poderá talvez refletir-se em uma prática futura que promova impactos positivos na saúde dos pacientes, além do fortalecimento do vínculo médico-paciente, independentemente da especialidade que o acadêmico desejar seguir.

Conclusão

A partir das experiências vividas no Grupo de Medicina de Família e Comunidade do Centro Universitário Lusíada torna-se possível uma reflexão acerca do cuidado das pessoas, com o objetivo de se desenvolver uma Medicina sensibilizada a fornecer ao paciente um cuidado integral. Isso se traduz não apenas na Medicina destinada a cessar patologias, mas capaz de ir além da queixa referida como promotora de desconforto e carência de saúde, a fim de contemplar o ser humano como um todo.

De maneira similar, as palestras e dinâmicas de integração desenvolvidas entre os membros do grupo durante as reuniões, assim como as atividades práticas de intervenção nas comunidades, estimulam as relações interpessoais entre os acadêmicos. Essas atividades favorecem uma abordagem do paciente capaz de estimular os estudantes a lidarem melhor com possíveis sentimentos de timidez e insegurança ao abordar aquele que espera por auxílio e palavras de conforto.

Portanto, é de grande importância a disseminação de grupos acadêmicos como esse, pois além de integrar pessoas que se preocupam com uma abordagem diferenciada da Medicina, promove cada vez mais, dentro da Universidade, o real significado da Medicina de Família e Comunidade.

Referências

1. Restrepo JFP. Abraham Flexner y el flexnerismo: fundamento imperecedero de la educación médica moderna. *Medicina* (Bogotá). 1998; 20(48): 6-14.
2. Flexner A. *Medical Education in the United States and Canada*. Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching; 1910. Bulletin 4.
3. Santos JO. Filosofia da Educação Médica: interpretação da práxis. *Rev Bras Educ Med*. 1986; 10(2): 82-6.
4. Mello GA, Mattos ATR, Souto BGA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. *Rev Bras Educ Med*. 2009; 33(3): 464-471. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000300017>
5. Gonçalves RJ, Soares RA, Troll T, Cyrino EG. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Rev Bras Educ Med*. 2009; 33(3): 393-403. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000300009>
6. Cabral Filho WR, Ribeiro VMB. A escolha precoce da especialidade pelo estudante de medicina: um desafio para a educação médica. *Rev Bras Educ Med*. 2004; 28(2): 133-144.
7. McWhinney IR, Freeman T. *Manual de Medicina de família e comunidade*. 3. ed. São Paulo: Artmed editora. 2010.
8. Stewart M. *Medicina centrada na pessoa: Transformando o método clínico*. 2. ed. São Paulo: Artmed editora. 2010.
9. Bonfada D, Cavalcante JRLP, Araujo DP, Guimaraes J. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(2): 555-560. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000200028>
10. Carole JB, Meurer LN, Maldonado G. Determinants of primary care specialty choice: a non-statistical meta-analysis of the literature. *Acad Med*. 1995; 70(7): 620-41. <http://dx.doi.org/10.1097/00001888-199507000-00013>

Conhecimento sobre hanseníase de contatos intradomiciliares na Atenção Primária em Ananindeua, Pará, Brasil

Knowledge of household contacts of leprosy in the Primary Care in Ananindeua, Pará, Brazil

Conocimiento sobre la lepra de contactos intra-domiciliares en la Atención Primaria en Ananindeua, Pará, Brasil

Lorena Margalho Sousa. Universidade Federal do Pará (UFPA). lorenasousa36@yahoo.com.br (Autora correspondente)

Lorena Colares Maranhão. Universidade Federal do Pará (UFPA). lorenaib@yahoo.com.br

Carla Andréa Avelar Pires. Universidade Federal do Pará (UFPA). carlaavelarpires@bol.com.br

Danielle de Moraes Rodrigues. Universidade Federal do Pará (UFPA). danylegal98@hotmail.com

Resumo

Este relato buscou identificar o grau de conhecimento de contatos intradomiciliares de pacientes hansenianos tratados e acompanhados em uma Unidade de Saúde da Família (USF) no município de Ananindeua-Pará. Após visitas domiciliares, aplicação de protocolo de pesquisa e exame físico, nenhum caso suspeito de hanseníase foi encontrado, no entanto, o conhecimento sobre a doença ainda é escasso, pois apenas 20% dos contatos responderam que se tratava de uma “doença de pele com cura”. Sobre a representação da doença para os entrevistados, 20% responderam ter “medo de contrair a doença”. Metade da amostra sabia a forma de transmissão e 10% não souberam emitir nenhuma resposta; 60% dos contatos responderam que a hanseníase deve ser tratada na unidade de saúde com medicamentos orais. Aqueles que receberam orientações prévias possuíam melhores esclarecimentos sobre a doença (50%). É preciso um acompanhamento adequado desses contatos, além de uma atuação mais efetiva em educação em saúde.

Palavras-chave:

Atenção Primária à Saúde
Hanseníase
Unidade Saúde da Família

Abstract

This experience report sought to identify the degree of knowledge of household contacts of leprosy patients treated and monitored in a Family Health Center in the municipality of Ananindeua, state of Pará. After home visits, application of a research protocol, and physical examination, no suspected case of leprosy was found; however, knowledge about the disease is still scarce, since only 20% of the contacts answered that leprosy is a “treatable skin disease”. Regarding the representation of the disease for the interviewees, 20% reported having “fear of contracting the disease”. Half of the sample were aware of its mode of transmission and 10% were unable to give any answer; 60% of the contacts answered that leprosy should be treated at the health center with oral drugs. Those who had received advance directives were better informed about the disease (50%). A proper follow up of these contacts is needed, as well as a more effective health education.

Keywords:

Primary Health Care
Leprosy
Family Health Centre

Resumen

Este relato de experiencia trató de determinar el grado de conocimiento de los contactos *intra-domiciliares* de enfermos de lepra tratados y seguidos en una Unidad de Salud Familiar (USF) en la ciudad de Ananindeua-Pará. Después de las visitas domiciliarias, de la aplicación del protocolo de investigación y del examen físico, no fue encontrado ningún caso sospechoso de lepra, sin embargo el conocimiento sobre la enfermedad sigue siendo escaso, ya que sólo el 20% de los contactos respondió que se trataba de una “enfermedad curable de la piel”. Sobre la representación de la enfermedad entre los encuestados, 20% informó tener “miedo a contraer la enfermedad”. La mitad de la muestra conocía el modo de transmisión y el 10% no pudo dar ninguna respuesta; el 60% de los contactos respondió que la lepra debe ser tratada en una USF con medicamentos orales. Los que recibieron orientaciones previas tuvieron mayores conocimientos sobre la enfermedad (50%). Se necesita un acompañamiento adecuado de esos contactos, así como una actuación más efectiva en educación para la salud.

Palabras clave:

Atención Primaria de la Salud
Lepra
Unidad de Salud Familiar

Como citar: Sousa LM, Maranhão LC, Pires CAA, Rodrigues DM. Conhecimento sobre hanseníase de contatos intradomiciliares na Atenção Primária em Ananindeua, Pará, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013;8(26):20-3. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(26\)448](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(26)448)

Conflicto de intereses:

declaram não haver.
Recebido em: 17/01/2012
Aprovado em: 13/02/2013

Introdução

No contexto da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), a instituição da Estratégia Saúde da Família (ESF) consiste em um eixo estruturante para organizar a transformação do modelo de atenção à saúde. Nesse sentido, um dos propósitos das equipes da ESF é a educação em saúde, definida como “um campo de práticas que se dá ao nível das relações sociais, normalmente estabelecidas pelos profissionais de saúde entre si e a instituição e com os usuários no desenvolvimento cotidiano de suas atividades”¹. Assim, a equipe deve estar apta a prestar assistência integral e contínua às famílias de uma determinada área, identificando situações de risco à saúde na comunidade assistida e em parceria com ela, enfrentando os determinantes do processo saúde-doença e desenvolvendo ações educativas para a melhoria do autocuidado dos indivíduos².

Entre as responsabilidades e ações estratégicas mínimas que todos os municípios brasileiros devem desenvolver no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) encontra-se o controle da hanseníase, doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium leprae*, de evolução crônica e que atinge predominantemente a pele e os nervos periféricos do indivíduo. É uma doença potencialmente incapacitante e, embora curável, seu diagnóstico causa grande impacto psicossocial, pelos preconceitos e estigmas que a envolvem^{3,4}.

A afecção pode atingir pessoas de todas as idades e sexos. Contudo, o risco de adoecer está ligado a vários fatores, dentre eles nível da endemia e condições socioeconômicas desfavoráveis⁵.

O Brasil é responsável por cerca de 85% dos casos registrados nas Américas. Atualmente, o país ocupa o segundo lugar em número de doentes, após a Índia³ e, apesar da tendência de estabilização dos coeficientes de detecção de hanseníase no país, as regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste são as que apresentam os mais altos patamares⁶.

A Região Norte é a que apresenta o maior coeficiente de prevalência regional e o Pará é um dos estados que ainda hoje apresentam sérias dificuldades para desenvolver o Programa de Controle da Hanseníase, necessitando intensificar esforços na luta contra o estigma social e na conscientização dos profissionais da área da saúde⁷.

O controle da doença era realizado pela Área Técnica de Dermatologia Sanitária, a qual foi incorporada, em 2000, ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, com o intuito de utilizar o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) para a descentralização do diagnóstico e tratamento da hanseníase⁸.

O comunicante ou contato de um paciente com hanseníase é o indivíduo com maior risco de adquirir a doença e, além disso, possui grande importância na cadeia epidemiológica dessa doença. As atividades relacionadas ao controle dos comunicantes têm sido pouco valorizadas no contexto familiar e social, pois existe um maior direcionamento ao controle da doença e do indivíduo doente^{9,10}.

Em busca do cumprimento da meta de controle da hanseníase preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pretendida pelo Ministério da Saúde até o ano de 2010 tornou-se necessário investir em ações efetivas para o diagnóstico da doença e na busca e controle dos contatos intradomiciliares para a quebra da cadeia de transmissão¹¹.

As atividades relacionadas ao controle da hanseníase, pela equipe da APS, através da busca e controle dos comunicantes são ações que não podem ser subestimadas, seja em áreas de alta prevalência seja em locais de baixa endemicidade. Dentre essas ações de controle da doença, a busca da identificação da fonte de infecção do doente previne a continuação do contágio de outras pessoas¹².

Este relato propõe demonstrar o conhecimento de uma doença infectocontagiosa por parte de contatos intradomiciliares de pacientes hansênicos tratados pela Estratégia Saúde da Família no norte do Pará. Tendo em vista a grande importância dos contatos intradomiciliares que determinam a infecção ou reinfecção da hanseníase, este estudo buscou relatar atividades realizadas por meio de visitas domiciliares por uma equipe multiprofissional voltada à educação para a saúde e à prevenção, averiguando o grau de conhecimento sobre a hanseníase por parte desses comunicantes intradomiciliares.

Desenvolvimento

Este estudo integra o projeto de pesquisa intitulado Busca Ativa dos Contatos Intradomiciliares dos Pacientes Hansênicos Matriculados e Tratados na Estratégia Saúde da Família da Cidade Nova VII, no período de Setembro de 2007 a Setembro de 2010, de CAAE 0073.0.073.000-10 e parecer n. 128/10 – CEP-ICS/UFPA.

Trata-se de um estudo descritivo, que relata a experiência de uma equipe da ESF na busca de contatos intradomiciliares de todos os pacientes hansênicos tratados e acompanhados em uma USF no município de Ananindeua, Pará, no período de setembro de 2007 a setembro de 2010, com o intuito de identificar o grau de conhecimento que esses comunicantes detinham sobre a doença que os familiares tiveram e trataram.

Inicialmente foi realizado um levantamento de todos os pacientes tratados nessa unidade de saúde no período citado, depois a atividade seguiu por meio de visitas domiciliares realizadas por uma equipe multiprofissional formada por enfermeira, agentes comunitários de saúde e acadêmicas de Medicina também pertencentes a um projeto do governo federal e de uma universidade pública.

A atividade baseou-se na aplicação de um questionário estruturado elaborado pelos acadêmicos e na realização de exame físico dos contatos intradomiciliares. A análise dos dados foi realizada de forma eletrônica, utilizando-se os programas Microsoft Office Excel 2007 e Microsoft Office Word 2007 e organizando as informações em tabelas e gráficos. Num primeiro momento, nos endereços fornecidos pelos pacientes-índice, foram realizadas as visitas domiciliares para quantificar o número de pessoas que conviviam com os pacientes anteriormente tratados.

Num segundo momento foi aplicado o protocolo, no qual foram coletados dados qualitativos relacionados aos conhecimentos sobre hanseníase, como o conceito de hanseníase, o que a doença representa na vida da pessoa, como ocorre a transmissão e como e onde é feito o tratamento. Tendo em vista que 40% dos pacientes-índice apresentavam de 3 a 5 contatos e que o tempo de convivência após o diagnóstico de hanseníase, para 40% deles, correspondeu a 5 a 10 anos e, para 30%, a mais de 15 anos, houve a necessidade de realizar, no último momento da pesquisa, o exame físico verificando lesões suspeitas de relacionarem-se à doença, considerando também que 100% dos pacientes-índice foram acometidos pelas formas multibacilares da hanseníase. Constatou-se, também, a presença de cicatriz vacinal da BCG em 100% dos contatos.

A realização desse tipo de pesquisa propiciou aos participantes uma visão integral e holística do paciente, assim como a investigação de possíveis casos, ministrar orientação sobre hanseníase para os contatos intradomiciliares dos doentes e ressaltar para eles a importância do tratamento e sua cura, todas sob supervisão do preceptor.

Posteriormente, os acadêmicos refletiram sobre a experiência, identificaram aspectos positivos e negativos e propuseram sugestões para a melhoria da atenção prestada à comunidade, consolidando também o processo de ensino-aprendizagem. Além de conhecerem essa doença num contexto local, foi também propiciado a esses acadêmicos a aproximação com a realidade da população investigada, contato com uma prática humanizada e com o trabalho em equipe.

Constatou-se entre os contatos intradomiciliares que, apesar de familiares próximos terem sido acometidos pela hanseníase, o conhecimento sobre a doença ainda era escasso, embora a escolaridade da amostra em grande parte corresponda a ensino médio, incompleto e completo (80%). Quando indagados sobre o conceito de hanseníase, 20% dos contatos responderam que se tratava de “uma doença de pele com cura”, assim como 20% relataram ser “uma doença que se pega pelo ar”. Outras respostas corresponderam a “doença que se pega pelo contato, ar e fala” e “doença que a pessoa não precisa ficar isolada”, correspondendo cada uma a 10%.

Sobre a representação da doença para os entrevistados, 20% responderam ter “medo de contrair a doença”, 10% responderam que a hanseníase é uma doença que “prejudica o organismo”, 10% citaram que “deixa sequelas” e outros 10% responderam que é uma doença que “estressa e irrita”. Além disso, 10% responderam que “a pessoa pode morrer se não fizer o tratamento”.

A forma de transmissão da hanseníase, para 50% dos contatos, foi referida como sendo pelo ar/ar e fala/fala; 10% não tinham nenhuma resposta; 10% responderam que podia ser transmitida por qualquer tipo de contato, incluindo relação sexual. Perguntados sobre como e onde tratar a hanseníase, 60% dos contatos responderam que devia ser tratada na USF e que o tratamento é medicamentoso. Notou-se que aqueles que receberam orientações na USF ou pelo profissional de saúde tinham melhor compreensão sobre a doença (50%).

Conclusão

Essa vivência fora do contexto de sala de aula contribuiu para o entendimento das reais necessidades dos usuários e para um maior conhecimento do processo de trabalho no campo da APS envolvendo uma equipe multidisciplinar. A experiência foi percebida pelos estudantes como importante ferramenta na sua formação, pois ampliou seu conceito de saúde, melhorou a sua compreensão do Sistema Único de Saúde e dos seus princípios e os levou a refletir sobre questões sociais que envolvem a maior parte da população, experiências dificilmente demonstráveis nas aulas ou encontradas no seu cotidiano social.

Apesar de não ter sido encontrado nenhum caso suspeito de hanseníase entre os contatos intradomiciliares, foi constatado que aqueles que receberam orientações pela Unidade de Saúde foram os que detinham maior conhecimento sobre a doença. No entanto, é necessário que a equipe de saúde da referida Unidade faça o acompanhamento adequado desses contatos, devido aos fatores que podem levar ao adoecimento.

É indispensável também reforçar atividades educativas para a população, informando de forma adequada as características da doença e a importância do diagnóstico e do tratamento. A equipe da ESF também deve ser estimulada a exercer de forma mais enfática seu papel em relação à educação em saúde, pois notou-se que aqueles contatos intradomiciliares que detinham maiores conhecimentos eram justamente aqueles que tinham sido orientados pela equipe. Além disso, os que possuíam algum conhecimento apresentavam certas distorções, evidenciando falta de esclarecimento, mesmo entre aqueles que tiveram familiares acometidos pela doença. Observou-se também que apesar da hanseníase ser uma doença com grande importância epidemiológica na região Norte, a população possui pouco ou nenhum conhecimento sobre essa doença. É preciso um acompanhamento adequado desses contatos, além de uma atuação mais efetiva em educação em saúde.

Referências

1. L'Abbate S. Educação em saúde: uma nova abordagem. *Cad Saúde Pública*. 1994; 4: 481-90. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1994000400008>
2. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface: Comun, Saúde Educ*. 2005; 9: 39-52. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100004>
3. Azulay RD, Azulay DR. *Dermatologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. p. 322-324.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. Brasília; 2003.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília; 2002.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde. Brasília; 2008.
7. Oliveira MHP, Romanelli G. Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres: um estudo de gênero. *Cad Saúde Pública*. 1998; 1: 51-60.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretarias de Políticas da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Investigação. Hanseníase. Brasília; 2000.
9. Pedrazzani ES, Toyoda CY, Brognhara MA, Maluf SA. Controle dos comunicantes: sua interferência na situação epidemiológica da hanseníase. *Hansen. Int*. 1986; 11: 44-54.
10. Pinto Neto JM. Características epidemiológicas dos comunicantes de hanseníase que desenvolveram a doença, notificados no C.S./ de Fernandópolis (1993 a 1997). [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1999.
11. Leite KKC, Costa JML, Barral A, Caldas AJM, Corrêa RGCF, Aquino DMC. Perfil epidemiológico dos contatos de casos de hanseníase em área hiperendêmica na Amazônia do Maranhão. *Cad Saúde Coletiva*. 2009; 1: 235-249.
12. Ferreira IN. Busca ativa de hanseníase na população escolar e distribuição espacial da endemia no município de Paracatu – MG (2004 a 2006). [Dissertação]. Brasília: Faculdade de Saúde, Universidade de Brasília; 2008.

A saúde bucal masculina dos servidores públicos de Marília, São Paulo, Brasil

The oral health of male civil servants from Marília, São Paulo, Brazil

La salud oral de los funcionarios públicos varones de Marília, São Paulo, Brasil

Maria Luiza Freire Marconatto. Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). malumarconatto@yahoo.com.br (Autora correspondente)

Catiane Maria Nogueira. Secretaria Municipal de Saúde de Marília (SP). catianenogueira@yahoo.com.br

Caroline Brandão Pires Almeida. Secretaria Municipal de Saúde de Marília (SP). carolalmeida_bass@hotmail.com

Sueli Moreira Pirolo. Secretaria Municipal de Saúde de Marília (SP). pirolo@terra.com.br

Resumo

Este estudo aborda a saúde do homem no âmbito do cuidado da saúde bucal na Atenção Primária à Saúde. Tem como objetivo analisar o conhecimento e a adesão masculina aos cuidados de saúde bucal. O método utilizado foi um estudo transversal, descritivo, realizado no município de Marília, SP. Amostragem não probabilística por acessibilidade foi utilizada para o tamanho amostral, perfazendo 280 trabalhadores. Para a coleta de dados utilizou-se a técnica de entrevista estruturada. Os dados foram processados pelo programa Epi-Info versão 6.0 e tratados por teste como qui quadrado. Este estudo permitiu compreender as limitações dos homens no cuidar da sua saúde bucal. As variáveis faixa etária, escolaridade e renda familiar, quando associadas às categorias hábitos alimentares, práticas de higiene e conhecimento sobre a saúde bucal, apresentaram alguns resultados significativos ($p < 0,05$). Tais achados sinalizam a necessidade de investimento tanto em ações de promoção da saúde quanto em ações de prevenção de doenças bucais.

Palavras-chave:

Saúde do Homem
Saúde Bucal
Promoção da Saúde
Atenção Primária à Saúde

Abstract

This study addresses men's health within the oral health care in Primary Health Care. It aims to analyze the adherence rate to male oral health care. The study was conducted in the municipality of Marília, state of Sao Paulo, using descriptive methodology. The sample size was calculated based on the total of municipal workers, which indicated a number of 280 workers to be interviewed. The data were collected using a structured interview technique. The data were processed in Epi-Info, version 6.0 and treated as a Chi-square test. This study allows us to understand the limitations of men in taking care of their oral health, since the variables age, education and family income were significantly associated to the categories eating habits, hygiene practices and knowledge on oral health. These findings suggest the need for investment in both health promotion actions and actions to prevent oral diseases.

Keywords:

Men's Health
Oral Health
Health Promotion
Primary Health Care

Resumen

Este estudio aborda la salud de los hombres en el ámbito del cuidado de la salud oral en la Atención Primaria de la Salud; tiene como objetivo analizar la tasa de conocimiento y adhesión masculina al tratamiento de la salud oral. El método utilizado fue un estudio transversal, descriptivo, llevado a cabo en el municipio de Marília, SP. Se muestrearon los trabajadores municipales por accesibilidad, no probabilísticamente, totalizando 280 trabajadores entrevistados. Se usó la técnica de entrevista estructurada para la recolección de datos; los datos fueron procesados con el programa Epi-Info versión 6.0 y tratados con la prueba de chi-cuadrado. Este estudio permitió comprender las limitaciones de los hombres en el cuidado de su salud oral. Las variables edad, educación e ingresos familiares, quando relacionadas con hábitos alimentarios, prácticas de higiene y conocimientos sobre salud bucal presentaron algunos resultados significativos ($p < 0,05$). Estos resultados sugieren la necesidad de invertir tanto en acciones de promoción de la salud como en acciones de prevención de las enfermedades orales.

Palabras clave:

Salud del Hombre
Salud Bucal
Promoción de la Salud
Atención Primaria de la Salud

Como citar: Marconatto MLF, Nogueira CM, Almeida CBP, Pirolo SM. A saúde bucal masculina dos servidores públicos de Marília, São Paulo, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013;8(26):24-34. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(26\)369](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(26)369)

Fonte de financiamento:

Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde – PET Saúde 2009/2010 – Ministério da Saúde.

Conflito de interesses:

declaram não haver.
Recebido em: 24/06/2011
Aprovado em: 14/01/2013

Introdução

Este estudo aborda a saúde bucal masculina na Atenção Primária à Saúde (APS) tendo em vista a vulnerabilidade dos homens quanto a morbidades passíveis de prevenção. Políticas públicas têm preconizado a APS como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde e a saúde bucal como área prioritária, com finalidade de proporcionar à população serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação, em conformidade ao princípio da universalidade, que institui o acesso à saúde para todos, independentemente de sexo ou faixa etária¹.

A masculinidade e a saúde interagem, numa complexa teia de relações e dimensões, entre si: os homens na sua singularidade, a organização dos serviços no atendimento às especificidades masculinas e o vínculo estabelecido entre eles e os serviços². Fatores percebidos como desafiadores para inserção dos homens em práticas de saúde estão relacionados com a atribuição à mulher da responsabilidade pelo cuidado à saúde, com o contexto do atendimento na APS (tempo de espera) e também com a não disponibilidade de programas direcionados especificamente à população masculina³.

Geralmente, o público masculino pouco se envolve nesse processo que implica em responsabilidade ética e cidadã para cuidar de si mesmo e dos que estão ao seu redor. A possibilidade do gênero masculino nunca ter visitado o dentista é de 20%⁴. Por sua vez, o atual modelo de atenção à saúde bucal reflete ainda a prática odontológica curativa hegemônica, voltada para sinais e sintomas das doenças bucais mais prevalentes, como cárie dentária e doença periodontal⁵, apesar das ações de promoção à saúde bucal introduzidas pela Política Nacional de Saúde Bucal, de 2004⁵.

Entende-se que a promoção da saúde bucal está relacionada às práticas de higiene, alimentação saudável e conhecimento a respeito. Para a prática de higiene, preconiza-se a remoção do biofilme dental por meios mecânicos e químicos: escovação associada a creme dental/enxaguante e uso do fio dental para remover o biofilme localizado na região interproximal⁶.

Quanto à escovação, recomenda-se sua realização após cada uma das refeições, com ênfase na última do dia, antes de dormir⁷. Estima-se que, em média, a escova deva ser substituída a cada 3 meses, mas como seu desgaste varia, o período de substituição deve ser determinado individualmente⁸. A cabeça da escova deve ser pequena e com arredondamento da extremidade ativa para não traumatizar dentes e gengivas; as cerdas devem ter rigidez suficiente para remoção da placa bacteriana, porém devem ser macias⁹.

A limpeza da língua diminui a formação bacteriana nas porções posteriores, onde normalmente se concentra grande quantidade de saburra, muito pouco alcançada pelas escovas de dente¹⁰. A utilização de limpadores linguais reduz significativamente os níveis de leveduras na cavidade bucal¹¹.

Uma alimentação saudável para a saúde bucal está associada ao consumo diário de 4 porções no mínimo e 5 no máximo de verduras/legumes, 3 porções no mínimo e 5 no máximo de frutas cítricas/não cítricas e de no mínimo 1 porção e no máximo 2 porções de açúcares, doces e refrigerantes¹². Verduras frescas, cereais, leite, ovos, carne e derivados não provocam cárie. Porém, a ingestão de alimentos com açúcares deve ser seguida pela escovação, pois rapidamente haverá a fermentação e o aparecimento das cáries dentárias¹³.

A ausência de vitaminas causa vários problemas para os dentes e demais tecidos da boca: vitamina A auxilia na formação do esmalte do dente, vitamina D na constituição dos ossos e dentes, vitamina K interfere na coagulação do sangue, vitamina C previne hemorragia na gengiva e vitaminas do complexo B são essenciais na prevenção de algumas doenças da boca¹³.

Há necessidade de estudos que qualifiquem a prática profissional para a promoção da saúde, tanto no Brasil como no exterior, pois são mais frequentes pesquisas sobre conhecimento popular e prática cotidiana, ou direcionadas para grupos específicos, como diabéticos e idosos.

Este estudo tem como objetivo analisar a influência das variáveis sociais e econômicas na saúde bucal de homens servidores públicos do município de Marília, SP, para reconhecer a singularidade masculina quanto às limitações e potencialidades relacionadas ao autocuidado.

Método

Trata-se de estudo transversal, descritivo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília sob protocolo n. 208/09 e que para ser desenvolvido nas dependências das secretarias municipais obteve anuência do prefeito municipal.

Utilizou-se amostragem não probabilística por acessibilidade para o tamanho amostral, devido à dinâmica do mundo do trabalho, tais como férias, folgas e afastamentos. A amostra se constituiu de 280 trabalhadores das secretarias municipais do gênero masculino na faixa etária de 25-59 anos presentes no local de trabalho no momento da entrevista e que aceitaram participar do estudo. O total de servidores municipais homens encontrados nessa faixa etária foi de 1.538.

Para a coleta de dados, os responsáveis pelos setores administrativos municipais foram esclarecidos acerca da proposta do estudo. As entrevistas foram realizadas nos locais de trabalho, em horários estabelecidos pelas chefias. Os trabalhadores que participaram da pesquisa receberam esclarecimentos sobre o objetivo e o método utilizado e assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

A técnica de entrevista estruturada foi utilizada para coleta de dados, a qual se orientou por um instrumento elaborado pelas pesquisadoras contendo questões de identificação, hábitos alimentares (consumo de doces, refrigerantes, sucos, frutas, verduras e legumes), hábitos de higiene (escovação dos dentes, tipo de escova dental, periodicidade de troca da escova, uso do fio dental/enxaguante bucal, escovação da língua e uso de prótese dentária) e questões sobre conhecimento de saúde bucal (consulta odontológica, conhecimento sobre cárie dentária, alterações bucais com repercussão sistêmica, uso individual da escova e realização do autoexame oral).

Esse instrumento foi submetido a teste piloto nas Unidades de Saúde da Família, o que permitiu adequação quanto à linguagem e quanto a não ser autoaplicável, em função do tempo para responder e da dificuldade de compreensão dos assuntos referentes à saúde bucal dos homens. Os entrevistadores foram então capacitados para realização da coleta de dados.

Os dados foram processados pelo programa Epi-Info versão 6.0 e tratados por testes estatísticos, buscando associação entre as seguintes variáveis: idade, escolaridade e renda familiar com as categorias hábitos de higiene, consumo de alimentos e conhecimento sobre saúde bucal. As variáveis foram assim definidas: 1) escolaridade (grau de instrução) correspondente à informação do entrevistado; 2) renda familiar (remuneração média da família) correspondente ao ano de 2009, expressa em salários mínimos; 3) Idade (faixa etária), no ano de 2009.

Resultados

Os entrevistados foram identificados quanto às características: faixa etária, renda familiar, escolaridade, religião, procedência e estado civil, apresentadas no Quadro 1.

No perfil sociodemográfico dos entrevistados observou-se que: 83,8% dos homens eram casados; 38,8% estavam na faixa etária de 40-49 anos e 59% na faixa etária <40 anos; 35,8% tinham ensino médio e 29,7%, ensino superior; 62,7% possuíam renda familiar de 2-3 salários mínimos. Houve predomínio de homens católicos, procedentes de Marília, sendo que a religião influenciava muito na vida deles. Quanto ao tipo de ocupação, desempenhavam diversas funções no serviço público. A população estudada apresentou número reduzido de homens analfabetos e, portanto, esse segmento não foi utilizado para análise estatística.

O Quadro 2 apresenta que: 28,7% dos homens faziam uso diário de fio dental, 44,8% nunca usavam enxaguantes bucais e 25,6% nunca escovavam a língua, embora 74,4% escovassem a língua pelo menos uma vez por dia e 59% escovassem os dentes pelo menos 3 vezes por dia. Escovas de cerdas macias eram utilizadas por 39,8%. O consumo de frutas/verduras predominou em relação ao consumo de refrigerantes/doces, porém somente 24,7% consumiam diariamente frutas/verduras. A maioria dos entrevistados relatou que cárie não é uma doença transmissível, 64,2% não haviam procurado o dentista no período de 1 ano e 55,7% não realizavam autoexame bucal. Entretanto, 92,5% faziam uso individual da escova dental e 71,3% compreendiam que problemas bucais podem causar repercussão sistêmica.

Observou-se associação significativa quanto ao não uso de fio dental nas variáveis: a) faixa etária: entre 20-29 anos (7,2%), entre 40-49 anos (55,5%) ($p=0,000$) e na faixa etária ≥ 50 anos (50%); b) na escolaridade: 21,8% entre aqueles

Quadro 1. Características sociodemográficas dos trabalhadores municipais de Marília, SP, em 2009.

Variáveis	Nº	%	
Faixa etária	20-29 anos	84	29,9
	30-39 anos	82	29,1
	40-49 anos	108	38,8
	≥50 anos	6	2,2
Procedência	Marília	190	67,7
	Outras cidades	90	33,3
Religião	Católica	177	63,1
	Evangélica	62	22,2
	Nenhuma	23	8,2
Influência da religião	Muita	145	52,0
	Pouca	81	29,0
	Não influencia	54	19,0
Escolaridade	Analfabeto	4	1,5
	Fundamental	92	32,9
	Médio	100	35,8
	Superior	84	29,7
Estado civil	Juntos ¹	234	83,8
	Separados ²	46	16,2
Faixa de renda em salários mínimos	Até 1	32	11,1
	2-3	175	62,7
	≥3	73	26,2
Ocupação	Serviços gerais	92	33,0
	Técnico administrativo	33	11,8
	Outras ocupações	155	55,2

¹homens casados e em união estável; ²homens solteiros, viúvos e divorciados.

que tinham ensino fundamental quando comparados aos 12,4% com ensino superior ($p=0,000$). A renda não registrou significância estatística com o não uso de fio dental, sendo que 32,2% dos trabalhadores de menor renda não usavam fio dental, enquanto 44,1% daqueles com maior renda também não o utilizavam ($p=0,17$).

Identificou-se significado estatístico entre a escovação dos dentes na frequência de 0-2 vezes/dia e as seguintes variáveis: a) faixa etária: entre 20-29 anos (22,8%) quando comparada a faixa ≥50 anos (83,3%) ($p=0,005$); b) escolaridade: 49,9% entre trabalhadores com ensino fundamental, comparados com 32% entre aqueles com ensino superior ($p=0,000$). No entanto, a variável renda não apresentou significância estatística com relação a escovação diária, alcançando 45,1% entre trabalhadores de menor renda *versus* 27,8% entre aqueles com maior renda ($p=0,97$) (Quadro 3).

O não uso de enxaguantes bucais obteve associação significativa nas variáveis escolaridade: 53,1% entre os trabalhadores com ensino fundamental *versus* 35% entre os que tinham ensino superior ($p=0,000$); faixa etária: entre 31,3% dos homens com 20-29 anos *versus* 58,3% entre aqueles com 40-49 anos ($p=0,04$); e renda: entre 41,9% dos homens com menor renda *versus* os 83,3% daqueles com maior renda ($p=0,01$). As variáveis faixa etária e renda apresentaram maior prevalência, com significado estatístico.

A não escovação da língua foi estatisticamente significativa quando comparada a escolaridade e idade: a) escolaridade: não escovavam a língua 40,2% dos homens com ensino fundamental, comparados a 17,8% dos homens com ensino superior ($p=0,000$); b) faixa etária: 13,2% dos homens entre 20-29 anos não escovavam a língua *versus* 50% dos homens ≥50 anos ($p=0,037$). Entretanto, na variável renda observou-se que não escovavam a língua 35,4% dos homens com menor renda, comparados a 67,4% daqueles com maior renda ($p=0,94$), o que não configura significância estatística.

Associação estatística foi observada no uso de prótese quanto à faixa etária e escolaridade, pois 9,6% dos homens entre 20-29 anos faziam uso de prótese *versus* 83,3% daqueles na faixa ≥50 anos ($p=0,000$). Já a variável escolaridade mostrou que utilizavam prótese dentária 25,5% dos trabalhadores com ensino fundamental comparados a 9,8% daqueles com ensino superior ($p=0,02$); e 32,7% dos homens com menor renda tinham prótese dentária *versus* 28,8% daqueles com maior renda.

Quadro 2. Hábitos de higiene, hábitos alimentares e conhecimento sobre saúde bucal dos trabalhadores municipais de Marília, SP, em 2009.

Hábitos de higiene	%			
Escovação dentária/dia	Nunca	1-2	3-4	≥5
	4,7	34,8	43,4	14,3
Tipo de escova	Macia	Média	Dura	Extra macia
	39,8	27,2	13,6	13,3
Troca de escova/mês	1	2	3	>3
	14,0	31,9	33,0	17,9
Uso de fio dental/semana	Nunca	Diário	1S*	4S*
	31,5	28,7	16,5	12,9
Uso de enxaguante bucal/semana	Nunca	Diário	1S*	4S*
	44,8	17,2	17,2	12,5
Escovação da língua/dia	Nunca	1 a 2	3 a 4	>5
	25,6	36,1	20,2	10,5
Hábitos alimentares				
Consumo doce/semana	Nunca	Diário	1S*	4S*
	9,0	7,9	51,6	19,4
Consumo de frutas e verduras/semana	Nunca	Diário	1S*	4S*
	1,8	24,7	21,9	33,7
Consumo de refrigerantes/semana	Nunca	Diário	1S*	4S*
	6,5	17,6	36,6	25,4
Conhecimento sobre saúde bucal		Sim		Não
Cárie é transmissível	47,3		52,7	
Uso individual da escova	92,5		07,5	
Realiza autoexame bucal	44,3		55,7	
Presença de cárie	68,5		31,5	
Procura o dentista no ano	35,8		64,2	
Problemas bucais causam repercussão sistêmica	71,3		28,7	

*1S significa 1 vez na semana; 4S significa 4 vezes na semana.

Quadro 3. Hábitos de higiene segundo faixa etária, escolaridade, renda e estado civil dos trabalhadores municipais de Marília, SP, em 2009.

Variáveis	Higiene																					
	Escovação ao dia			p	Não usa fio	p	Tipo de escova ¹				p	Troca de escova ⁴				p	Não enxagua	p	Não escova a língua	p	Tem prótese	p
	0-2	3-4	≥5				E	M	m	D		1	2	3	>3							
Faixa etária – anos	20-29	22,8	56,6	18,0	*	07,2	*	15,7	34,9	33,7	07,2	10,8	25,3	43,4	20,5	031,3	*	13,2	*	09,6	*	
	30-39	33,3	45,7	18,5		23,4		16,0	40,7	25,9	09,9	11,1	35,8	30,9	22,2	040,7		23,4		25,9		
	40-49	54,6	33,3	08,3		55,5		08,3	44,4	23,1	20,4	17,6	36,1	27,8	18,5	058,3		34,2		54,6		
	>50	83,3	16,7	00		50,0		16,7	16,7	33,3	33,3	33,3	00	16,7	50,0	050,0		50,0		83,3		
Escolaridade	Analfabeto	66,6	33,3	00		38,3	*	11,7	35,2	25,8	17,6	08,2	20,6	24,3	45,2	100,0		66,6	*	67,3	*	
	Fundamental	49,9	32,6	10,8	*	21,8		15,7	42,1	26,3	10,8	12,6	15,8	31,1	38,3	053,1	*	40,2		25,2		
	Médio	44,0	24,0	19,0		33,0		09,6	40,7	33,5	11,3	13,5	27,6	29,8	25,1	038,3		17,0		41,6		
	Superior	32,0	44,0	13,1		12,4		08,2	48,0	31,2	09,2	06,4	23,7	42,6	24,2	035,0		17,8		09,8		
Estado civil	Juntos ²	42,4	42,4	12,2		36,4		11,6	37,2	28,4	16,2	12,2	34,3	30,2	20,3	048,8		36,0		37,5		
	Separados ³	45,0	45,0	05,0		35,0		20,0	55,0	10,0	10,0	15,0	35,0	30,0	20,0	040,0		30,0		34,9		
Faixa de renda em salários mínimos	1-2	45,1	41,9	09,6		32,2		03,2	22,5	41,9	19,3	09,7	12,9	38,7	38,7	041,9	*	35,4		32,7		
	2-3	44,8	38,8	15,5		44,6		17,4	08,7	42,7	26,2	02,9	12,6	33,1	51,4	051,4		38,8		31,8		
	>3	27,8	43,1	28,8		44,1		26,1	54,2	10,1	09,3	09,0	17,0	55,0	19,0	081,3		67,4		28,8		

¹E - extra macia; M - macio; m - média; D - dura; ²homens casados e em união estável; ³homens solteiros, viúvos e divorciados. ⁴troca de escova em meses. *valor de p com significância estatística.

O tipo de escova não obteve significância estatística: a) 40,4% dos trabalhadores na faixa etária de 40-49 anos utilizavam escova macia contra 16,7% dos homens na faixa de ≥ 50 anos. Já quanto à escolaridade, 42,1% dos que tinham ensino fundamental utilizavam escova macia contra 48% dos trabalhadores com ensino superior. Com relação a renda: 22,5% dos trabalhadores com menor renda utilizavam escova macia quando comparados a 54,2% daqueles com maior renda ($p=0,17$).

Não houve associação significativa na frequência de troca de escova, pois 43,3% dos homens na faixa etária de 20-29 anos trocavam a escova a cada 3 meses contra 16,7% dos homens da faixa ≥ 50 anos ($p=0,18$). Entretanto, no item escolaridade, 38,3% dos trabalhadores com ensino fundamental trocavam-na com intervalo maior que 3 meses contra 24,2% dos trabalhadores com ensino superior. Com relação a renda: 55% dos homens com maior renda trocavam de escova a cada 3 meses quando comparados aos 38,7% dos trabalhadores com menor renda ($p=0,64$).

A variável estado civil não obteve significância estatística quanto a hábitos de higiene bucal e apresentou frequência reduzida de homens separados, assim, 42,4% dos homens casados ou com união estável escovavam os dentes 3-4/dia, 36,4% não usavam fio dental, 37,2% utilizavam escovas macias, 34,3% trocavam a escova a cada 2 meses, 48,8% não faziam uso de enxaguantes, 36% não escovavam a língua e 37,5% tinham prótese dentária.

O consumo de doces apresentou significância estatística somente na variável idade, com maior prevalência na faixa etária ≥ 50 anos, com 50% dos homens consumindo mais de 5 vezes por semana, em contraste com 24% dos de 20-29 anos ($p=0,010$). Para a escolaridade, 5,7% dos homens com ensino fundamental não consumiam doce quando comparados com 7,6% daqueles com ensino superior ($p=0,13$). No item renda, 61,2% dos trabalhadores com menor renda consumiam 1-2 vezes doce na semana *versus* 48,3% daqueles com renda maior ($p=0,39$) (Quadro 4).

Quanto ao consumo de refrigerantes, obteve-se significância estatística: 25,9% dos homens entre 40-49 anos consumiam refrigerantes mais de 4 vezes na semana contra 66,7% daqueles da faixa ≥ 50 anos ($p=0,017$); 22,8% dos homens com ensino fundamental consumiam refrigerante mais de 4 vezes/semana em contraste com 19,1% daqueles com ensino superior ($p=0,29$); 35,4% daqueles com baixa renda, por sua vez, consumiam refrigerantes mais de 4 vezes/semana, comparados com 33,3% dentre os de maior renda ($p=0,07$).

O consumo diário de frutas/verduras mostrou que 25,9% dos homens entre 40-49 anos consumiam frutas/verduras, mais de 5 vezes/semana em relação a 66,7% dos entrevistados na faixa ≥ 50 anos ($p=0,32$); 31,4% com ensino fundamental consumiam frutas/verduras mais de 5 vezes/semana, comparados aos 50% dos entrevistados com ensino superior ($p=0,23$); assim como 43% dos homens com maior renda consumiam frutas/verduras mais de 5 vezes/semana *versus* 35,4% daqueles com menor renda ($p=0,54$).

Houve associação significativa entre ter cárie, faixa etária e escolaridade: 77,1% dos homens de 20-29 anos tiveram cárie quando comparados com 16,7% dos homens ≥ 50 anos ($p=0,002$); 71,4% daqueles com ensino fundamental tiveram cárie, em contraste com 67,3% dos entrevistados com ensino superior ($p=0,000$). O nível de renda não apresentou significância estatística, apenas mostrou que 11,1% dos homens com ensino superior tiveram cárie ($p=0,4$).

Quadro 4. Hábitos alimentares segundo faixa etária, escolaridade, renda e estado civil dos trabalhadores municipais de Marília, SP, em 2009.

Variáveis		Alimentação															
		Doce/semana					P	Refrigerante/semana				p	Frutas e verduras/ semana				P
		0	1-2	3-4	>5	0		1-2	3-4	>4	0		1-2	3-4	>5		
Faixa etária (anos)	20-29	03,6	43,4	29,0	24,0	*	03,60	26,5	38,5	31,3	*	03,6	26,5	38,5	031,3		
	30-39	07,4	60,5	09,9	22,2		04,90	38,3	19,7	37,0		04,9	38,3	19,7	037,0		
	40-49	13,9	53,7	18,5	13,9		10,20	43,5	20,4	25,9		10,2	43,5	20,4	025,9		
	>50	16,7	16,7	16,6	50,0		0	33,3	0	66,7		0	33,3	0	066,7		
Escolaridade	Analfabeto	66,0	33,0	0	0		66,60	33,3	0	0		0	0	0	100,0		
	Fundamental	05,7	54,2	20,0	21,2		05,70	34,2	37,1	22,8		02,8	17,1	48,7	031,4		
	Médio	05,0	60,0	15,0	20,0		03,30	31,6	26,6	38,3		0	16,6	43,3	039,9		
	Superior	07,6	46,1	26,9	19,2		11,50	44,2	25,0	19,1		01,9	21,1	26,9	050,0		
Estado civil	Juntos ¹	08,7	50,5	20,3	20,3		06,30	41,2	26,4	26,1		01,7	22,6	34,3	041,2		
	Separados ²	10,0	50,0	15,0	25,0		10,00	25,0	20,0	45,0		0	24,1	32,2	043,4		
Renda em salários mínimos	Até 1	06,4	61,2	19,3	12,9		03,22	32,2	29,0	35,4		06,4	32,2	25,8	035,4		
	1-3	06,9	48,6	18,0	20,8		10,60	33,0	20,3	35,8		00,9	21,3	38,8	038,7		
	>3	09,5	49,3	21,9	10,9		05,50	34,7	26,3	33,3		01,3	22,2	33,3	043,0		

¹homens casados e em união estável; ²homens solteiros, viúvos e divorciados; *valor de p com significância estatística.

A compreensão da cárie como doença não transmissível foi observada tanto na faixa etária de 20-29 anos (42,1%) quanto na de ≥ 50 anos (59,7%) ($p=0,29$). O mesmo aconteceu quanto à escolaridade: essa compreensão registrou-se para 57,6% dos entrevistados com ensino fundamental e para 48,6% dos que tinham ensino superior ($p=0,647$); assim como para 58% dos entrevistados com menor renda e para 58,6% daqueles com maior renda ($p=0,29$)(Quadro 5).

Não houve significância estatística quanto ao uso individual da escova, que predominou em 96,3% na faixa etária de 20-29 anos e em 89,3% na faixa ≥ 50 anos ($p=0,26$); 93% dos homens com ensino fundamental e 96% dos entrevistados com ensino superior faziam uso individual da escova ($p=0,139$). Entre os entrevistados de menor renda, 100% faziam uso de escova, enquanto entre os de maior renda 88,5% usavam escova dental individualmente ($p=0,26$).

Realizar autoexame bucal não obteve associação significativa. Ela prevaleceu na faixa etária entre 20-29 anos (39,8% dos homens) e na faixa ≥ 50 anos (66,7% dos homens) ($p=0,34$), mas houve resultado clinicamente significativo, que pode associa-se às políticas de prevenção do câncer bucal. Para escolaridade e renda não houve praticamente diferença, nem associação estatística. Quanto à escolaridade, 51% dos entrevistados com ensino fundamental e 53,8% dos com ensino superior faziam o autoexame ($p=0,682$). Com relação ao nível de renda, 58% daqueles com menor renda e 62,2% daqueles com maior renda referiram fazer o autoexame oral ($p=0,27$).

Não houve significância estatística quanto ao conhecimento de problemas bucais com repercussão sistêmica, sendo que prevaleceram 67,5% entre homens na faixa 20-29 anos e 84,3% entre os da faixa ≥ 50 anos ($p=0,15$). Quanto à escolaridade, 71,9% dos entrevistados com ensino fundamental e 79,6% daqueles com ensino superior pontuaram os problemas bucais causando repercussão sistêmica ($p=0,07$), o mesmo aconteceu para 77,4% dos entrevistados com menor renda e 69,4% daqueles com maior nível de renda ($p=0,08$).

Em relação à procura por dentista em 1 ano, não houve associação estatística com relação a escolaridade e nível de renda, mas quanto a faixa etária houve associação significativa. Assim, prevaleceram 83,1% dos homens de 20-29 anos e 83,3% dos na faixa ≥ 50 anos que procuraram o dentista em 1 ano ($p=0,01$); 79,3% daqueles com ensino fundamental e 77,9% dos entrevistados com ensino superior ($p=0,91$); 70,8% dos servidores que tinham menor renda e 76,3% daqueles com maior renda ($p=0,46$).

A variável estado civil não obteve significado estatístico quanto ao conhecimento sobre saúde bucal: o que prevaleceu para os casados foi que 50,5% não consideravam a cárie transmissível, em contraste com 65% dos separados; 66,8% dos casados já haviam tido cárie, comparados aos 77,4% dos separados; 91,8% dos casados faziam uso individual da escova, *versus* praticamente igual número dos separados; 52,9% dos casados realizavam autoexame oral, contra 60% dos separados; 77,3% dos casados consideravam que problemas bucais têm repercussão sistêmica em contraste com 59,6% dos separados; e 40,1% dos casados procuraram o dentista em 1 ano, número praticamente igual à prevalência entre separados/solteiros.

Quadro 5. Conhecimento sobre saúde bucal segundo faixa etária, escolaridade, renda e estado civil dos trabalhadores municipais de Marília, SP, em 2009.

Variáveis	Conhecimento de saúde bucal							p	
	Cárie não transmissível	Teve cárie	P	Faz uso individual da escova	Realiza autoexame bucal	Problemas bucais têm repercussão sistêmica	Procura dentista no ano		
Faixa etária (anos)	20-29	42,1	77,1	*	096,3	39,8	67,5	83,1	*
	30-39	51,4	70,4		092,5	40,7	65,4	74,1	
	40-49	53,5	63,9		094,2	49,0	78,7	66,7	
	>50	59,7	16,7		089,3	66,7	84,3	83,3	
Escolaridade	Analfabeto	63,2	33,3	*	089,5	43,2	62,0	50,0	
	Fundamental	57,6	71,4		093,0	51,0	71,9	79,3	
	Médio	59,4	72,5		091,3	47,6	65,7	86,0	
	Superior	43,1	67,3		096,0	53,8	74,6	77,9	
Estado civil	Juntos ¹	50,5	66,8		091,8	52,9	77,3	40,1	
	Separado ²	65,0	77,4		095,0	60,0	59,6	40,0	
Renda em salários mínimos	Até 1	58,0	19,3		100,0	58,0	77,4	70,8	
	2-3	41,7	13,5		058,2	26,3	64,0	76,6	
	>3	48,6	11,1		088,8	62,5	69,4	76,3	

¹homens casados e em união estável; ²homens solteiros, viúvos e divorciados; *valor de p com significância estatística.

Discussão

Os servidores municipais do sexo masculino com baixa escolaridade e maior idade mostraram uma prática de higiene bucal limitada: baixa frequência da escovação dentária, de uso do fio dental, do uso de enxaguantes bucais e escovação da língua. Convém ressaltar que houve predomínio do uso de prótese em homens na faixa ≥ 50 anos, o que os isenta da prática do uso de fio dental, todavia precisam ampliar a frequência de escovação. Por sua vez, trabalhadores jovens com maior escolaridade usavam fio dental, enxaguantes bucais, realizavam escovação apropriadamente, trocavam a escova em intervalos de até 3 meses, apesar de não pertencerem à categoria de maior renda.

A análise quanto aos hábitos de higiene possibilitou compreender as fragilidades desses homens em prevenir doenças decorrentes de alterações da saúde bucal, identificando que medidas preventivas, atualmente mais acessíveis, ainda não estão presentes nas práticas de higienização oral.

Esses hábitos indicam maiores chances para desenvolvimento de placa bacteriana e, conseqüentemente, cárie dentária, pois a escovação dos dentes e o uso de fio dental são fatores de proteção bucal fundamentais e reduzem o potencial de virulência e sangramento gengival¹⁴, sendo considerados métodos efetivos e de baixo custo, capazes de atuar na ocorrência de lesões de cáries e de doença periodontal¹⁵. Agentes antimicrobianos aplicados profissionalmente ou sob forma de dentifrícios e soluções de bochecho podem reduzir a incidência de cáries mediante controle da formação de placa, supressão de espécies cariogênicas ou inibição do metabolismo bacteriano¹⁶.

Os homens na faixa etária de 40-49 anos e os mais jovens faziam um consumo moderado de doces e refrigerantes, em menor frequência que os homens na faixa etária ≥ 50 anos. Tanto escolaridade como renda não influenciaram a ingestão de doces. Em relação ao consumo de frutas/legumes, os entrevistados na faixa ≥ 50 anos consumiam maior proporção desses alimentos do que os trabalhadores mais jovens, contudo na amostra havia um baixo número de pessoas nessa faixa etária. Interessante observar que na faixa de 40-49 anos, que concentrou o maior número dos entrevistados, houve o menor percentual de ingestão de frutas e legumes.

Identifica-se a necessidade de fortalecer o consumo de alimentos saudáveis para proteção da saúde bucal. Observou-se diferenças entre hábitos alimentares e de higiene nas faixas etárias. Fica a seguinte indagação: tais diferenças podem estar relacionadas ao gênero masculino ou às características da população estudada? Novas pesquisas podem auxiliar na compreensão da singularidade masculina.

Os entrevistados pouco realizavam o autoexame bucal, método simples e extremamente eficaz na busca de sinais precoces de doenças. O autoexame deveria ser ensinado sistematicamente nos programas educativos e campanhas de esclarecimento à população, em linguagem fácil e acessível, contribuindo assim para a ampliação da cura e controle dessas doenças¹⁷.

A consulta ao cirurgião dentista compõe uma medida eficaz para a saúde bucal, pois quando há periodicidade adequada, o profissional tem a oportunidade de promover ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação da saúde bucal, estimulando assim o autocuidado.

Quando comparados com o sexo feminino, Travassos¹⁸ constatou que mulheres, sem restrição de atividades, integrantes de famílias de maior poder aquisitivo, de famílias com provedor de maior escolaridade e de famílias “chefiadas” por homens apresentaram maior chance de consumo de serviços preventivos e de acompanhamento¹⁸. Porém, Watson¹⁹ encontrou uma considerável falta de conscientização sobre saúde bucal entre mulheres de baixa renda, que pode estar associada às condições dentárias precárias dessas mulheres¹⁹. Ostberg²⁰ sinaliza que as meninas percebem sua saúde bucal como boa mais que os meninos, exceto no que diz respeito à aparência dos dentes²⁰.

Algumas limitações do presente estudo: não realização do cálculo amostral para encontrar de forma segura todas as variáveis estudadas, o número de pessoas obtido em alguns segmentos foi menor do que o necessário e isso reduziu o poder dos testes estatísticos, como no caso do baixo percentual de pessoas analfabetas (apenas 4), o que pode levar a distorções na interpretação. Também identificou-se que a maioria dos homens acima de 50 anos fazia uso de próteses parciais ou totais e, desse modo, a questão sobre a presença de cáries deveria ser realizada apenas com pessoas com dentes naturais.

Conclusão

O percurso metodológico escolhido permitiu analisar a influência das variáveis sociais e econômicas na saúde bucal masculina, bem como atender os aspectos éticos de privacidade para responder os questionários. A coleta de dados foi favorecida por ter sido realizada no local de trabalho. Possibilitou compreender os limites e potencialidades dos homens no cuidado da saúde bucal, assim como salientar a necessidade de pesquisas que abordem questões de gênero.

Para além de identificar significados estatísticos, as associações encontradas entre variáveis sociodemográficas, hábitos de higiene e conhecimento sobre saúde bucal coincidem com a prática clínica odontológica, uma vez que os entrevistados vivenciaram práticas odontológicas com pouca ênfase na preservação dentária.

Esta pesquisa pode contribuir para as práticas dos profissionais da APS no sentido de abordar os homens no momento da anamnese odontológica, sensibilizando-os quanto aos fatores de risco e proteção da saúde bucal, de forma a introduzir novas práticas de cuidado. Considerou-se uma estratégia válida a divulgação deste estudo para os gestores municipais, com vistas a qualificar as tomadas de decisões referentes à saúde bucal.

A análise dos dados sinaliza a necessidade de investimentos em ações de educação em saúde para a manutenção de práticas saudáveis de saúde bucal e enfatiza a necessidade de ampliar o acesso aos serviços odontológicos, estabelecer políticas para direcionar recursos, introduzir avanços tecnológicos e instituir estratégias diferenciadas para pessoas de baixo nível socioeconômico.

Referências

1. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2003. p. 248. [acesso em 2009 Ago 18]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf
2. Gomes R. Os homens cuidam pouco da saúde. *Radis*. 2008; 74: 10.
3. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(1): 105-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100017>
4. Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(4): 999-1010. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000400021>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 92.
6. Rank RCIC, Rank MS, Dib JE. Dificuldades maternas quanto ao uso do fio dental em crianças. *Publ UEPG Ciênc Biol Saúde*. 2006; 12(3): 31-8.
7. Guedes-Pinto AC, Bonecker M, Rodrigues CRMD. Fundamentos de odontologia: odontopediatria. São Paulo: Editora Santos; 2009. 446 p.
8. Associação Brasileira de Odontologia de Promoção de Saúde - Aboprev. Promoção de Saúde Bucal. Rio de Janeiro: Artes Médicas; 1997.
9. Panzeri H, Lara E, Zaniquelli O, Schiavetto F. Avaliação de algumas características das escovas dentais do mercado nacional. *Rev Assoc Bras Odontol*. 1993; 1(1): 23-9.
10. Montenegro FLB, Marchini L, Leite JÁ, Manetta CE. Tipificando e classificando os limpadores linguais no mercado brasileiro. *Rev EAP/APCD*. 2006; 8(1): 12-5. [acesso em 2012 Mar 30]. Disponível em: <http://www.proteseodontologica.odo.br/fbrunetti/limpadoreslinguais.htm>
11. Navas EAFA, Inocêncio AC, Jorge AOC, Koga-Ito CY. Avaliação da utilização de limpador de língua na redução dos níveis de leveduras na cavidade bucal. *Rev Odontol UNESP*. 2009; 38(2): 99-103.
12. Philipp ST, Latterza AR, Cruz ATR, Ribeiro LC. Pirâmide alimentar adaptada: guia para a escolha dos alimentos. *Rev Nutr*. 1999; 12(1):65-80.
13. Mendes ML, Mendes CL, Rocha ML. Avitaminoses e suas manifestações bucais. *Int J Dent*. 2003; 2(2): 257-61.
14. Abegg C. Hábitos de higiene bucal de adultos porto-alegrenses. *Rev Saúde Pública*. 1997; 31(6): 586-93. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000700007>
15. Rimondini L, Zolfanelli B, Bernardi F, Bez C. Self-preventive oral behavior in an Italian University student population. *J Clin Periodontol*. 2001; 28(3): 207-11. <http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-051x.2001.028003207.x>
16. Gonçalves NCLAV, Valsecki Junior A, Salvador SLS, Bergamo GC. Efeito de soluções fluoretadas contendo xilitol e sorbitol no número de estreptococos do grupo mutans na saliva de seres humanos. *Rev Panam Salud Pública*. 2001; 9(1): 30-4. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892001000100007>
17. Thomaz EBAF, Cutrim MCFN, Lopes FF. A importância da educação como estratégia para prevenção e diagnóstico precoce do câncer oral. *Acta Oncol Bras*. 2000; 20(4): 149-52.
18. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica*. 2002; 11(5-6): 365-73. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892002000500011>
19. Watson MR, Gibson G, Guo I. Women's oral health awareness and care-seeking characteristics: a pilot study. *J Am Dent Assoc*. 1998; 129(12): 1708-1716.
20. Ostberg AI, Halling A, Lindblad U. A gender perspective of self-perceived oral health in adolescents: associations with attitudes and behaviours. *Community Dent Health*. 2001; 18(2): 110-116.

Anexo 1

Número da entrevista: _____

I - Identificação

Idade em anos:

() 1- 20 a 29; () 2- 30 a 39; () 3- 40 a 49; () 4- > ou igual a 50 anos

2. Naturalidade:

Estado

() 1- SP; () 2- outros

Cidade

() 1- Marília; () 2- outros

3. Religião:

() 1- Católica; () 2- Protestante/Evangélico; () 3- Nenhuma; () 4- Outras

4. O quanto sua religião influencia na sua vida?

() 1- Pouco; () 2- Muito pouco; () 3- Muito

5. Escolaridade:

() 1- Ensino fundamental completo; () 2- Ensino fundamental incompleto; () 3- Ensino médio completo; () 4- Ensino médio incompleto; () 5- Ensino superior completo;

() 6- Ensino superior incompleto; () 7- Alfabetizado; () 8- Analfabeto

6. Estado civil:

() 1- Solteiro; () 2- Casado; () 3- União estável; () 4- Divorciado; () 5- Viúvo

7. Renda familiar (em salários mínimos):

() 1- 1 a 2; () 2- 2 a 3; () 3- 3 a 4; () 4- Acima de 4

8. Profissão/Ocupação:

() 1- Serviços gerais; () 2- Auxiliar administrativo; () 3- Outros

II - Conhecimentos sobre saúde bucal

Com que frequência você consome doces?

() 1- 1 a 2 vezes por semana; () 2- 3 a 4 vezes por semana; () 3- 5 a 6 vezes por semana; () 4- Diariamente; () 5- Nunca

Com que frequência você consome frutas, verduras e legumes?

() 1- 1 a 2 vezes por semana; () 2- 3 a 4 vezes por semana; () 3- 5 a 6 vezes por semana;

() 4- Diariamente; () 5- Nunca

Com que frequência você consome refrigerantes e sucos artificiais?

() 1- 1 a 2 vezes por semana; () 2- 3 a 4 vezes por semana; () 3- 5 a 6 vezes por semana; () 4- Diariamente; () 5- Nunca

Com que frequência você escova os dentes?

() 1- Nunca; () 2- 1 a 2 vezes ao dia; () 3- 3 a 4 vezes ao dia; () 4- 5 ou mais vezes ao dia; () 5- 3 vezes na semana; () 6- 1 vez na semana

Que tipo de escova dental você utiliza?

() 1- Extra macia; () 2- Macia; () 3- Média; () 4- Dura; () 5- Qualquer uma delas

Com que frequência você troca sua escova dental?

() 1- 1 vez ao mês; () 2- De 2 em 2 meses; () 3- De 3 em 3 meses; () 4- A cada 6 meses; () 5- 1 vez ao ano

Com que frequência você utiliza o fio dental?

() 1- 1 a 2 vezes por semana; () 2- 3 a 4 vezes por semana; () 3- 5 a 6 vezes por semana; () 4- Diariamente; () 5- Nunca

Com que frequência você utiliza enxaguantes bucais? () 1- 1 a 2 vezes por semana;

() 2- 3 a 4 vezes por semana; () 3- 5 a 6 vezes por semana; () 4- Diariamente;

() 5- Nunca

Com que frequência você escova a língua?

() 1- Nunca; () 2- 1 a 2 vezes ao dia; () 3- 3 a 4 vezes ao dia; () 4- 5 ou mais vezes ao dia; () 5- 3 vezes na semana; () 6- 1 vez na semana

Com que frequência você procura o dentista?

() 1- Menor que 6 meses; () 2- Entre 6 meses e 1 ano; () 3- Maior que 1 ano; () 4- Nunca

Você já apresentou ou apresenta algum/ns desses problemas bucais?

() 1- Cárie; () 2- Problemas periodontais; () 3- Aftas, estomatites; () 4- Herpes; () 5- Bruxismo

Você tem hábito de:

() 1- Roer as unhas; () 2- Chupar dedos; () 3- Morder os lábios; () 4- Não tenho nenhum desses hábitos

Se sim, por quanto tempo você permanece com a mesma prótese?

() 1- Menos de 1 ano; () 2- Menos de 5 anos; () 3- Entre 5 a 10 anos; () 4- Mais de 10 anos

Anexo 1. Continuação...

Você faz uso de algum tipo de prótese dentária?

() **1-** Sim; () **2-** Não

Você considera a cárie dental uma doença transmissível?

() **1-** Sim; () **2-** Não

Cada membro de sua família faz uso individual da escova dental?

() **1-** Sim; () **2-** Não

Problemas bucais podem causar repercussões sistêmicas?

() **1-** Sim; () **2-** Não

Você respira pela boca?

() **1-** Sim; () **2-** Não

Você é fumante?

() **1-** Sim; () **2-** Não

Você faz uso de bebida alcoólica?

() **1-** Sim; () **2-** Não

Estudo da demanda de saúde mental em Centro de Saúde da Família em Caucaia, Ceará, Brasil

Study of the mental health demand of a Family Health Center in Caucaia, Ceará, Brazil

Estudio de la demanda de salud mental en Centro de Salud Familiar en Caucaia, Ceará, Brasil

André Luís Bezerra Tavares. Universidade Federal do Ceará (UFC). andrelbtavares@yahoo.com.br (Autor correspondente)

Adriano Rodrigues de Souza. Universidade de Fortaleza (UNIFOR). adrianorsouza@gmail.com.br

Ricardo José Soares Pontes. Universidade Federal do Ceará (UFC). rjpontes@fortalnet.com.br

Resumo

Objetivo: Identificar a taxa de atendimentos a usuários com queixas de saúde mental em Centro de Saúde da Família, em Caucaia, CE, Brasil, de maio de 2011 a dezembro de 2011. **Métodos:** Estudo transversal descritivo, de abordagem quantitativa. Para coleta de dados foram aplicados SRQ-20 e formulário estruturado (idade, sexo, classificação, diagnóstico, uso de medicação e acompanhamento em outros serviços de saúde). Os dados foram analisados através de números absolutos e percentuais. **Resultados:** Verificou-se taxa de atendimentos médicos relacionados à saúde mental de 19,48% (579) entre os realizados (2.972). Desses, 19,5% (113) apresentavam transtorno mental leve a moderado, 34,7% (201), transtorno mental grave, e 43% (249), sofrimento psíquico. **Conclusões:** Constatou-se alta prevalência de transtornos mentais e sofrimento psíquico no serviço de saúde pesquisado. Torna-se necessária a implementação de ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família, com articulações intersectoriais e que contribuam para facilitar o acesso de usuários ao serviço de saúde, possibilitando reabilitação psicossocial.

Palavras-chave:

Saúde Mental
Epidemiologia
Atenção Primária à Saúde

Abstract

Objective: To identify the number of assistances to users with mental health complaints among users of a Family Health Center in the municipality of Caucaia, state of Ceará, Brazil, from May to December 2011. **Methods:** A cross-sectional descriptive study with quantitative approach. For data collection, we applied the SRQ-20 and a structured form (age, gender, classification, diagnosis, medication and follow-up in other health services). Data were analyzed using percentages and absolute numbers. **Results:** It was observed a rate of 19.48% (579) of medical consultations related to mental health in a total of (2,972). Of these, 19.5% (113) presented mild to moderate mental disorder, 34.7% (201) severe mental disorder, and 43% (249) psychological distress. **Conclusions:** We identified a high prevalence of mental disorders and psychological distress in the health service investigated. It is necessary to implement mental health services in the Family Health Strategy, with inter-sectorial coordination and support to the access of users, providing psychosocial rehabilitation.

Keywords:

Mental Health
Epidemiology
Primary Health Care

Resumen

Objetivo: Identificar la tasa de atención a usuarios con problemas de salud mental en el Centro de Salud Familiar en Caucaia, Ceará, Brasil, de mayo a diciembre/2011. **Métodos:** Estudio transversal descriptivo, cuantitativo. Para la recolección de datos, se aplicaron el SRQ20 y formularios estructurados (edad, género, clasificación, diagnósticos, medicamentos y acompañamiento en otros servicios de salud). Los datos fueron analizados a través de números absolutos y porcentajes. **Resultados:** Hubo una tasa de consultas médicas relacionadas a salud mental de 19,48% (579) entre la atención médica realizada (2.972). De éstos, 19,5% (113) presentaban trastorno mental leve a moderado, 34,7% (201) trastorno mental grave y 43% (249) sufrimiento psicológico. **Conclusiones:** Se constató una alta prevalencia de trastornos mentales y sufrimiento psíquico en el servicio de salud investigado. Se hace necesario implementar acciones de salud mental en la Estrategia de Salud Familiar, con coordinación intersectorial y que ayuden a facilitar el acceso de usuarios a los servicios de salud, posibilitando la rehabilitación psicossocial.

Palabras clave:

Salud Mental
Epidemiología
Atención Primaria de la Salud

Conflito de interesses:

declaram não haver.
Recebido em: 17/05/2012
Aprovado em: 23/01/2013

Introdução

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS)¹, saúde mental seria um completo estado de bem-estar, no qual o indivíduo tem consciência de seu potencial, consegue lidar com problemas do dia a dia, pode trabalhar produtivamente e encontra-se apto a contribuir com a comunidade. Contudo, diferenças culturais, julgamentos subjetivos e outras teorias afetam o modo como a saúde mental é definida¹.

Três por cento da população necessita de cuidados contínuos em saúde mental (portadores de transtornos mentais graves e persistentes); 10% a 15% precisam de atendimento eventual (portadores de transtornos leves e moderados ou comuns); 80% apresentam algum sofrimento psíquico, com tendência à remissão espontânea; 6% a 8% da população usam de forma prejudicial álcool e/ou outras drogas².

Entretanto, não há consenso com relação a esses dados. A partir de estimativas de prevalência em estudo americano, as prevalências para a população brasileira seriam de 24,2% para transtorno mental, 6% para transtorno mental grave e 3,1% para transtorno mental persistente³.

Ao se estudar a demanda de saúde mental, deve-se ressaltar a dificuldade de separá-la da saúde física, sendo os transtornos mentais uma das grandes motivações de parte dos usuários que procuram atendimento médico em ambulatórios clínicos gerais. Estudos americanos demonstraram que 40% a 60% da demanda de saúde mental estava sendo atendida na Atenção Primária por médicos generalistas, verificando-se que cerca de 38% (em média 24%) dos pacientes de ambulatório geral teriam transtorno mental⁴.

Essa alta prevalência tem sido confirmada em estudos brasileiros. Detectou-se prevalência média de 56% de transtorno mental comum em 714 usuários de unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Petrópolis, Rio de Janeiro, sendo que 33% do total de usuários apresentavam transtornos mais graves⁵. Outro estudo encontrou prevalência de 24,95% de transtorno mental comum em unidade da ESF em São Paulo⁶.

Estudo sobre prevalência de transtornos psiquiátricos na comunidade realizado em três capitais brasileiras apontou predominância de casos psiquiátricos que variou de 19% (São Paulo) a 34% (Brasília e Porto Alegre). Os transtornos ansiosos foram os mais prevalentes (18%) e o alcoolismo, presente em todos os locais pesquisados, situou-se em 8%. Os quadros depressivos apresentaram grande variação, de menos de 3% (São Paulo e Brasília) até 10% (Porto Alegre)⁷. Na Tabela 1 destacam-se os principais estudos de prevalência de transtornos mentais em unidades de saúde da família (USF), realizados no país.

Diante desse contexto, propôs-se este estudo com o objetivo de identificar a taxa de atendimentos a usuários com queixas de saúde mental em um centro de saúde da família.

Tabela 1. Prevalência de transtornos mentais em unidades de atenção geral à saúde no Brasil.

Autor	Ano	Local	Instrumento	Resultados
Busnello et al. ⁸	1983	Centro de saúde	SRQ-20	TMC: 55%
			Entrevista clínica	Casos confirmados: 48,5%
Mari ⁹	1986	Centro de saúde/Ambulatório	SRQ-20	TMC: 47% a 56%
	1987	geral de hospital	GHQ-12(2/3) CIS	TMM: 22% a 27%
Iacoponi ¹⁰	1989	Centro de saúde	SRQ-20	TMC: 53%
Villano ¹¹	1995	Ambulatório medicina integral em hospital universitário	GHQ-12	TMC: 20,9% a 41,8%
			CIDI	TMM: 38%
Fortes ⁵	2004	Unidade de saúde da família	GHQ-12	TMC: 56%
			CIDI	TMM: 33%

Fonte: Adaptado de Fortes (2004)⁵. TMC (Transtornos mentais comuns), TMM (Transtornos mentais maiores), SRQ (Self-reporting questionnaire), GHQ (General health questionnaire), CIS (Clinical interview schedule), CIDI (Composite international diagnostic interview).

Métodos

Estudo transversal descritivo, de abordagem quantitativa. Para produção dos dados, utilizou-se formulário estruturado, que foi preenchido pelo pesquisador responsável durante atuação no Centro de Saúde da Família Maria Firmino Mendes, localizado em Caucaia, CE, entre maio de 2011 e dezembro de 2011. Esse município integra a Região Metropolitana de Fortaleza, CE, sua área é de 1.227.895 km² e, em 2010, tinha população de 325.441 habitantes¹².

Caucaia aderiu ao pacto de gestão em 2006 e encontra-se em gestão plena, pertencendo à macrorregião de Fortaleza. Divide-se em seis distritos sanitários, compostos por 46 unidades de saúde da família (USF), 74 equipes de saúde da família, 49 equipes de saúde bucal e seis equipes de núcleos de atenção à saúde da família (NASF). Na atenção secundária, é município polo, sendo referência para nove municípios da região da 2^a Célula Regional de Saúde (CRES), dispondo de um hospital municipal com serviços de urgência, clínica médica, pediatria, traumatologia-ortopedia e cirurgia. Também conta com uma maternidade, que atua como referência para pré-natal de alto risco, cirurgia cesariana e urgência pediátrica¹³.

Na saúde mental, possui dois centros psicossociais: um CAPS AD (álcool e drogas) e um CAPS geral. No nível terciário realiza serviços de hemodiálise. Há, ainda, uma clínica de especialidades médicas e um centro de especialidades odontológicas, além de outros estabelecimentos de saúde conveniados para diagnóstico e tratamento¹³.

O CSF Maria Firmino Mendes localiza-se no centro do município, atende população de 4.726 pessoas cadastradas pelos sete agentes comunitários de saúde. Uma microárea ainda permanece sem agente de saúde. A equipe profissional conta com uma enfermeira, três auxiliares de enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de consultório dentário, três agentes administrativas, um porteiro e uma auxiliar de serviços gerais, além do médico, que é o pesquisador responsável por este estudo. Uma equipe NASF atua na área, contando com uma fisioterapeuta, uma farmacêutica, uma terapeuta ocupacional, um educador físico, uma nutricionista e uma fonoaudióloga¹⁴.

Participaram da pesquisa os usuários atendidos pelo médico da instituição investigada no período, tendo sido avaliados 2.972 usuários que procuraram o ambulatório.

Para avaliar sofrimento psíquico dos usuários atendidos, foi utilizado o *self-report questionnaire*, SRQ-20. O SRQ tornou-se instrumento amplamente utilizado para suspeição diagnóstica dos transtornos mentais comuns. Na versão brasileira, foram retiradas as quatro questões referentes a distúrbios psicóticos, mantendo-se a versão com 20 itens. O SRQ foi traduzido para oito idiomas diferentes, sendo utilizado em vários países. Na década de 1990, o SRQ-20 destacou-se como instrumento de triagem de morbidade psíquica mais utilizado nos estudos brasileiros, apresentando sensibilidade em torno de 83% e especificidade de 80% e revelando-se, ainda, indicador eficaz de morbidade¹⁵.

Neste estudo, o questionário foi aplicado, de forma oral, pela agente administrativa do centro de saúde (estudante de Serviço Social) aos usuários a serem atendidos pelo médico da equipe no período estudado. Cada usuário recebeu uma pontuação, informada ao médico antes do início do atendimento. Usuários com pontuação superior a sete no SRQ-20 foram incluídos no formulário da pesquisa e avaliados de acordo com os critérios da Classificação Internacional de Doenças – 10^a Revisão (CID-10). Os campos do formulário: iniciais, sexo, data de nascimento, classificação, medicação em uso, outros serviços em que é acompanhado (além do CSF) e diagnóstico desse usuário foram então preenchidos de acordo com os critérios da CID-10.

Foram considerados transtornos mentais graves e persistentes aqueles que resultam em incapacitação importante, tais como esquizofrenia, transtornos mentais orgânicos e transtorno bipolar. Transtornos mentais leves a moderados seriam os de recorrência comum, com alguma incapacitação e resposta satisfatória a tratamento fármaco e psicológico como depressão, ansiedade, pânico e transtorno obsessivo-compulsivo¹⁶.

Utilizou-se o termo transtornos mentais comuns para descrever quadros de sintomas múltiplos e inespecíficos, como irritabilidade, nervosismo, dores, fadiga, esquecimento, pouca concentração e memória, assim como manifestações que poderiam caracterizar-se como sintomas depressivos, ansiosos ou somatoformes. Entretanto, o *continuum* e a comorbidade entre essas três síndromes, assim como a indiferenciação entre alguns dos sintomas, motivou o enquadramento transtornos mentais comuns, isto é, indivíduos que não necessariamente preencheram os critérios diagnósticos da CID-10⁵.

O estudo obedece aos preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil¹⁷ e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), conforme protocolo 069/11.

As respostas dos formulários foram transcritas sob a forma de variáveis, de acordo com o Quadro 1, para planilha do programa Microsoft Excel e os dados foram analisados por meio de números absolutos e percentuais¹⁸.

Quadro 1. Análise dos dados.

Variável	Resposta	Observações
Número do questionário	A partir de 001	Conta o total de usuários com queixas de saúde mental
Sexo	1-Masculino; 2-Feminino; 3-Não respondeu	Os que não responderem esta questão serão desconsiderados
Data de nascimento	Calcular a idade em anos a partir da data de nascimento	Os que não responderem esta questão serão desconsiderados
Classificação da queixa de saúde mental	1-Transtorno mental leve a moderado; 2-Grave e persistente; 3-Sofrimento psíquico (quadros com tendência à remissão espontânea)	Os que não responderem esta questão serão desconsiderados
Medicamentos utilizados pelo paciente	0-nenhuma; 1-antidepressivo; 2- antipsicótico; 3-benzodiazepínico; 4-moderador do humor; 5-prometazina/biperideno; 6-anticonvulsivante; 7-outros	Pode-se admitir mais de uma resposta para esta questão
Compartilhado com outro serviço de referência	1-caps ad; 2-caps geral; 3-neurologista; 4-geriatra; 5-emergência/internamento; 6-pediatra; 7-outros	Pode-se admitir mais de uma resposta para esta questão
Diagnóstico em saúde mental	1-ansiedade; 2-depressão; 3-psicose; 4-álcool/drogas; 5-epilepsia; 6- luto; 7-demência; 8-causas orgânicas; 9- bipolar; 10-dependência benzodiazepínica; 14-não foi possível identificar	Pode-se admitir mais de uma resposta para esta questão
Total de atendimentos	Número total de atendimentos realizados pelo médico	
Atendimentos de saúde mental	Número total de atendimentos de saúde mental realizados pelo médico e registrados na planilha	

Resultados

Entre os atendimentos realizados pelo médico da equipe no período (2.972), verificou-se taxa de 19,48% (579) de atendimentos a usuários com queixas relacionadas à saúde mental, dos quais 31,6% (183) eram do sexo masculino e 68,4% (396), do feminino.

A média de idade foi 51,5 anos, variando de 1 ano a 87 anos; 19,5% (113) apresentavam transtorno mental leve a moderado; 34,7% (201), transtorno mental grave e persistente; e 43% (249), sofrimento psíquico (Tabela 2).

Tabela 2. Perfil dos usuários do centro de saúde da família investigado em Caucaia, CE, Brasil, 2011.

Dados	Nº	%
Sexo		
Masculino	183	31,6
Feminino	396	68,4
Total	579	100,0
Classificação		
Leve – moderado	113	19,5
Grave – persistente	201	34,7
Sofrimento psíquico	249	43,0
Álcool-drogas	16	2,8
Total	579	100,0

Os diagnósticos encontrados foram transtorno de personalidade (0,2% - 1); transtorno alimentar (0,3% - 2); transtornos não orgânicos do sono (0,2% - 1); fobias (0,3% - 2); transtorno de ansiedade (11,6% - 67); depressão (11,4% - 66); transtorno afetivo bipolar (1% - 6); transtorno psicótico (6,1% - 35); uso problemático de álcool e/ou drogas (3,1% - 18); transtorno mental orgânico (22,3% - 129); sofrimento psíquico (30,3% - 175); uso inadequado de benzodiazepínicos (12,6% - 73); e diagnóstico indefinido (0,5% - 3). A Figura 1 ilustra esses dados.

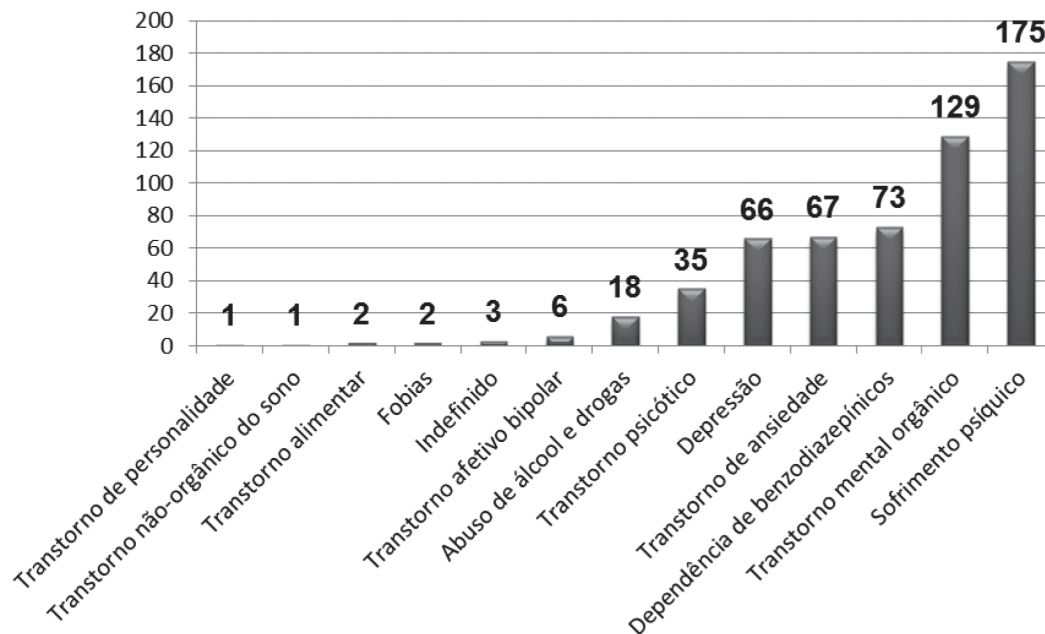


Figura 1. Distribuição dos principais diagnósticos identificados no estudo. Caucaia, CE, Brasil, 2011.

Parte dos usuários eram acompanhados pela Estratégia Saúde da Família (60,1% - 348), outros (39,9% - 231) eram compartilhados pelos centros de atenção psicossocial (CAPS) geral (15,5% - 90), CAPS AD (2,8% - 16), por neurologistas (14,3% - 83), geriatras (6,4% - 37), pediatras (0,3% - 2) ou foram encaminhados para emergência e/ou internamento (0,5% - 3).

Com relação ao uso de medicação, foram identificados 366 (61,2%) indivíduos que faziam uso de medicação psicotrópica, sendo as principais: antidepressivo (37,4% - 137), benzodiazepínico (38,5% - 141), antipsicótico (16,7% - 61), anticonvulsivante (22,4% - 82), anticolinérgico (18,3% - 67), fitoterápico (6,6% - 24) e/ou moderador do humor (1,1% - 4). Desses indivíduos, 71,31% (261) usavam apenas um tipo de medicação; 19,12% (70) usavam dois tipos; 8,5% (31) usavam três tipos; e 1,1% (4) usavam quatro tipos diferentes de medicação psicotrópica. Para 36,8% (213) desses usuários não foi prescrita medicação psicotrópica.

Discussão

Dentre os atendimentos realizados pelo médico da equipe do centro de saúde no período analisado (2.972), a taxa de usuários com queixas de saúde mental encontrada foi de 19,48% (579), o que confirma dados de estudo semelhante¹⁵. Entretanto, o fato de os sintomas apresentados pelos usuários com transtornos mentais comuns nem sempre se adequarem perfeitamente às bases categóricas dos diagnósticos psiquiátricos pode levar ao não reconhecimento do transtorno por parte dos profissionais, que em geral enfocam a queixa somática imediata. Não há consenso sobre a definição de transtorno mental comum. Pode-se, assim, tentar explicar a diferença encontrada entre a prevalência desses transtornos neste estudo (19,5%) e a encontrada em outros estudos na literatura^{6,19}. Outra causa poderia ser o delineamento metodológico deste estudo, que considerou, por exemplo, apenas os atendimentos direcionados ao médico da equipe, não considerando aqueles feitos pela enfermagem.

A dificuldade de se reconhecer os transtornos mentais comuns apresenta como consequências, além da complexidade de acolhimento dessas manifestações de sofrimento, gastos com encaminhamentos e exames desnecessários, desdobramento de subdiagnósticos dessas manifestações e prescrição abusiva de benzodiazepínicos⁶.

Observou-se maior prevalência de atendimentos de saúde mental entre mulheres (68,4%), corroborando dados da literatura, uma vez que um dos achados mais persistentes foi que mulheres apresentaram prevalência de ansiedade e depressão duas a três vezes maior que homens^{20,21}. Destaca-se a associação das desigualdades de gênero e o sofrimento ou comprometimento mental, mediado pela baixa autoestima das mulheres e seu menor controle sobre o meio ou contexto de vida^{22,23}. Além disso, tanto a construção do menor valor dos afazeres das mulheres na sociedade quanto os desgastes e as percepções de pior saúde decorrentes dessas desigualdades de gênero fazem com que mulheres expressem mais facilmente seus sintomas, procurem mais pelos serviços de saúde que os homens e sejam efetivamente tratadas por profissionais de modo diverso^{23,24}.

Entre as faixas etárias mais atendidas estavam os usuários com idade entre 41 e 70 anos, correspondendo a 60% dos casos. Analisando o ciclo de vida de pessoas nessa faixa, percebe-se que esse grupo etário corresponde em geral a casais na meia-idade e/ou famílias envelhecendo, o que pode gerar dificuldades adaptativas importantes. Essas constituem etapas em que os filhos estão crescendo, muitas vezes deixando “o ninho”. Começa-se a repensar a vida, a saúde, a morte, as perdas e o futuro financeiro²⁵. Salienta-se que o delineamento deste estudo não permitiu conclusões de causa e efeito, sendo essa apenas uma hipótese que merece maior investigação.

Ao se analisar os casos do ambulatório em estudo, nota-se que houve predomínio mais acentuado (34,7%) de transtornos mentais graves e persistentes. Tal achado pode estar relacionado ao delineamento do estudo e ao fato de as pessoas com transtornos mais graves buscarem mais pelo serviço de saúde, ao passo que as portadoras de transtornos mais leves buscam pelo serviço, na maioria das vezes, quando o quadro está se agravando e/ou cronificando. Além disso, esses usuários em geral são também acompanhados em outros serviços, usam medicação controlada e, assim, nos processos de triagem conseguem acesso ao atendimento médico mais facilmente. Os casos mais leves, geralmente, são resolvidos pela enfermagem ou não conseguem atendimento.

Em face ao contexto, destaca-se que os CAPS são serviços de saúde municipais e comunitários que oferecem atendimento diário e reinserção social às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, tentando adequar-se à realidade sociocultural de cada região²⁶. Assim, para as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes existe política de saúde mental eficaz em andamento no Brasil. Entretanto, para os transtornos menos graves não há política mais efetiva, levando esses usuários a sofrerem grandes entraves na busca de assistência³.

Salienta-se que os transtornos mais graves necessitam de acompanhamento mais complexo, que envolva a atenção primária e secundária. Os demais podem ser em geral tratados na atenção primária e, em pequena proporção, por especialistas. Os casos de sofrimento psíquico, como luto, dificuldades de ajustamento, problemas afetivos, entre diversos outros, em geral têm tendência à remissão espontânea e necessitam mais de apoio do que de habilidades em saúde mental¹⁶.

Neste estudo registraram-se 2,8% de usuários com uso problemático de álcool e outras drogas. Prevalência distinta da referida pelo Ministério da Saúde, de cerca de 6% a 8%². Entretanto, os instrumentos utilizados neste estudo não são adequados para realizar tal diagnóstico.

No referente à prescrição de psicotrópicos, verificou-se que 63,2% dos usuários foram medicados. Apesar de não haver dados suficientes na literatura sobre a medicalização do sofrimento sem a real indicação para o uso de psicotrópicos, indagou-se sobre o fato de muitos desses usuários não possuírem indicação formal para o uso desses medicamentos.

De acordo com a CID-10 são considerados transtornos mentais orgânicos aqueles cuja etiologia é uma doença ou lesão cerebral ou outro comprometimento que ocasiona a disfunção cerebral. Essa disfunção pode ser primária, como em doenças, lesões e comprometimentos que afetam o cérebro de maneira direta e seletiva; ou secundária, como em doenças e transtornos sistêmicos que atacam o cérebro, bem como qualquer dos múltiplos órgãos ou sistemas envolvidos. São exemplos: demência, AVC, epilepsia, *delirium*, entre outros²⁷.

Diante da alta prevalência de transtornos mentais orgânicos (129 - 22,3%), percebeu-se grande número de usuários em acompanhamento compartilhado por profissionais da neurologia (14,3%). Esse percentual foi aproximado daqueles acompanhados pelos CAPS (18%) do município em que se localiza o centro de saúde investigado.

É inegável a importância da saúde mental no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF) para potencializar a qualidade de vida de usuários, famílias e comunidade. Assim, podem-se prevenir casos de violência e suicídios; pode-se esclarecer a

população, combatendo o preconceito e a segregação social; evitar o abuso e a dependência de benzodiazepínicos; e colaborar para a construção da autonomia de familiares e usuários.

Pela otimização da capacidade resolutive e da credibilidade da ESF evitam-se iatrogenias e constrói-se a desinstitucionalização, de acordo com a reforma da assistência psiquiátrica, com redução de gastos com internações e demanda de centros de atenção psicossocial.

Parte considerável de profissionais de saúde ainda não capacitados para acolher e cuidar dessa demanda acaba estigmatizando usuários como poliqueixosos, psicossomáticos, pitiáticos. Distanciar esses usuários dessas categorias preconceituosas e perceber as necessidades de cuidado e acesso é um desafio para profissionais da atenção primária, assim como para seus processos de trabalho⁵.

As dificuldades que se interpõem ao acesso e cuidado das manifestações de sofrimento que aparecem na APS, tanto por parte dos profissionais quanto da estruturação dos serviços, têm origem diversificada: pouca compreensão a respeito de códigos culturais diferentes para expressar o sofrimento; ausência de capacitações adequadas para as equipes; serviços e profissionais ainda aprisionados no modelo individual e fragmentado de atendimento; prioridade das políticas de saúde mental para as clientela consideradas graves; ausência de metodologias de cuidado e de acesso para a clientela com queixas difusas.

As principais limitações deste estudo estão relacionadas ao fato de terem sido avaliados os atendimentos realizados pelo médico do CSF, o que certamente excluiu do estudo usuários com casos leves. O fato de a avaliação ter sido realizada em um único momento também leva a refletir sobre a exatidão dos diagnósticos psiquiátricos, dado que essas patologias necessitam de longo seguimento, passando por diversas mudanças em diagnósticos e tratamentos. O fato de não terem sido avaliados mais fatores sociodemográficos também constituiu limitação deste estudo.

Conclusões

Este estudo confirma a alta prevalência de usuários com queixas relacionadas à saúde mental em serviços de atenção primária à saúde. Percebeu-se, assim, a necessidade de aprimorar o trabalho nessa área. A implementação de política pública, com implicações socioculturais da proposta da reforma da assistência psiquiátrica brasileira, necessita de articulação intersetorial e de ações que contribuam para alterar as representações sociais sobre sofrimento psíquico e os direitos dos usuários com transtornos mentais.

Referências

1. World Health Organization - WHO. Integrating mental health into primary care: a global perspective. Geneva: WHO/WONCA; 2008.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental e atenção básica. "O vínculo e o diálogo necessários": inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
3. Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2008.
4. Organização Mundial da Saúde - OMS. Relatório sobre a saúde no mundo 2001 – Saúde mental: Nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS; 2001.
5. Fortes S. Transtornos mentais comuns na atenção primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa saúde da família do município de Petrópolis, Rio de Janeiro, Brasil. [Tese]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2004.
6. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (Qualis) no município de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2006; 22(8): 1639-48. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800012>
7. Mello MF, Mello AAF, Kohn R, organizadores. Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil. Porto Alegre: Ed. Artmed; 2007.
8. Busnello EL, Lima B, Bertolote JM. Aspectos interculturais de classificação e diagnóstico. J Bras Psiquiat. 1983; 4: 207-10.
9. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. Br J Psychiatry. 1986; 148: 23-6. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.148.1.23>
10. Iacoponi E. A Psiquiatria na Rede Primária de Saúde. In: Almeida OP, Dratcu L, Laranjeira R. Manual de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Guanabara; 1996. p. 292-300.

11. Fortes S, Villano LAB, Lopes CS. Perfil nosológico e prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes atendidos em unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) em Petrópolis, Rio de Janeiro. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008; 30(1): 32-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006005000066>
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Cidades@ [Internet]. 2010. [citado em 2010 out 11]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/>
13. Caucaia. Secretaria Municipal de Saúde de Caucaia. Relatório Anual de Gestão. Caucaia: SMS; 2010.
14. Tavares ALB, Souza AR, Pontes RJS. Mental health consultation profile in a family health center; 15th World Congress of Psychiatry; 2011, Buenos Aires. Buenos Aires: MCI; 2011. p. 505-505.
15. Fonseca MLG, Guimarães MBL, Vasconcelos EM. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. *Rev APS.* 2008; 11(3): 284-93.
16. Goldberg DG, Gournay KJM. The general practitioner, the psychiatrist and the burden of mental health care. London: Institute of Psychiatry; 1997. Maudsley Discussion Paper, n. 1.
17. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética.* 1996; 4(2 Supl): 15-25.
18. Pagano M, Gauvreau K. Princípios de Bioestatística. São Paulo: Cengage Learning; 2004.
19. Menezes TT, Melo VJ. O pediatra e a percepção dos transtornos mentais na infância e adolescência. *Adolesc Saude.* 2010; 7(3): 38-46.
20. Patel V, Araya R, de Lima M, Ludermir A, Todd C. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Soc Sci Med.* 1999; 49(11): 1461-71. [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00208-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00208-7)
21. Ludemir AB., Lewis G. Links between Social Class and Common Mental Disorders in Northeast Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; 36: 101-107. <http://dx.doi.org/10.1007/s001270050297>
22. Rosenfield S. The effects of women's employment: personal control and sex differences in mental health. *J Health Soc Behav.* 1989; 30(1): 77-91. <http://dx.doi.org/10.2307/2136914>
23. Jenkins R. Sex difference in minor psychiatric morbidity. Cambridge: Cambridge University Press; 1985.
24. Schraiber LB, Oliveira AFPL, Falcão MTC, Figueredo WS. Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, saúde e os direitos humanos. São Paulo: Editora UNESP; 2005.
25. Sartori ACR, Zilberman ML. Revisitando o conceito de síndrome do ninho vazio. *Rev Psiquiatr Clín.* 2009; 36(3): 112-21. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832009000300005>
26. Andrade LOM, Barreto ICHC, Fonseca CD, Harzheim E. A Estratégia Saúde da Família. In: Duncan. *Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseada em Evidências.* 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. cap. 7, p. 88-99.
27. Organização Mundial da Saúde - OMS. Classificação de Transtornos Mentais e de comportamento da CID - 10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Editora Artmed; 1998.

Prevalência de excesso de peso entre estudantes de ensino fundamental de escola pública e privada em Sorocaba, São Paulo, Brasil

Prevalence of overweight among students of public and private elementary and middle schools in Sorocaba, São Paulo, Brazil

Prevalencia de sobrepeso entre los estudiantes de primaria en escuelas públicas y privadas en Sorocaba, São Paulo, Brasil

Inês Maria Pardo. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). doctorpardo@hotmail.com (*Autora correspondente*)

Mariana Pacifico Mercadante. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). marianapmercadante@gmail.com

Mayara Franco Zanatta. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). my.lowin@hotmail.com

Valéria Cristina Santucci Ramos. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). vcsr@ig.com.br

Sandra Dantas Nascimento. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). sandradantas@uol.com.br

José Eduardo Bueno Miranda. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). jebmiranda@uol.com.br

Resumo

Objetivo: Este estudo teve como objetivo avaliar a prevalência de sobrepeso e obesidade em um grupo de estudantes e investigar se há correlação entre IMC (índice de massa corporal) e renda familiar. **Métodos:** Estudo tipo transversal, realizado com 213 estudantes do ensino fundamental de escola pública (EPU) e privada (EPR), com idade entre 10 e 14 anos, aprovado pelo comitê de ética local e mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos estudantes e os responsáveis por eles. Os estudantes foram pesados e medidos e o IMC foi calculado; os dados foram avaliados com base nos gráficos da OMS para IMC conforme o sexo. Os estudantes responderam ao questionário socioeconômico segundo o critério da ABEP. A análise dos dados foi realizada usando o programa SPSS. Foi adotado nível de significância de 5%. **Resultados:** Prevalência global de excesso de peso (sobrepeso) na amostra estudada foi de 41,3%. Na comparação dos resultados isolados, a frequência de excesso de peso foi maior em alunos da escola particular (47,3%) do que nos da escola pública (32,1%), com significância estatística ($p=0,03$). A frequência de excesso de peso nos meninos da EPR foi maior do que nos da EPU (23,3% *versus* 14,3%; $p=0,05$). Nas meninas, verificou-se a mesma tendência, sem, todavia, significância estatística (24,0% *versus* 17,9%; $p=0,18$). Houve correlação positiva entre IMC e renda familiar ($r=0,14$, $p=0,04$). **Conclusão:** Cerca de 40% dos estudantes entrevistados apresentaram excesso de peso, com prevalência maior entre os meninos da escola particular. É relevante o desenvolvimento de estratégias de prevenção da obesidade em todos os níveis da sociedade, pois há potenciais riscos à saúde na vida adulta.

Palavras-chave:

IMC
Índice de Massa Corporal
Adolescentes
Classe Social

Abstract

Objective: The objectives of this study were to evaluate the prevalence of overweight and obesity in a sample of students and investigate the correlation between BMI (body mass index) and family income. **Methods:** A cross-sectional study conducted with 213 primary school students of public (PUS) and private (PRS) schools, aged between 10 and 14 years. This study was approved by the local Ethics Committee, and students and parents who were willing to participate could only do it by signing a consent form. Students were weighed and measured, and the BMI was calculated, the resulting data were evaluated according to the WHO BMI charts related to sex. The students answered a questionnaire on socioeconomic status according to the 'ABEP' charts. Data analysis was performed using SPSS, with 5% significance level. **Results:** The total prevalence of overweight in the sample studied was of 41.3%. Comparing the individual results, the frequency of overweight was higher for private school (47.3%) than for public school (32.1%) children, with statistical significance ($p=0.03$). The frequency of overweight among PRS boys was higher than among the PUS boys (23.3% *versus* 14.3%, $p=0.05$). In girls, the same trend was observed, but with no statistical significance (24.0% *versus* 17.9%, $p=0.18$). There was a positive correlation between BMI and family income ($r=0.14$, $p=0.04$). **Conclusion:** About 40% of the students who participated in the study were overweight, with higher prevalence among private school boys. It is important to establish strategies to prevent obesity at all levels of society, considering the potential health risks for those overweight children when they reach adulthood.

Keywords:

BMI
Body Mass Index
Adolescents
Social Class

Como citar: Pardo IM, Mercadante MP, Zanatta MF, Ramos VCS, Nascimento SD, Miranda JEB.

Prevalência de excesso de peso entre estudantes de ensino fundamental de escola pública e privada em Sorocaba, São Paulo, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013;8(26):43-50.

Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(26\)545](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(26)545)

Conflito de interesses:

declaram não haver.

Recebido em: 30/07/2012

Aprovado em: 16/02/2013

Resumen

Objetivo: Los objetivos de este estudio fueron evaluar la prevalencia del sobrepeso y obesidad en una muestra de estudiantes e investigar si hay correlación entre el IMC (índice de masa corporal) y el ingreso familiar. **Métodos:** Estudio transversal realizado en 213 estudiantes del primaria de escuela pública (EPU) y privada (EPR), con edades comprendidas entre 10 y 14 años. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética local, mediante la firma de un consentimiento informado, libre y claro, por los estudiantes y sus padres. Los estudiantes fueron pesados y medidos y se calculó el IMC; los datos resultantes fueron evaluados de acuerdo con los gráficos de la OMS para IMC para hombres y mujeres. Los estudiantes respondieron a un cuestionario sobre la situación socioeconómica a discreción de ABEP. El análisis de los datos se realizó mediante el programa SPSS, con el nivel de significancia de 5%. **Resultados y discusión:** La prevalencia global de sobrepeso en la muestra estudiada fue de 41,3%. Comparando los resultados de forma aislada, la frecuencia de sobrepeso fue significativamente mayor ($p=0,03$) para los alumnos de las escuelas privadas (47,3%) que para los de escuela pública (32,1%). La frecuencia de sobrepeso entre los varones de EPR fue mayor que entre los de la EPU (23,3% versus 14,3%, $p=0,05$). Se observó la misma tendencia para las niñas pero sin significación estadística (24,0% versus 17,9%; $p=0,18$). Se observó una correlación positiva entre el IMC y el ingreso familiar ($r=0,14$, $p=0,04$). **Conclusión:** Alrededor del 40% de los estudiantes encuestados tenían sobrepeso, con mayor frecuencia entre los niños de la escuela privada. Es relevante el desarrollo de estrategias para prevenir la obesidad en todos los niveles de la sociedad, teniendo en cuenta los riesgos potenciales para la salud en la edad adulta.

Palabras clave:

IMC
Índice de Masa Corporal
Adolescentes
Clase Social

Introdução

A adolescência é caracterizada por intenso crescimento que demanda elevada ingestão proteico-energética que se não for atendida pode trazer consequências adversas ao crescimento. Por outro lado, durante esse período, as práticas alimentares, muito influenciadas pela mídia e modismos que incentivam o consumo de alimentos de maior densidade energética¹, associadas à pouca atividade física², podem contribuir para a obesidade, um problema que vem aumentando mundialmente na população jovem.

No Brasil, o índice de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de 6 a 18 anos de idade na década de 1970 era de 4%, triplicando para 13% no ano de 1997³. Segundo os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008-2009)⁴, a prevalência de sobrepeso foi de 21,5% e a de obesidade, de 5,8% entre adolescentes de 10 a 19 anos. Da mesma maneira, foram observadas prevalências elevadas para sobrepeso e obesidade na Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), realizada pelo IBGE no ano de 2009, com escolares do 9º ano do ensino fundamental das capitais e Distrito Federal, encontrando-se índice de 16% de sobrepeso (14,5% na rede pública e 21,4% na rede privada) e de 7,2% de obesidade (6,5% na rede pública e 9,9% na rede privada). No total, 23,2% dos escolares analisados apresentavam excesso de peso⁵.

A obesidade tem etiologia multifatorial. A questão genética contribui para aproximadamente 25% a 30% dos fatores associados à obesidade⁶. A industrialização tem um papel importante entre os fatores ambientais no quadro atual da obesidade por influenciar no estilo de vida, na alimentação e em outros hábitos da população, por exemplo, na ingestão frequente de *fast food*, de congelados e de outros alimentos pouco nutritivos e muito calóricos, além do sedentarismo favorecido pelas novas tecnologias⁷.

A crescente preocupação com a ocorrência de obesidade relaciona-se, sobretudo, às comorbidades e complicações geradas pelo excesso de peso. De acordo com os estudos de Abrantes et al.⁸ e Oliveira et al.⁹, cerca de 80% das crianças e 58% dos adolescentes obesos tendem a permanecer assim na vida adulta, especialmente se não ocorrer intervenção terapêutica, assim como 70% dos adolescentes com excesso de peso não tratados na infância tornam-se adultos obesos¹⁰. Nessa fase da vida tem sido relatada maior ocorrência de doenças cardiovasculares em indivíduos com obesidade prévia em fases precoces da vida. O excesso de peso é a principal causa de resistência à insulina e associa-se fortemente ao diabetes mellitus tipo 2, além de outros problemas de saúde importantes, como alterações ortopédicas, distúrbios respiratórios, hipertensão arterial, dislipidemias e distúrbios psicossociais¹¹. Doenças que anteriormente eram manifestadas exclusivamente em adultos, como diabetes mellitus tipo 2 e síndrome metabólica, hoje, justificando o impacto da obesidade ainda em idades precoces, surgem como importantes diagnósticos em crianças e adolescentes.

O diagnóstico precoce da obesidade e sobrepeso durante as primeiras décadas da vida é extremamente relevante para a saúde pública, pois o tratamento é mais eficiente nessa fase da vida e demanda menos custos do estado¹². Simples programas de intervenção que preconizam dietas saudáveis, prática de atividades físicas e melhores hábitos de vida familiares parecem ser suficientes para alterar o quadro atual, principalmente de sobrepeso.

Assim, o objetivo deste estudo foi comparar a prevalência de excesso de peso em adolescentes de 10 a 14 anos de idade matriculados na rede de ensino pública e particular e correlacionar o índice de massa corporal (IMC) com a renda familiar.

Métodos

Estudo transversal com a participação de 213 estudantes do ensino fundamental II de escola pública e de escola privada da cidade de Sorocaba, SP, entre 10 e 14 anos. A seleção das escolas foi feita por conveniência, dentro da região central da cidade, com distância menor de 2 km entre as escolas selecionadas, condicionada à permissão dos dirigentes. A escola pública abrangia as classes de 5ª a 8ª séries do ensino fundamental, totalizando 500 alunos na faixa etária de interesse para o estudo matriculados no ano letivo de 2011. A escola particular participante possuía alunos de 5ª a 8ª séries nos turnos da manhã e da tarde, totalizando 715 estudantes.

Para o cálculo do tamanho amostral utilizou-se a comparação de duas proporções, com base no trabalho de Leão et al.¹³ Esse trabalho encontrou prevalência de 8% de obesidade na escola pública e 30% na escola particular. Havendo essas duas proporções, aplicou-se o teste de hipótese bicaudal com nível de significância de 5%, poder do teste de 95%, e verificou-se a necessidade do tamanho amostral mínimo de 80 sujeitos para cada grupo¹⁴.

Para a seleção da amostra foi realizado sorteio de 150 alunos de cada escola: 84 da escola pública e 129 da escola particular concordaram em participar e retornaram o termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelo responsável, totalizando 213 alunos de ambas as escolas.

A classificação social foi obtida através de questionário, segundo critério da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP), de acordo com novo critério 2008¹⁵, que considera existência e quantidade de: televisão, rádio, banheiro, empregada mensalista fixa, DVD, freezer, máquina de lavar roupa, geladeira, automóvel e escolaridade do chefe da casa. A família é enquadrada em um dos nove estratos (A1, A2, B1, B2, C1, C2, D, E), conforme a somatória de pontos. Para fins de análise estatística, reagruparam-se as classes A1 e A2 como nível socioeconômico alto, B1, B2, C1 e C2 como médio e D e E como nível socioeconômico baixo.

A variável renda familiar *per capita* foi avaliada através de duas perguntas (inclusas no questionário socioeconômico) que consideraram a renda familiar média e o número de pessoas que dependiam dessa renda. O resultado foi calculado em salários mínimos.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética da instituição local sob número 743/2011 e a participação dos alunos só ocorreu mediante concordância do responsável, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, conforme determinação 196/96.

Os adolescentes foram pesados em balança antropométrica digital plena, com precisão de 100 g e capacidade de 150 kg, descalços, vestindo bermudas e camisetas de algodão do uniforme escolar. Foram orientados a permanecer parados em posição ortostática com afastamento lateral dos pés, separados pela plataforma. Para avaliação da estatura foi utilizada uma escala métrica de madeira de 2 metros, subdividida em milímetros, fixada à parede. Uma régua de acrílico foi colocada sob o topo da cabeça do adolescente a fim de se obter um ângulo reto com a parede durante a leitura. Os avaliados foram instruídos a permanecer em posição ereta com a cabeça orientada segundo o plano de Frankfurt, paralelo ao solo, joelhos esticados, pés juntos, braços soltos ao longo do corpo e com tornozelos, glúteos e ombros em contato com a parede. A medida foi efetuada em apnéia inspiratória. Todos os dados antropométricos foram mensurados e anotados pela mesma pesquisadora.

A partir dos dados encontrados, realizou-se o cálculo do índice de massa corporal de cada estudante, através da razão da massa (kg) e estatura elevada ao quadrado (m²), sendo $IMC = \text{massa (kg)} / \text{estatura}^2 \text{ (m}^2\text{)}$, analisado de acordo com os gráficos da Organização Mundial da Saúde (OMS) para IMC conforme sexo e idade. Assim, conforme critério da OMS 2007 temos: p 0,1 = magreza acentuada, entre p 0,11-3 = magreza, entre p 3,1-85 = eutrofia, entre p 85,1-97 = sobrepeso, entre p >97,1-99,9 = obesidade e p >99,9 = obesidade grave¹⁶.

O teste de Kolmogorov foi utilizado para verificar a assimetria dos dados e, de acordo com as variáveis estudadas, foram utilizados a média, o erro padrão da média, o coeficiente de correlação de Spearman, o teste de Mann-Whitney e o χ^2 . Adotou-se nível de significância de 5%. As análises foram realizadas com o pacote estatístico SPSS for Windows¹⁷.

Resultados

Dentre os adolescentes avaliados, 40,5% da EPU e 42,6% da EPR eram do sexo masculino e 59,5% da EPU e 57,4% da EPR eram do sexo feminino, sem diferença estatística entre as escolas ($p=0,78$).

As características da população em estudo, no tocante à idade e aos dados antropométricos nas escolas, encontram-se descritas na Tabela 1.

Tabela 1. Idade e medidas antropométricas dos adolescentes de escola pública e escola privada.

Variável	Escola pública		Escola privada	
	Masculino (n=34)	Feminino (n=50)	Masculino (n=55)	Feminino (n=74)
Idade (anos)	12,7±0,17	12,4±0,15	11,4±0,14**	11,8±0,11
Peso (kg)	53,1±2,07	49,3±1,42	48,9±2,04	49,6±1,42
Estatura (m)	1,60±0,01	1,56±0,01	1,52±0,01+	1,54±0,01
IMC (kg/m ²)	20,6±0,70	20,3±0,51	20,8±0,65	20,8±0,43

IMC: índice de massa corporal; valores média ± erro padrão da média. * $p<0,05$ masculino *versus* feminino; ** $p<0,05$ escola pública *versus* escola privada.

Verificou-se que na EPU 65,5% dos adolescentes eram eutróficos, 2,4% apresentavam baixo peso, 12%, sobrepeso e 20,2% eram obesos. Na EPR, 51,2% eram eutróficos, 1,6% apresentavam baixo peso, 18,6%, sobrepeso e 28,7% eram obesos, os mesmos diagnósticos nutricionais, não se observando diferença entre os sexos.

Analisando-se as classificações de sobrepeso e obesidade agrupadas, verificou-se prevalência global de excesso de peso na amostra estudada (Tabela 2) de 41,3%. Nos meninos foi de 47,2% e, nas meninas, de 37,1%. Na comparação dos resultados isolados, a frequência de excesso de peso foi maior para os alunos da escola particular do que para os da escola pública, com significância estatística ($p=0,03$).

Tabela 2. Prevalência de excesso de peso (sobrepeso e obesidade) segundo o tipo de escola pesquisada.

Prevalência de excesso de peso	n	N	%
Alunos da escola pública	27	84	32,1
Alunos da escola particular	61	129	47,3
Total de alunos	88	213	41,3

n=número total de excesso de peso; N=número total de alunos.

Comparando-se sexo e escolas (Figura 1), observou-se maior frequência de excesso de peso entre os meninos da EPR do que entre os da EPU (23,3% *versus* 14,3%; $p=0,05$). Com relação ao grupo das meninas, não houve diferença estatística nas frequências de excesso de peso entre EPR e EPU (24,0% *versus* 17,9%; $p=0,18$).

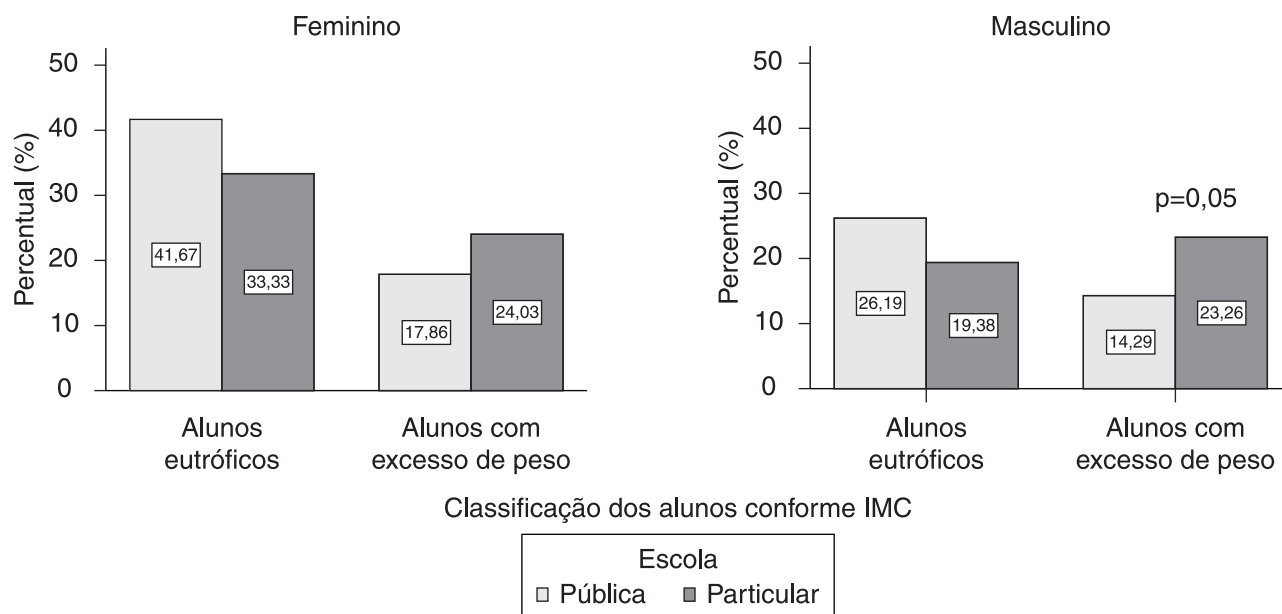


Figura 1. Estado nutricional segundo o índice de massa corporal dos adolescentes de escola pública e particular conforme sexo.

A renda familiar média *per capita* dos alunos da escola particular foi de $1,92 \pm 1,5$ salário mínimo, significativamente superior ($p < 0,01$) à dos alunos da escola pública, que correspondeu a $1,36 \pm 1,1$ salário mínimo.

Houve discreta correlação positiva entre IMC e renda familiar ($r = 0,14$, $p = 0,04$ – Figura 2). Não houve correlação entre IMC e idade dos adolescentes ($p = 0,11$), nem entre o número de aparelhos de TV ($p = 0,45$), DVD ($p = 0,18$) ou automóveis referidos no domicílio ($p = 0,60$).

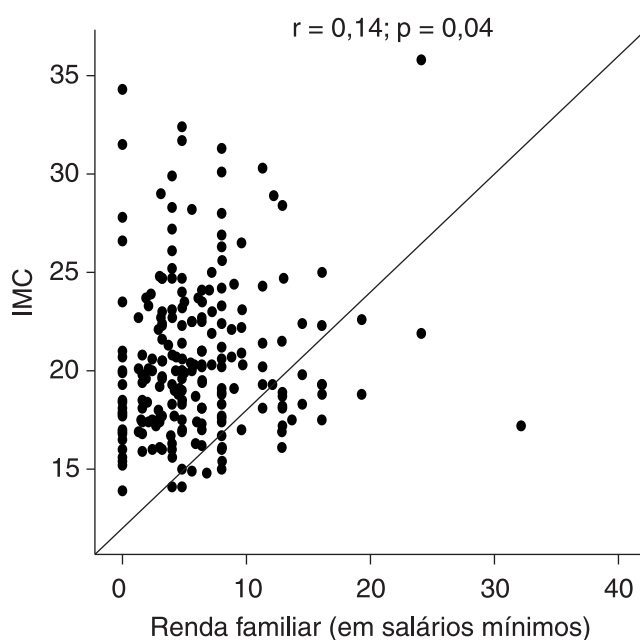


Figura 2. Correlação entre IMC e renda familiar dos entrevistados.

Discussão

Este estudo demonstrou elevada prevalência de excesso de peso nos adolescentes do ensino fundamental, sobretudo os pertencentes à escola privada. Os resultados apontaram também que o IMC associou-se positivamente com a renda familiar, em concordância com estudos recentes. Tendo em vista o preocupante avanço da prevalência do excesso de peso é preciso adotar medidas preventivas em todos os níveis da sociedade; na família, com a escolha saudável de alimentos e dedicação de tempo às atividades físicas; na escola, com o cuidado com os lanches hipercalóricos e o consumo abusivo de refrigerantes; e na sociedade, com campanhas de promoção à saúde que busquem reduzir comorbidades futuras. Estudo realizado por Baker et al.¹⁸ revelou aumento significativo do risco de doença coronariana na vida adulta para cada unidade acrescida no IMC. A obesidade grave ou persistência de excesso de peso por período superior a 3 anos, segundo Pacheco Torres et al.¹⁹, relaciona-se com um risco 48% maior de desenvolvimento de esteatose hepática não alcoólica em crianças.

Neste estudo, a frequência de sobrepeso/obesidade nos adolescentes de ambas as escolas foi de 41,3%; nos meninos foi de 47,2% e, nas meninas, de 37,1%. Esse resultado foi superior ao encontrado em trabalho recente²⁰, que constatou a prevalência de excesso de peso em 35,7% para meninos e 26,2% para meninas. Dados recentes do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)²¹ referentes a 2011 demonstram um grau de obesidade em adultos entre 12,5% (Palmas) e 21,4% (Macapá). Já o excesso de peso variou de 39,8% (São Luís) a 55,4% (Porto Alegre). Esses dados condizem com a realidade encontrada no presente estudo, demonstrando uma preocupante elevação da prevalência de excesso de peso no país. De fato, a prevalência de excesso de peso saltou de 4%, na década de 1970³, para quase 50% em adolescentes.

Os adolescentes da escola privada apresentaram prevalência de excesso de peso significativamente maior do que os da escola pública. Resultados similares foram encontrados também nos estudos de Suñé et al.²² e Vieira et al.²³ Porém nos resultados do presente estudo foi possível constatar prevalências ainda maiores, tanto na escola pública quanto na particular. Em estudo realizado no município de Capão da Canoa, RS²², que avaliou 510 adolescentes entre 11 e 13 anos de idade das redes de ensino pública e privada, foram verificadas prevalências similares em meninos e meninas (27,9% *versus* 21,6%). Quanto ao tipo de escola, a prevalência de sobrepeso em adolescentes do ensino público foi de 23,1%. Em adolescentes do ensino privado, essa prevalência mostrou-se superior (39,2%), porém ainda inferior aos 47,3% encontrados no estudo.

No estudo de Vieira et al.²³, verificou-se que dentre escolares das redes de ensino público e privado do município de Pelotas, RS, na faixa etária de 11 a 17 anos, a prevalência de sobrepeso nos meninos foi de 14,4% e, nas meninas, de 18,5%. Esse estudo também encontrou maior prevalência de excesso de peso em adolescentes da rede particular de ensino. Além disso, nessa mesma pesquisa, os autores acreditam que os alunos da rede privada estejam mais expostos a fatores que contribuem para o excesso de peso, como o uso de aparelhos eletrônicos (celulares, *videogames*, computadores), deslocamentos em carro, consumo de alimentos industrializados, dentre outros.

Destaca-se ainda, nesta pesquisa, que a prevalência de excesso de peso esteve mais elevada entre os meninos. Segundo a literatura, enquanto meninos buscam ganho de peso por meio do aumento da massa muscular, meninas visam corpos mais magros, provavelmente mais influenciadas pelo padrão de beleza exaltado pelos meios de comunicação^{24,25}. Nesse contexto, Frisancho²⁶ sugere que o IMC é um indicador de massa corporal total e não de massa de gordura total; assim, é importante destacar que o índice de massa corporal engloba também massa magra, o que pode contribuir para a prevalência maior de excesso de peso em meninos.

A frequência geral de baixo peso no presente estudo (2,4%) foi menor em comparação a outros estudos. Na Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) verificou-se que, no município do Rio de Janeiro, 7,3% dos escolares apresentavam baixo peso²⁷. Pereira e Veiga²⁸, em Cuiabá, Mato Grosso, encontraram 19,1% de adolescentes com IMC abaixo do percentil 10, enquanto Pereira²⁹, em estudo com adolescentes no município do Rio de Janeiro, encontrou baixo peso em 13,0% das meninas e em 10,0% dos meninos. Por outro lado, estudo de Toral et al.³⁰ encontrou um percentual ainda menor que o do presente estudo em adolescentes com déficit de altura para idade (1,8%). Esse quadro, que está de acordo com o observado no presente estudo, indica a transição do desequilíbrio energético da carência para o excesso nos adolescentes brasileiros.

Outro dado interessante encontrado no presente estudo foi a discreta correlação positiva entre IMC e renda familiar. Estudo de Neutzling et al.³¹ encontrou uma associação direta entre nível socioeconômico e obesidade na adolescência. Avaliando os dados da PNSN, esses autores verificaram em adolescentes pertencentes a famílias com renda familiar *per capita* baixa, intermediária e alta, prevalência de sobrepeso de 5,6%, 8,4% e 15,9%, respectivamente. Dois estudos recentes^{32,33}, divulgados

em 2011, também constataram que no Brasil há um alto índice de sobrepeso vinculado às classes socioeconômicas mais elevadas. Na pesquisa de orçamento familiar do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2009 observou-se que a prevalência de excesso de peso aumenta conforme a elevação da renda⁴. No presente estudo, esta correlação entre IMC e renda familiar foi fraca, provavelmente pela amostragem de conveniência escolhida.

Algumas limitações deste estudo devem ser consideradas. A natureza transversal dos dados não permite estabelecer associação causal entre as variáveis. Outra limitação é a utilização de questionário, que confere caráter subjetivo ao estudo. Por outro lado, estudos transversais são importantes para o direcionamento de futuros estudos prospectivos.

Em síntese, o que mais chamou a atenção no presente estudo foi o significativo excesso de peso, particularmente entre os adolescentes que frequentavam a escola privada, e também relevante naqueles que frequentavam a escola pública. Esse fato está em consonância com o fenômeno da transição nutricional que vem sendo observado no Brasil: os problemas relacionados ao excesso de gordura corporal aumentaram significativamente nas últimas décadas. Levando-se em consideração a alta probabilidade de a obesidade da adolescência permanecer na vida adulta, ocasionando efeitos adversos à saúde, é importante ampliar os estudos sobre essa faixa etária, visando avaliar a dimensão do problema e criar estratégias de prevenção e controle. Deve-se ressaltar o importante papel da escola na implementação de programas educacionais que procurem encorajar a atividade física e os hábitos alimentares adequados. É necessário o envolvimento de pais, professores, alunos e de toda a sociedade nessa discussão, visando desacelerar esse preocupante quadro de aumento da prevalência de excesso de peso na adolescência.

Referências

- Zaida G. A criança, os comerciais de televisão e a cultura alimentar: uma análise crítica. *Educ Soc.* 1992; 43: 505-21.
- Silva RCR, Malina RM. Nível de atividade física em adolescentes do Município de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2000; 16(4): 1091-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2000000400027>
- World Health Organization, International Diabetes Federation. Fight childhood obesity to help prevent diabetes. WHO; 2005. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr81/en/index.html>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa de Orçamento familiar 2008-2009: antropometria e análise do estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa nacional de saúde do escolar. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2009.
- Frisancho AR. Prenatal compared with parental origins of adolescent fatness. *Am J Clin Nutr* 2000; 72: 1186-90.
- Damiani D, Damiani D, Oliveira RG. Obesidade: fatores genéticos ou ambientais? *Pediatr Mod.* 2002; 38(3): 57-80.
- Abrantes MM, Lamounier JA, Colosimo EA. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste. *J Pediatr.* 2002; 78(4): 335-40. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572002000400014>
- Oliveira AMA, Oliveira AC, Almeida MS, Almeida FS, Ferreira JBC, Silva CEP, et al. Fatores ambientais e antropométricos associados à hipertensão arterial infantil. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2004; 48(6): 849-54. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302004000600011>
- Vande Weyer M, Bolterys S, Guzman E. L'approche pluridisciplinaire de l'enfant obèse à l'Internat Diététique de "Clairs Vallons". *Rev Med Brux.* 2005; 26: S215-8.
- Monteiro P, Victora C, Barros F. Fatores de risco sociais, familiares e comportamentais para obesidade em adolescentes. *Rev Panam Salud Publica.* 2004; 16(4): 250-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892004001000004>
- Saldiva SRD, Escuder MML, Venâncio SI, Benicio D'Aquino MH. Prevalence of obesity in preschool children from five towns in São Paulo State, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(6): 1627-32. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000600021>
- Leão LS, Araujo LM, Moraes LT, Assis AM. Prevalência de obesidade em escolares de Salvador, Bahia. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2003; 47: 151-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302003000200007>
- Laboratório de Epidemiologia e Estatística - Lee. São Paulo: Cálculo do tamanho amostral. [acesso em 2011 mar.]. Disponível em: <http://www.lee.dante.br/pesquisa/amostragem/amostra.html>
- Associação Brasileira de Estudos Populacionais - ABEP. O novo critério padrão de classificação econômica Brasil [Internet]. Disponível em: <http://www.viverbem.fmb.unesp.br/docs/classificacaoobrasil.pdf>
- Organização Mundial da Saúde - OMS. OMS growth charts 2007 [Internet]. Disponível em: http://www.189,28.128/nutricao/docs/geral/sisvan_norma_tecnica_crianças.pdf
- SPSS for Windows. release 12.0.0 [computer program]. Chicago: SPSS; 2003.

18. Baker JL, Olsen LW, Sørensen TIA, Sci M. Childhood bodymass index and the risk of coronary heart disease in adulthood. *N Engl J Med.* 2007; 357(23): 2329-37. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa072515>
19. Torres LP, Lamas RP, Arbelo TF, Alonso MCV, Martinez R. Hígado graso no alcohólico en niños obesos. *Rev Cuba Pediatr.* 2006; 78(1).
20. Peres SV, Latorre MRDO, Slater B, Tanaka LF, Silva MVS. Prevalência de excesso de peso e seus fatores associados em adolescentes da rede de ensino público de Piracicaba, São Paulo. *Rev Paul Pediatr.* 2012; 30(1): 57-64.
21. Portal da Saúde. Vigitel 2011 [Internet]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1521
22. Suñé FR, Dias-da-Costa JS, Olinto MT, Pattussi MP. Prevalence of overweight and obesity and associated factors among schoolchildren in a southern Brazilian city. *Cad Saude Publica* 2007; 23: 1361-71.
23. Vieira MF, Araújo CL, Hallal PC, Madruga SW, Neutzling MB, Matijasevich A, et al. Nutritional status of first to fourth-grade students of urban schools in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil. *Cad Saude Publica* 2008; 24: 1667-74.
24. Vilela JE, Lamounier JA, Oliveira RG, Ribeiro RQ, Gomes EL, Barros Neto JR. Assesment of eating attitudes of children and adolescents in Belo Horizonte City. *Psiquiatr Biol.* 2001; 9: 121-30.
25. Conti MA, Costa LS, Peres SV, Toral N. The body dissatisfaction of adolescents: an exploratory research. *Physis.* 2009; 19: 509-28.
26. Frisancho AR. Anthropometric Standards for the assessment of growth and nutritional status. Ann Arbor: University of Michigan Press; 1990.
27. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Educação. II Pesquisa de Saúde e Nutrição em Escolares. Rio de Janeiro; 2000. n. 2, p. 1-4.
28. Pereira SF, Veiga GV. Avaliação do estado nutricional de adolescentes estudantes das Escolas Municipais de Cuiabá - MT. *Pediatr Mod.* 1998; 34(6): 279-90.
29. Pereira RA. Avaliação antropométrica do estado nutricional. In: Sichiari R, editor. *Epidemiologia da obesidade.* Rio de Janeiro: UERJ; 1998. p. 43-64.
30. Toral N, Slater B, Silva MV. Consumo alimentar e excesso de peso de adolescentes de Piracicaba, São Paulo. *Rev. Nutr.* 2007; 20(5): 449-459.
31. Neutzling M, Taddei JA, Rodrigues EM, Sigulem DM. Overweight and obesity in Brazilian adolescents. *Int J Obes.* 2000; 24(7): 869-74.
32. Guedes DP, Rocha GD, Silva AJRM, Carvalho IM, Coelho EM. Effects of social and environmental determinants on overweight and obesity among Brazilian schoolchildren from a developing region. *Rev Panam Salud Publica.* 2011; 30(4): 295-302.
33. Fernandes RA, Christofaro DG, Freitas Junior IF, Cardoso R, Kawaguti SS, Oliveira AR, et al. Socioeconomic status as determinant of risk factors for overweight in adolescents. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011; 16(10): 4051-4057.

Ser diabético na família e na sociedade: a avaliação do adolescente em Itajubá, Minas Gerais, Brasil

Being diabetic in the family and society: the evaluation of adolescents in Itajubá, Minas Gerais, Brazil

Ser diabético en la familia y en la sociedad: la evaluación de los adolescentes en Itajubá, Minas Gerais, Brasil

Rodolfo Souza de Faria. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). rodolfo_sfaria@yahoo.com.br (Autor correspondente)

Camila Martins Fernandes Pereira. Escola de Enfermagem Wenceslau Braz, Itajubá (MG). milamartins_89_2@yahoo.com.br

Maria Isabel Marques Pereira. Escola de Enfermagem Wenceslau Braz, Itajubá (MG). isabelmp@yahoo.com.br

Marcus Vinicius de Carvalho. Escola de Enfermagem Wenceslau Braz, Itajubá (MG). mvcentf@yahoo.com.br

Resumo

Objetivo: Investigar a realidade de adolescentes com diabetes mellitus tipo 1 no convívio familiar e social na cidade de Itajubá, Minas Gerais. **Métodos:** O presente estudo utiliza uma abordagem qualitativa e transversal. Para a coleta dos dados foi realizada uma entrevista semiestruturada com 20 adolescentes, de 11 a 20 anos de idade, de ambos os gêneros, entre os meses de julho e setembro de 2011. **Resultados:** Identificamos uma diversidade de ideias em relação a como os adolescentes convivem com a doença no contexto familiar, as quais variam entre “difícil”, “ruim”, “complicado”, “normal”, “bom”, “acostumado” e “fácil”. Em relação à doença e ao convívio social, os resultados variam entre “difícil”, “normal”, “acostumado”, “complicado”, “ruim” e “depende”. Tanto para o contexto familiar como para o contexto social, a ideia mais citada foi “difícil”. **Conclusões:** Os resultados destacam que, na família, tais dificuldades são superadas quando comparadas às dificuldades no contexto social. Concluindo que o suporte do ambiente familiar é fundamental para um bom desenvolvimento do adolescente com diabetes frente aos problemas da doença.

Palavras-chave:

Adolescente
Diabetes
Família
Sociedade

Abstract

Objective: To investigate the reality of adolescents with type 1 diabetes mellitus, in relation to their family and social life, in the municipality of Itajubá, state of Minas Gerais. **Methods:** The present study used a qualitative and transversal approach. For data collection, semi-structured interviews were conducted with 20 adolescents, 11 to 20 years old, of both genders, between the months of July and September of 2011. **Results:** A range of ideas was identified about adolescents living with the disease in the family context, they varied from “hard”, “bad”, “complicated”, “normal”, “good”, “accustomed to”, to “easy.” In relation to the social background of the disease, the results varied from “hard”, “normal”, “accustomed to”, “complicated”, “bad”, to “it depends on.” In both family and social contexts, the idea most frequently cited was “difficult”. **Conclusions:** the results highlight that, in the family, such difficulties are overcome when compared to the difficulties in the social context. It was possible to conclude that family support is crucial for the successful development of adolescents with diabetes facing problems of the disease.

Keywords:

Adolescents
Diabetes
Family
Society

Resumen

Objetivo: Investigar la realidad de los adolescentes con diabetes Mellitus tipo 1, en la vida familiar y social en la ciudad de Itajubá, Minas Gerais. **Métodos:** En este estudio utiliza un enfoque cualitativo y transversal. Para la recolección de datos se llevó a cabo una entrevista semiestruturada con 20 adolescentes, de 11 a 20 años de edad, de ambos sexos, entre los meses de julio a septiembre de 2011. **Resultados:** se identificó pluralidad de ideas acerca de cómo los adolescentes conviven con la enfermedad en el contexto familiar, que varió entre “difícil”, “malo”, “complejo”, “normal”, “bueno”, “acostumbrado” y “fácil”. En relación con la enfermedad y la interacción social, los resultados variaron entre “difícil”, “normal”, “acostumbrado”, “complejo”, “malo” y “depende”. Tanto para el contexto familiar como para el social la idea más citada fue “difícil”. **Conclusiones:** Los resultados plantean que las dificultades de convivir con diabetes son más fácilmente superadas en el contexto familiar que en el social. Se concluye que el apoyo del entorno familiar es esencial para el adecuado desarrollo de los adolescentes con diabetes frente a los problemas de esa enfermedad.

Palabras clave:

Adolescente
Diabetes
Família
Sociedad

Como citar: Faria RS, Pereira CMF, Pereira MIM, Carvalho MV. Ser diabético na família e na sociedade: a avaliação do adolescente em Itajubá, Minas Gerais, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013;8(26):51-7. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(26\)643](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(26)643)

Conflicto de intereses:

declaram não haver.
Recebido em: 07/10/2012
Aprovado em: 16/02/2013

Introdução

Atualmente, a diabetes atinge cerca de 246 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo responsável pela morte de 3,8 milhões de pessoas ao ano. Já no Brasil estima-se que haja 10 milhões de pessoas acometidas pela doença, sendo que há previsões de que esse valor aumente de 25% a 50% nos próximos anos¹. É uma síndrome resultante de metabolismo defeituoso de carboidratos, lipídeos e proteínas, causada tanto pela ausência de secreção de insulina quanto pela diminuição da sensibilidade dos tecidos à insulina²⁻⁴.

Uma de suas classificações, a diabetes mellitus tipo 1, é uma doença crônica com grande incidência em adolescentes. A doença altera significativamente o cotidiano juvenil, seja no contexto familiar, seja no social⁵.

Para Sales et al.⁶, as mesmas manifestações fisiológicas presentes nos adultos serão vivenciadas nos adolescentes e o convívio social e familiar é afetado da mesma maneira. O jovem diagnosticado com uma doença crônica como diabetes mellitus tipo 1 vê sua perspectiva de construção de autonomia e identidade bloqueadas pelo fato de ter que ajustar-se a hábitos diários de autocuidado, como alimentação regrada e, exercício físico diário. Para o indivíduo, esta atitude significa abster-se da convivência social, se restringindo-se muitas vezes apenas ao convívio familiar^{5,7}. Dessa forma a família será fundamental para que esse adolescente se desenvolva psicologicamente e socialmente, de modo a inserir-se e conviver no âmbito social, sendo as influências recíprocas, como num grupo primário de relacionamentos e articulação entre membros, onde cada um é interdependente, de maneira que quando um é influenciado por qualquer fator interno ou externo, influenciará toda a dinâmica familiar. Zanetti e Mendes⁸ completam afirmando que o contexto familiar influencia fortemente o estado de saúde de cada indivíduo e este, por sua vez, influencia o modo pelo qual a unidade familiar funciona.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo é investigar a realidade de adolescentes portadores de diabetes mellitus tipo 1 no convívio familiar e social, na cidade de Itajubá, Minas Gerais.

Metodologia

Este é um estudo de abordagem qualitativa do tipo transversal. Os sujeitos foram identificados e selecionados a partir do cadastro no programa Hiperdia da Policlínica Doutor Gaspar Lisboa, localizada no município de Itajubá, Minas Gerais. Foram encontrados 36 adolescentes cadastrados, sendo que o critério de escolha foi os que se localizavam mais próximos do centro do município de Itajubá. A amostra foi previamente determinada, composta de 20 adolescentes entre 10 e 20 anos de idade de ambos os gêneros, portadores de diabetes mellitus tipo 1, caracterizados na Tabela 1. Foram utilizados dois instrumentos, o primeiro para caracterização do adolescente e o segundo um roteiro de entrevistas semiestruturado cujas respostas foram gravadas e, após transcrição, apagadas. As perguntas foram as seguintes: a) Para você, como é conviver com sua família (pessoas que moram no mesmo domicílio) sendo portador de diabetes? b) Para você, como é conviver na sociedade (família estendida, escola, igreja, festas...) sendo portador de diabetes?

Os dados foram analisados sob o referencial das representações sociais (RS), utilizando o discurso do sujeito coletivo (DSC) como método para a construção dos significados, o que permitiu a aproximação com o fenômeno em estudo. De acordo com Lefèvre e Lefèvre⁹, o discurso do sujeito coletivo é um discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto pelas expressões chave (ECH) que têm a mesma ideia central (IC). O DSC é o pensamento de um grupo ou coletividade e aparece como se fosse um discurso individual.

Este trabalho seguiu os princípios da Resolução n. 196/96, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz, da cidade de Itajubá, MG (protocolo n. 625/2011).

Da análise do discurso tivemos sete IC para o primeiro tema (convivência com diabetes na família), sendo que o DSC nos permite agrupar as IC que sejam sinônimos, semelhantes e complementares com a finalidade de fortalecer o discurso, o que nos permitiu unir algumas ideias centrais, passando de sete para quatro ideias centrais no primeiro tema e de seis para duas no segundo tema (convivência de diabetes na sociedade).

Tabela 1. Caracterização do adolescente considerando as variáveis: gênero, idade, tipo de família, tempo que é portador (N = 20).

Variável	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
GÊNERO		
Masculino	11	55
Feminino	9	45
IDADE		
10	1	5
11	1	5
12	1	5
13	1	5
14	1	5
15	2	5
16	3	15
17	1	5
18	1	5
19	3	15
20	5	15
TIPO DE FAMÍLIA		
Nuclear	18	85
Estendida	2	10
Monoparental	1	5
TEMPO QUE É PORTADOR		
6 meses a 1 ano	4	20
1 a 2 anos	5	25
2 a 3 anos	4	15
Acima de 3 anos	7	35

Fonte: Dados do Programa Hiperdia do município de Itajubá, MG.

Resultados e discussão

Na primeira etapa da pesquisa realizou-se a caracterização dos entrevistados e foram obtidos os seguintes dados: 11 adolescentes eram do gênero masculino e 9, do gênero feminino, 18 pertenciam ao tipo de família nuclear, 2 ao tipo de família estendida e 1 ao tipo monoparental, 17 relataram existirem familiares com diabetes e 3 não existirem familiares com diabetes.

O tema 1 – significado de ser adolescente diabético na família (foi constituído pela seguinte pergunta):

Para você, como é conviver com sua família (pessoas que moram no mesmo domicílio) sendo portador de diabetes?

A partir dele foram obtidas sete ideias centrais: difícil, normal, ruim, fácil, bom, complicado e acostumado. As ideias centrais iguais, semelhantes e complementares foram agrupadas com o objetivo de fortalecer o discurso do sujeito coletivo. Ao final resultaram quatro IC: difícil com uma frequência de 11, normal com 7 sujeitos, ruim com 6 e fácil com 4 adolescentes, representados na Figura 1.

Nos resultados foi possível observar que nem sempre as mudanças são vistas como positivas e isso é evidenciado pela ideia central mais frequente, que foi “é difícil”. Essa ideia abrange desde a dificuldade dos adolescentes em aceitar certa perda da autonomia, a mudanças na alimentação e até aceitação da doença. A adolescência é um período de vulnerabilidade física e emocional, é provável que haja maior dificuldade para a incorporação de comportamentos de adesão ao tratamento^{9,10,16,20}.

Isso é comprovado pelo seguinte discurso:

Quando descobri, eu chorava muito, demorei pra aceitar a minha diabetes... Minha mãe fica pegando muito no meu pé... E eu saio do meu regime sempre. Foi muito difícil me acostumar com a nova alimentação, porque eu gosto muito de doce, refrigerante [...]

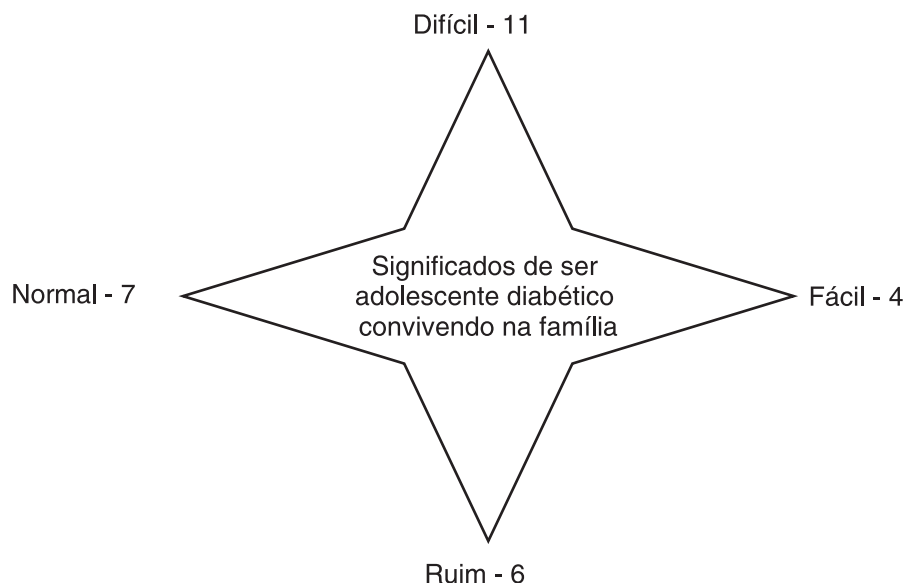


Figura 1. Significado de ser adolescente diabético na família. Ideias centrais do significado de ser adolescente diabético na família. Fonte: dados da pesquisa

Resta e Motta¹¹ afirmam que os adolescentes passam por várias situações e uma delas é o anseio de serem independentes dos pais, lutam para que sua identidade seja concretizada, bem como seus projetos e vontades. Isso acontece por os adolescentes entenderem que podem decidir e adotar atitudes em relação à própria vida, mesmo que para isso tenham que contrariar os pais. E essa situação é relatada no seguinte discurso:

[...] Então era como [se] quisessem mandar na minha vida e eu tivesse que fazer as coisas que eles mandassem e eu não via que aquilo era bom pra mim, é difícil [...]

A segunda ideia central foi “Normal”. Sendo que a descoberta do DM 1 em um adolescente requer a incorporação de novos hábitos como o uso da insulina, a realização do teste de glicemia e a incorporação da atividade física diária^{9,14,19,21,22}. Essa afirmação pode ser comprovada no seguinte discurso:

[...] Para mim, hoje em dia, é normal. Faço meu regime, tomo medicamento, onde for preciso, meu pai vai junto [...]

A terceira ideia central relatada foi “É ruim”. A negação inicial da doença encontrada na primeira ideia central surge novamente no seguinte discurso:

Bom, no começo foi meio ruim, eu não queria aceitar a doença muito não... Não me alimentava muito bem... É ruim também porque eles ficam implicando com o que como, não pode cair, não pode machucar. Fico com vontade de comer o que eles estão comendo, mas eu não posso. A minha comida é toda diferente [...]

A descoberta do diabetes em um adolescente requer, além da incorporação de novos hábitos, uma aceitação da condição de portador de diabetes que por vezes é entendida como uma doença e impõe limitações, pois coloca a pessoa numa condição crônica^{11,18,23,24}.

A quarta ideia central relatada pelos adolescentes foi “Fácil”. A convivência do adolescente diabético na família é mais fácil e menos impactante para ele, visto que nessa estrutura existem pessoas que o conhecem melhor e o apoiam, assim as dificuldades iniciais são superadas pelo convívio familiar.

Resta e Motta¹¹ acreditam que a família tem importante contribuição na adolescência como instância apoiadora, pois se constitui como um contexto em que ele pode se sentir amado, protegido, acolhido e respeitado. Assim, a sua patologia pode ser superada. Segundo Santos e Enumo¹³, jovens adolescentes diabéticos não percebem suas dificuldades em relação à adesão ao tratamento, acreditando que se empenham suficientemente, buscando resolver os conflitos decorrentes do tratamento da doença. Essa realidade é vista nesta pesquisa pelo seguinte discurso:

É fácil porque eles me ajudam e me apoiam [...]

O tema 2, o significado de ser adolescente diabético na sociedade, foi constituído pela seguinte pergunta: Para você, como é conviver na sociedade (família estendida, escola, igreja, festas...) sendo portador de diabetes?

Desta pergunta surgiram seis IC, sendo elas: difícil, normal, acostumado, complicado, ruim e depende. Da mesma maneira que no tema 1, as ideias sinônimas, complementares e semelhantes foram agrupadas. Ao final, obtiveram-se duas IC: difícil, com uma frequência de 15 adolescentes, e normais, com uma frequência de 11 adolescentes, representados na Figura 2.



Figura 2. Significado de ser adolescente diabético na sociedade. Ideias centrais do significado de ser adolescente diabético na sociedade. Fonte: dados da pesquisa.

O convívio social desse adolescente diabético é difícil, muitas vezes pelo fato de a sociedade não estar preparada para acolher e dar suporte, seja pela falta de ambientes estruturados para esse público, seja pelo fato de muitas pessoas ainda não entenderem ou apoiarem essa realidade. Diferentemente do convívio familiar, que é mais estruturado e capaz de ajudar significativamente esses adolescentes a superarem todo esse contexto.

Fragoso et al.¹² relatam que a ausência de uma equipe multiprofissional leva à vulnerabilidade dos serviços de saúde para diabéticos no que diz respeito à adoção de um estilo de vida saudável. Infelizmente, poucos municípios brasileiros possuem centros especializados com uma equipe multiprofissional para o atendimento do diabetes mellitus tipo I e tampouco esses sujeitos ficam ressignados aos ambulatórios. Esse fato foi evidenciado pelo seguinte discurso:

Na sociedade é mais difícil, o relacionamento com as pessoas de fora é difícil, porque não é todo lugar que eu vou que tem os alimentos adequados pra mim, eu vou ao supermercado, não tem as coisas que eu preciso, eu vou numa festa, não tem nada que um diabético possa comer ou beber, dificilmente tem um refrigerante diet ou alguma coisa assim [...]

A segunda ideia central relatada pelos adolescentes foi “Normal”. Os adolescentes gostam de sentirem-se iguais aos seus pares; eles buscam constantemente viver dentro da normalidade apregoada pela sociedade, por isso, apesar de conviverem com limitações no cotidiano, advindas do controle metabólico do DM 1, demonstraram com sua fala que estão buscando enfrentar e seguir o seu tratamento e continuar vivendo como pessoas normais. Portanto, as estratégias de enfrentamento utilizadas por eles são: encarar a rotina, apreender a lidar com as contingências do diabetes e seguir o tratamento corretamente^{12,13,15,17,20,25}.

Constatou-se essa ideia com o seguinte discurso:

É normal, em festas assim, não ter os alimentos que eu posso comer, mas eu frequento os lugares já sabendo disso e eu como aquilo que eu posso comer e bola pra frente, né? Bebida alcoólica, essas coisas eu não bebo e os amigos são normais, já sabem e nem insistem comigo. Na escola, não tem nenhum preconceito por parte deles e no que eles podem me ajudar eles me ajudam [...]

Conclusão

O trabalho identificou que as ideias centrais tanto no significado de ser um adolescente diabético no convívio familiar quanto no convívio social é difícil para a maior parte dos adolescentes, porém no contexto familiar tais dificuldades são amenizadas quando comparadas com a convivência em sociedade. Visto que o ambiente familiar é composto por pessoas que o ajudam a superar as dificuldades iniciais, auxiliando na superação na convivência social.

Também foi possível observar que em nenhum dos relatos houve a menção da equipe de saúde como uma ferramenta de apoio, seja em âmbito hospitalar, seja na Atenção Primária.

Outro fato relevante encontrado é a falha evidente do programa Hiperdia, que direciona a maioria de suas ações para adultos e idosos com diabetes tipo 2, não abrangendo a faixa etária dos adolescentes, fato observado tanto em estudos anteriores quanto no presente trabalho.

Sugere-se que enquanto profissionais, atuando na Atenção Primária a Saúde ou em ambiente hospitalar, devemos ter uma visão holística do jovem adolescente diabético, não ignorando que eles, apesar de toda sua vitalidade, também podem vir a ter uma doença crônica e precisar de apoio.

Dada a relevância da temática, não se pretende esgotá-la no presente estudo. Os adolescentes diabéticos estão cada vez mais presentes, tanto no âmbito familiar quanto no social. Assim, o presente artigo aponta que outros estudos sejam desenvolvidos, contemplando a relação de apoio da família para com os adolescentes, bem como abordando o significado de ser familiar de um adolescente diabético.

Referências

1. Instituto da Criança com diabete. Aspectos epidemiológicos. Rio Grande do Sul, fev. 2010. [acesso em 2010 mar.]. Disponível em: <http://www.icdrs.org.br/aspectos.php>
2. Contran RS, Kumar V, Robbins SL. Patologia estrutura e funcional. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p. 528-555.
3. Guyton AC, Hall JE. Tratado de fisiologia médica. 11th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011. p. 450-478.
4. Raff H, Strang KT, Widmaier EP. Regulação do metabolismo orgânico e balanço energético: Os mecanismos das funções corporais. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 2006. p. 582-616.
5. Dianne K, Palladino BS, Helgeson VS. Friends or Foes? A Review of Peer Influence on Self-Care and Glycemic Control in Adolescents With Type 1 Diabetes. *J Pediatr Psychol*. 2012; 37(5): 591-603. <http://dx.doi.org/10.1093/jpepsy/jss009>
6. Sales CA, Tironi NM, Artibale EF, Silva MAP, Violin MR, Castilho BC. O cuidar de uma criança com diabetes mellitus tipo 1: concepções dos cuidadores informais. *Rev Eletr Enferm*. 2009. [acesso em 2010 Jun.]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a13.htm>
7. Fonseca ALB, Tavares VSA, Aquino AC, Mariano MSS, Silva EG. Reflexões sobre as repercussões da Diabetes no comportamento adolescente. *Psicol Foco*. 2009, 2(1): 58-65.
8. Zanetti ML, Mendes IAC. Análise das dificuldades relacionadas às atividades diárias de crianças e adolescente com Diabetes Mellitus tipo 1: Depoimento de Mães. *Rev Latino-Am Enferm*. 2011, 9(6): 25-30. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692001000600005>
9. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso de Sujeito Coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: EdUCS; 2005.
10. Novato TS, Grossi SAA, Kimura M. Qualidade de vida e auto-estima de adolescentes com diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm*. 2008; 21(4): 562-67. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000400005>
11. Resta DG, Motta MGC. Método criativo e sensível e o processo de adolescer na família. In: Elsen I, Souza AIJ, Marcon SS, organizadores. *Enfermagem à família: dimensões e perspectivas*. Maringá: UEM; 2011. p. 237-244.
12. Fragoso LVC, Araújo MFM, Lima AKG, Freitas RWJF, Damasceno MMC. Vivências cotidianas de adolescentes com diabetes mellitus tipo 1. *Texto Contexto Enferm*. 2010; 19(3): 443-51. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000300005>
13. Santos JR, Enumo SRF. Adolescentes com Diabetes Mellitus Tipo 1: Seu Cotidiano e Enfrentamento da Doença. *Psicol Reflex Crit*. 2003; 11(3): 59-62. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722003000200021>
14. Serra ASL, Mota MSFT. Projeto acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília: ABEn/ Governo Federal; 2000. p. 57-58.
15. Rodrigues CRF. Famílias como unidade do cuidado em saúde: subsídios para o ensino/prática em graduação. In: Ohara ECC, Saito RXS. *Saúde da Família: Considerações Teóricas e Aplicabilidade*. São Paulo; 2008. p. 77-102.
16. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

17. Mendes IAC, Ribeiro PK, Zanetti LM. O desafio para o controle domiciliar em crianças e adolescentes diabéticas tipo1. *Rev Latino-Am Enferm.* 2001; 9(4): 32-36. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692001000400006>
18. Moreira PL, Dupas G. Vivendo com o diabetes: a experiência contada pela criança. *Rev Latino-Am Enferm.* 2006; 14(1): 25-32. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000100004>
19. Fraige FF. Dia mundial do diabetes - 2009. *Diabetes clinica revista multidisciplinar do diabetes e das patológicas associadas.* São Paulo: IPE; 2009. v. 13, n. 3, p. 203-07.
20. Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa.* 2002, 4 ed. São Paulo.
21. Góes APP, Vieira MRR, Liberatore Júnior RDR. Diabetes mellitus tipo 1 no contexto familiar e social. *Rev Paul Pediatr.* 2007; 25(2): 124-28. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822007000200005>
22. Costa EMA, Carbone MH. A ética nas visitas domiciliares e nas atividades comunitárias. In: Costa EMA. *Saúde da Família: Uma abordagem multidisciplinar.* 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2009. p. 39-46.
23. Brevidelli MM, Domenico EBL. *Trabalho de Conclusão de Curso: Guia Prático para Docentes e Alunos da Área de Saúde.* São Paulo: Iátria; 2006.
24. Alencar DC, Alencar AMPG. O papel da família na adaptação do adolescente diabético. *Rev RENE.* 2009; 10(1): 19-28. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/415>
25. Hilliard ME, Holmes CSR, Maher K. Disentangling the Roles of Parental Monitoring and Family Conflict in Adolescents' Management of Type 1 Diabetes. *Health Psychol.* 2012. <http://dx.doi.org/10.1037/a0027811>

Prevalência de retinopatia diabética em pacientes atendidos pela Estratégia Saúde da Família no município de Ananindeua - PA

Prevalence of diabetic retinopathy in patients assisted by a unit of Family Health Strategy in the city of Ananindeua, Brazil

Prevalencia de la retinopatía diabética en pacientes atendidos por la Estrategia de Salud Familiar en el municipio de Ananindeua - PA

Dyndara Rodrigues Pedrosa. Universidade Federal do Pará (UFPA). dynda_@hotmail.com (Autora correspondente)

Emanuelle Oliveira Lemos. Universidade Federal do Pará (UFPA). emanuelle.med.ufpa@hotmail.com

Débora Cristina de Abreu Gonçalves. Universidade Federal do Pará (UFPA). deboracnut@hotmail.com

Perla Suely Gaia Raniéri. Universidade Federal do Pará (UFPA). perlaraniéri@yahoo.com.br

Carla Andréa Avelar Pires. Universidade Federal do Pará (UFPA). carlaavelarpires@bol.com.br

Valter Resende de Paiva. Universidade Federal do Pará (UFPA). valter_paiva@hotmail.com

Resumo

Objetivo: Identificar a prevalência de retinopatia diabética (RD) em pacientes atendidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) de Ananindeua, Pará. **Métodos:** Este é um estudo do tipo seccional com 40 pacientes portadores de Diabetes Mellitus (DM) cadastrados no programa HIPERDIA e assistidos pela ESF de Ananindeua. Os selecionados foram submetidos a um questionário padronizado domiciliar e responderam questões quanto ao conhecimento, evolução e complicações do DM e da RD, além de dados socioeconômicos. Na etapa seguinte, um médico oftalmologista voluntário realizou fundoscopia e detectou os portadores da RD que, em seguida, foram encaminhados para um centro especializado para receber o tratamento específico. Desses pacientes, 9 foram excluídos da pesquisa por não comparecerem na unidade para realizar a fundoscopia. **Resultados:** A prevalência de RD encontrada foi de 40,7%, sendo que 4 pacientes tiveram sua análise prejudicada devido à presença de catarata, portanto só foi possível fazer avaliação em 27. Fatores associados com RD, após análise das variáveis, foram: tempo de conhecimento do diagnóstico de ser portador de DM, tipo de DM e RD não proliferativa. **Conclusão:** Este estudo piloto ressalta a importância da atenção primária no acompanhamento dos pacientes diabéticos, e da orientação aos servidores da saúde pública quanto à necessidade do encaminhamento periódico dos diabéticos ao oftalmologista.

Palavras-chave:

Retinopatia Diabética
Diabetes Mellitus
Estratégia Saúde da Família

Abstract

Objective: To identify the prevalence of diabetic retinopathy (DR) in patients served by the Family Health Strategy (FHS) of Ananindeua, Brazil. **Methods:** This was a cross-sectional study with 40 patients with diabetes mellitus (DM) enrolled in the HIPERDIA program and assisted by the FHS of Ananindeua. Those selected were subjected to a standardized questionnaire at home and answered questions about the knowledge, outcomes and complications of DM and DR, and socioeconomic data. In the next step, a volunteer ophthalmologist performed ophthalmoscopy and found those with DR, who were sent to a specialized center to receive treatment. Of these patients, 9 were excluded because they did not attend the unit to perform ophthalmoscopy. **Results:** The prevalence of DR was found to be 40.7%; however, 4 patients had impaired their analysis due to the presence of cataracts, so it was only possible to do evaluation in 27. Factors associated with DR, after analysis of the variables were the time to the patients be aware of the diagnosis of DM, type of DM and non-proliferative DR. **Conclusion:** This pilot study underscores the importance of primary care in monitoring diabetic patients and guidance to the professionals of public health about the need for periodic referral of diabetic patients to ophthalmologists.

Keywords:

Diabetic Retinopathy
Diabetes Mellitus
Family Health Strategy

Resumen

Objetivo: Identificar la prevalencia de la retinopatía diabética (RD) en pacientes atendidos por la Estrategia de Salud Familiar del Ananindeua, Pará. **Métodos:** Este es un estudio de la sección con 40 pacientes con diabetes mellitus (DM) inscritos en el programa HIPERDIA y acompañado por ESF del Ananindeua. Los seleccionados fueron sometidos a un cuestionario estandarizado en sus casas y respondieron a preguntas sobre el conocimiento, la evolución y las complicaciones de la RD y los datos socioeconómicos. En el siguiente paso, un oftalmólogo voluntario realizó fondo de ojo y encontró que aquellos con RD, y luego fueron derivados a un centro especializado para recibir tratamiento. De estos pacientes, 9 fueron excluidos del estudio por no asistir a la unidad para realizar fondo de ojo. **Resultados:** La prevalencia de RD se encontró que era del 40,7%, y 4 pacientes tenían afectada su análisis debido a la presencia de cataratas, por lo que sólo era posible para evaluar 27. Los factores asociados con RD, tras el análisis de las variables, eran: tiempo para estar al tanto del diagnóstico de diabetes, tipo de diabetes y la retinopatía diabética no proliferativa. **Conclusión:** Este estudio piloto subraya la importancia de la atención primaria en el seguimiento de los pacientes diabéticos, la salud y orientación a los funcionarios sobre la necesidad de derivación periódica de los diabéticos a un oftalmólogo.

Palabras clave:

Retinopatía Diabética
Diabetes Mellitus
Estrategia de Salud Familia

Como citar: Pedrosa DR, Lemos EO, Gonçalves DCA, Raniéri PSG, Pires CAA, Paiva VR. Prevalência de retinopatia diabética em pacientes atendidos pela Estratégia Saúde da Família no município de Ananindeua - PA. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013;8(26):58-63. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf7\(23\)394](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf7(23)394)

Conflicto de intereses:

declaram não haver.
Recebido em: 16/08/2011
Aprovado em: 30/06/2012

Introdução

O Diabetes Mellitus (DM) é uma das principais doenças crônicas que acomete populações em todo o mundo, de diferentes níveis sociais e econômicos. A prevenção, o diagnóstico e o tratamento vêm se tornando alvos da Saúde Pública, devido ao crescente aparecimento de novos casos. A incidência da DM tipo 2 aumentou consideravelmente no mundo atual devido: ao maior consumo de dieta hipercalórica; ao aumento da expectativa de vida e da taxa de urbanização; e a mudanças do estilo de vida. Além disso, esses fatores são associados às alterações genéticas a que todos os pacientes estão susceptíveis¹.

Algumas patologias se associam ao diabetes, como, por exemplo, a retinopatia, a neuropatia e a nefropatia. A Retinopatia Diabética (RD) é a principal causa de cegueira entre os diabéticos²⁻⁴. Esta complicação ocorre devido à grande concentração de glicose na circulação sanguínea, o que lesa os vasos sanguíneos que nutrem a retina. A diminuição da disponibilidade de vasos fisiologicamente normais que possam nutrir e oxigenar a retina provoca hipóxia tecidual, o que resulta em uma diminuição da acuidade visual ao longo dos estágios dessa patologia⁵.

Atualmente são escassos os estudos referentes à prevalência de RD no Brasil. Estudos feitos em distintas regiões do país demonstram prevalência da RD variando de 24% a 39,4%, sendo mais frequente em pacientes que residem em regiões metropolitanas. Através de inferências estatísticas, hoje se estima um número aproximado de 2 milhões de brasileiros com RD, levando em conta que uma parte desses indivíduos terá alguma perda visual relacionada à doença⁶. Estima-se que 50% dos pacientes portadores de DM sejam afetados pela RD, sendo responsável por 7,5% das causas de incapacidade de adultos para a prática do trabalho e por 4,58% das deficiências visuais⁵.

Apesar da grande prevalência e incidência da RD, a quantidade de centros que proporcionam os equipamentos e profissionais qualificados para o diagnóstico pode ser considerada ainda insuficiente. No Brasil, estima-se que existam 48.707 ambulatoriais oftalmológicos. Destes, 3.419 (7%) atendem a população que utiliza o SUS e somente 52 (1,52%) destes ambulatorios do SUS, estão no Estado do Pará⁷. A magnitude da DM e suas sequelas, bem como a baixa cobertura de profilaxia para as suas complicações, faz com que seja de suma importância a realização de pesquisas sobre RD que acomete os usuários do SUS⁸.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), além de ser uma importante fonte de acesso e cuidado para a população assistida, deve contribuir para detectar de forma precoce as complicações ocasionadas pelo DM, como a RD⁷.

O presente estudo teve como objetivo identificar a prevalência de retinopatia diabética em pacientes atendidos pela Estratégia Saúde da Família Cidade Nova VI no município de Ananindeua-Pa.

Metodologia

Este é um estudo com delineamento epidemiológico do tipo seccional, observacional, de natureza descritiva. A pesquisa foi realizada de agosto de 2010 a fevereiro de 2011, com uma amostra de conveniência, constituída de 40 pacientes portadores de Diabetes Mellitus cadastrados e tratados no programa HIPERDIA da Estratégia Saúde da Família Cidade Nova VI, localizada no município de Ananindeua-Pará.

No período de agosto a outubro de 2010, ocorreu a primeira etapa do projeto que consistiu nas visitas domiciliares a 70 pacientes diabéticos cadastrados no programa Hiperdia. Foram incluídos no estudo 40 destes 70 pacientes, pois é o total de pacientes com DM acompanhados e tratados na ESF citada, enquanto que os demais foram excluídos da amostra por fazerem tratamento em instituição privada. Esta etapa teve a finalidade de cadastrar e de coletar dados dos pacientes a partir de um questionário padronizado, desenvolvido pelos autores, obtendo resultados quanto ao conhecimento, evolução e complicações do DM e da RD, além de dados socioeconômicos.

No mês de novembro, os pacientes selecionados foram convocados a participar da segunda etapa do projeto. No dia da ação, 31 pacientes compareceram à Unidade Básica de Saúde e nove foram excluídos por não comparecerem. A atividade foi iniciada com orientações sobre a RD, o exame de fundoscopia e os objetivos do estudo. Posteriormente, foi apresentado um vídeo com informações didáticas sobre Diabetes Mellitus e RD, além de fotos registradas ao longo das visitas domiciliares.

Na etapa seguinte, um médico oftalmologista voluntário, especialista em retina, realizou fundoscopia binocular nos pacientes diabéticos previamente selecionados e detectou os portadores da RD. Este exame foi realizado inicialmente com a aplicação de um colírio que dilata a pupila. Em seguida, através de um oftalmoscópio direto ou indireto (com auxílio

de lentes de aumento), um feixe de luz é emitido em direção à pupila com o objetivo de visualizar os vasos sanguíneos presentes no globo ocular. O exame permite a avaliação de alterações da microcirculação, assim sendo, diagnóstica a RD⁹. Em seguida, aqueles diagnosticados foram encaminhados para um centro especializado para receber o tratamento específico.

Todos os pacientes que fizeram parte da pesquisa compreenderam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Pará (Protocolo nº 093/2010).

Os resultados obtidos foram organizados em uma planilha de dados do Excel® 2007 e receberam tratamento estatístico a partir do programa *Epi Info 3.5.2*. Inicialmente, foi realizada análise descritiva dos dados e, em seguida, a análise estatística inferencial com os testes do Quiquadrado e exato de Fisher. Estabeleceu-se nível α de significância a valores iguais ou menores que 0,05.

Resultados

Em relação ao perfil demográfico encontrado neste estudo, a maioria dos entrevistados era do sexo feminino (64,5%). A média da idade foi 58,1 anos. Quanto ao grau de escolaridade, a maior frequência foi de pacientes com ensino fundamental incompleto (58,6%).

Dos 31 pacientes avaliados pelo exame de fundoscopia, 4 tiveram sua análise prejudicada devido à presença de catarata, portanto só foi possível fazer avaliação em 27 pacientes. Desse grupo, 11 (40,7%) apresentaram algum grau de RD do tipo não proliferativa (RDNP), sendo que destes, 6 (54,5%) apresentaram a RDNP leve, 3 (27,3%) a RDNP incipiente, e 2 (18,2%) a RDNP moderada (Figura 1).

Foram avaliados 10 indivíduos do sexo masculino e 17 do sexo feminino. A presença de RD entre os homens foi de 5 (50%) e entre as mulheres foi de 6 (35,3%) (Tabela 1). No entanto, considerando o total de pacientes diagnosticados com RD (11), não houve diferença significativa na prevalência de RD no sexo feminino (54,5%) em relação ao sexo masculino (45,5%), $p = 0,3632$.

A média de tempo do diagnóstico do DM dos pacientes que apresentaram RD foi de 11,8 anos. Entre o grupo com RD, o item tempo de diagnóstico da doença relatado foi de menos que 8 anos em dois pacientes, entre 8 e 15 anos em sete pacientes e há mais de 15 anos em dois (Tabela 2).

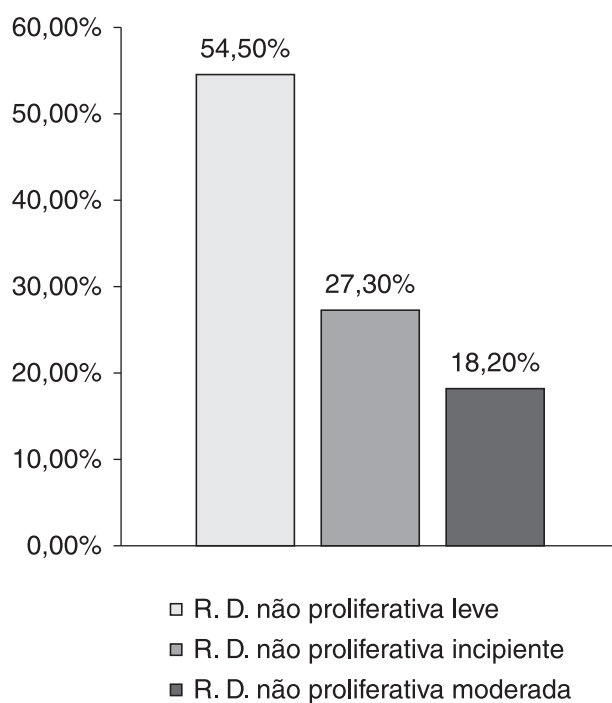


Figura 1. Tipos de Retinopatia diagnosticada nos pacientes submetidos ao exame do fundo do olho.

Em relação ao tratamento para o DM, 58,1% afirmaram fazer uso de hipoglicemiante oral disponibilizado pela Unidade de Saúde, 22,6% afirmaram associar medicamentos orais a uma adequada dieta alimentar, 6,5% recebem insulínização plena, 3,2% afirmaram fazer apenas uma adequada dieta alimentar, enquanto que 9,7% relataram não fazer qualquer tipo de tratamento (Tabela 3). Não foi relatado o uso de insulina plena associado a um hipoglicemiante oral e a uma adequada dieta alimentar.

No questionário inicial, todos afirmaram ter conhecimento de que o DM, de alguma maneira, pode comprometer a visão. A maioria dos avaliados (62,5%) afirmou ser diabético há mais de cinco anos e 41,4% do total entrevistado acredita que a Unidade de Saúde é o local mais apropriado para tratar os distúrbios visuais decorrentes da doença de base.

Entre os pacientes que consideram e relataram possuir alguma sensação de perda visual, 75% foram encaminhados pela Unidade de Saúde para um centro especializado em oftalmologia, enquanto que aqueles pacientes que não consideram possuir alguma sensação de perda visual, 33,3% foram assim mesmo encaminhados ao oftalmologista por haver suspeita de gravidade na avaliação do médico da unidade de saúde (Figura 2).

Tabela 1. Pacientes segundo sexo e presença de retinopatia diabética.

Sexo	Presença	Ausência	Total	% de presença
Feminino	6	11	17	35,3
Masculino	5	5	10	50
Total	11	16	27	40,7

Tabela 2. Relação entre o tempo de conhecimento do diagnóstico de ser portador de diabete e presença ou ausência de retinopatia diabética.

Tempo de diagnóstico	Presença	Ausência	Total	% de presença
<8 anos	2	10	12	16,6
8 ≤ anos ≤15	7	4	11	63,6
>15 anos	2	2	9	22,2
Total	11	16	27	40,7

Tabela 3. Conduta do paciente no controle da glicemia.

Tratamento do diabetes mellitus	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Comprimido	18	58,10
Comprimido e dieta	7	22,60
Ausente	3	9,70
Insulina	2	6,50
Dieta	1	3,20

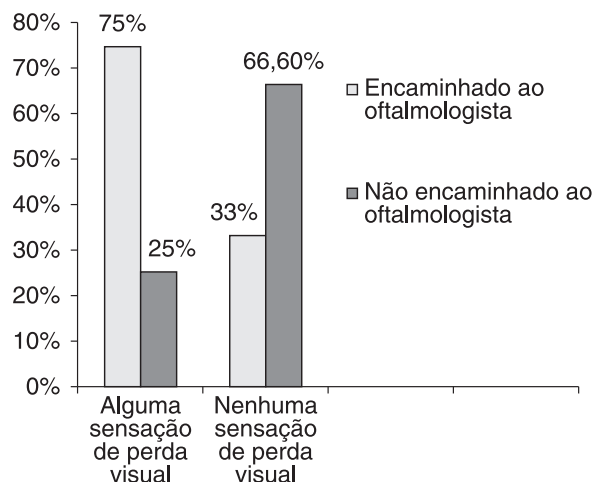


Figura 2. Opinião sobre a sensação de perda visual em relação ao encaminhamento ao oftalmologia.

Discussão

A prevalência de RD encontrada neste estudo piloto foi de 40,7%. Considerando o total de pacientes diagnosticados com RD, a presença de RD entre os homens com diabetes foi de 45,5% e entre as mulheres foi de 54,5%. Quanto ao tipo de RD, foi diagnosticado somente R.D.N.P. Embora tenha sido encontrada uma proporção maior de RD entre as mulheres, este achado não foi estatisticamente significativo ($p = 0,363$), o que condiz com os resultados obtidos na maioria da literatura, demonstrando que não há diferença de prevalência de RD entre os sexos^{8,10}. Porém, contrasta com os dados achados no estudo de Andrade *et al.* (2006) que relevou prevalência de RD em homens (56,2%)¹¹.

Na análise da duração do diabetes, houve diferença significativa entre os grupos de presença e ausência da retinopatia, quando comparados em relação ao tempo de diagnóstico da doença. Entre todos os pacientes (11) que receberam diagnóstico presente para a RD, o tempo médio de diabete encontrado foi de 11,8 anos. Isto coincide com a literatura, que constata relação direta entre o tempo de diagnóstico da doença e a presença de retinopatia¹⁰. Chama a atenção o fato de encontrarmos, nesse grupo, dois pacientes com apenas 1 e 2 anos de tempo diagnóstico de diabetes e apresentarem retinopatia diabética.

A idade média alta encontrada do diagnóstico do DM, entre os pesquisados, é de 11,8 anos. Isso pode se dar, devido ao início insidioso da doença, pois, provavelmente, os pacientes já eram portadores de diabete melito tipo 2 bem antes do conhecimento do diagnóstico para tal doença.

Estudos estimam que, em pacientes com DM tipo 2, a doença já esteja presente há cerca de 4 a 7 anos em relação à época em que é feito o diagnóstico de DM. Esta observação explica a presença de RD já na ocasião do diagnóstico em pacientes com DM tipo 2¹².

Este fato demonstra a importância do papel da ESF no controle dos fatores de risco, diminuindo assim a progressão das alterações retinianas. As medidas preventivas são: controle da glicemia, da pressão arterial, a realização do diagnóstico em fase inicial e passível de intervenção.

Conclusão

Nossos achados revelaram prevalência de retinopatia diabética em 40,7% dos pacientes portadores de DM tipo 2, cadastrados no programa HIPERDIA, da ESF do município de Ananindeua. Houve significância estatística da RD em relação ao tempo de evolução do diabetes, sendo mais prevalente (63,6%) em pacientes com duração da doença entre 8 e 15 anos.

Estes resultados reforçam a importância da atenção primária no acompanhamento dos pacientes diabéticos, realizando orientação, prevenção e tratamento. Além disso, é fundamental a orientação aos servidores da saúde pública quanto à importância da sua atuação no controle dos fatores de risco que minimizam as lesões causadas pelo DM.

Dessa forma, a RD deve ter uma abordagem multidisciplinar, objetivando um diagnóstico e acompanhamento em fases iniciais da doença, antes que lesões mais graves e devastadoras da visão tenham ocorrido.

O perfil deste estudo epidemiológico contribui como fonte de dados essenciais na formulação de novas políticas públicas, visando à prevenção e diagnóstico precoce da RD na comunidade.

Referências

1. Grillo MFF, Gorini MIPC. Caracterização de pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2. Rev Bras Enferm. 2007; 60(1): 49-54. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000100009>
2. Bosco A, Lerário AC, Soriano D, Santos RF, Massote P, Galvão D, et al. Retinopatia Diabética. Arq Bras Endocrinol Metab. 2005; 49(2): 60-62. PMID:16544035.
3. Maia Júnior OO, Marback RF, Bonanomi MTB, Takahashi WY, Kara-José N. Avaliação oftalmologia tardia em pacientes com retinopatia diabética. Rev Assoc Med Bras. 2007; 53(1): 39-43. PMID:17420892.
4. Lisboa HRK. Relação entre retinopatia diabética e dermopatia diabética em pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2. Rev Bras Oftalmol. 2008; 67(6): 297-300. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72802008000600006>

5. Boelter MC, Azevedo MJ, Gross JL, Lavinsky J. Fatores de risco para retinopatia diabética. *Arq Bras Oftalmol.* 2003; 66(2): 239-247. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27492003000200024>
6. Isaac DC, Ávila MP. Condições da retinopatia diabética no Brasil. *Rev SBRV.* 2009; 10(2): 04-10.
7. Vasconcellos AMM. Uma análise do processo de implantação dos centros de referência para o tratamento da retinopatia diabética na Rede de Serviços do Sistema Único de Saúde do Brasil. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2002.
8. Garcia CAA, Gomes AHB, Nunes IM, Oliveira TL, Monteiro J. Incidência e fatores de risco da retinopatia diabética em pacientes do Hospital Universitário Onofre Lopes, Natal-RN. *Arq Bras Oftalmol.* 2003; 66(3): 355-358. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27492003000300018>
9. Souza AR, Moreira AL. Serviço de fisiologia. Desenvolvido pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2006-2007. Observação do fundo ocular. [acesso em 2011 nov. 15]. Disponível em: www.fisiologia.med.up.pt
10. Santos ICRV, Carvalho EF, Souza WV, Medeiros MCWC, Nóbrega MGL, Lima PMS. Complicações crônicas dos diabéticos tipo 2 atendidos nas Unidades de Saúde da Família - PE. *Arq Bras Saúde Matern Infant.* 2008; 8(4): 427-433.
11. Pereira DS. Prevalência da retinopatia diabética no Ambulatório de Endocrinologia Pediátrica da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. *Arq Bras Oftalmol.* 2004; 67: 111-114. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27492004000100020>
12. Esteves J, Laranjeira AF, Roggia MF, Dalpizol M, Scocco C, Kramer CK, et al. Fatores de risco para retinopatia diabética. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2008; 52(3): 431-441. PMID:18506268.

Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010)

Mental health matrix support in Primary Care: a critical review (2000-2010)

Apoyo matricial de la salud mental en Atención Primaria: una revisión crítica (2000-2010)

Karen Athié. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). karensathie@gmail.com (Autora correspondente)

Sandra Fortes. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). sandrafortes@gmail.com

Pedro Gabriel Godinho Delgado. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). pedrogabrieldelgado@gmail.com

Resumo

Objetivo: Analisar artigos publicados entre 2000 e 2010 que versam sobre a articulação entre saúde mental e Atenção Primária no Brasil, na perspectiva da prática do matriciamento. **Método:** Revisão em banco de dados virtual, no período referido. Os descritores foram: "saúde mental", "atenção primária", "atenção básica", "apoio matricial" e "matriciamento" e as categorias de análise foram construídas a partir da leitura dos artigos.

Resultados: Foram selecionados 86 artigos, divididos em 3 categorias: a articulação analisada a partir da saúde mental, a partir da Atenção Primária e experiências de matriciamento. A análise evidenciou a existência de diferentes formas de descrever o trabalho em colaboração. **Conclusões:** A experiência brasileira está em consonância com as recomendações mundiais rumo à diminuição da lacuna terapêutica entre a oferta e as necessidades de cuidado. A construção da Rede de Saúde Mental integrada à Estratégia Saúde da Família é um novo desafio para a reforma psiquiátrica brasileira.

Palavras-chave:

Serviços de Saúde Mental
Atenção Primária
Integração
Trabalho Compartilhado
Matriciamento

Abstract

Objective: A critical review of articles published between 2000 and 2010 on the relation between mental health and primary care in Brazil in view of the practice of matrix support. **Method:** Review of virtual database in the period in question. The descriptors were "mental health", "primary care", "matrix support", and the analysis categories were constructed from the reading of the articles. **Results:** We selected 86 articles, divided in three categories: the articulation analyzed from the Mental Health, the Primary Care Health, and experiences of matrix support. This analysis revealed the existence of different ways of describing the collaborative care. **Conclusions:** The Brazilian experience is in line with global recommendations towards decreasing the gap between the offer and treatment needs care. The construction of the integrated mental health network for Family Health Strategy is a new challenge for the Brazilian Psychiatric Reform.

Keywords:

Mental Health Services
Primary Care
Integrative Care
Collaborative Care
Matrix Support

Resumen

Objetivo: Analizar los artículos publicados entre 2000 y 2010 sobre la relación entre salud mental y atención primaria en el Brasil, desde el punto de vista del apoyo matricial. **Método:** Revisión de base de datos virtual, en el período en cuestión. Los descriptores fueron: "salud mental", "atención primaria", "atención básica", "apoyo matricial". Se determinaron categorías de análisis a partir de la lectura de los artículos. **Resultados:** Se seleccionaron 86 artículos, divididos en tres categorías: la articulación analizada desde la Salud Mental, desde la Atención Primaria y desde experiencias de apoyo matricial. El análisis reveló la existencia de diferentes maneras de describir el trabajo colaborativo. **Conclusiones:** la experiencia de Brasil está en concordancia con las recomendaciones internacionales sobre la reducción de la brecha entre la oferta y la atención de las necesidades terapéuticas. La construcción de la Red de Salud Mental integrada a la Estrategia de Salud Familiar es un nuevo reto para la Reforma Psiquiátrica brasileña.

Palabras clave:

Servicios de Salud Mental
Atención Primaria
Integración
Trabajo Compartido
Apoyo Matricial

Como citar: Athié K, Fortes S, Delgado PGG. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013;8(26):64-74. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(26\)536](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(26)536)

Fonte de financiamento:
FAPERJ.

Conflito de interesses:
declaram não haver.
Recebido em: 17/07/2012
Aprovado em: 22/01/2013

Introdução

A alta prevalência dos transtornos mentais em contraponto com a escassez de serviços é um problema de saúde pública. As avaliações mundiais apontam a necessidade de desenvolvimento dos sistemas de saúde, já que a taxa dos que necessitam e não são tratados é elevada¹, sobretudo nos países em desenvolvimento². A taxa média de falta de tratamento para a esquizofrenia é de 32,2%, de 56,3% para a depressão, de 56,0% para a distímia, de 50,2% para os transtornos bipolares, de 55,9% para o transtorno de pânico, de 57,5% para a ansiedade generalizada, de 57,3% para o transtorno obsessivo-compulsivo e de 78,1% para abuso e dependência de álcool². Considera-se que para haver a melhora desejada em relação à iniquidade e à oferta de serviços é preciso identificar o que afeta a implementação dos recursos de: política e infraestrutura, serviços de saúde mental, serviços comunitários, recursos humanos e financeiros². O estigma social³ da doença mental é considerado um dos fatores que afetam o desenvolvimento do plano de cuidado.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e pesquisadores do Movement for Global Mental Health (MGMH) argumentam em favor de um sistema de serviços pela base comunitária, conforme discussão publicada em edição especial no *The Lancet Series*⁴, em 2007. Nessa, é defendida uma rede efetiva de cuidados com um conjunto diversificado de serviços que inclua a Atenção Primária à Saúde (APS). A base racional é econômica e de efetividade e compreende que apenas os serviços especializados em saúde mental não garantirão a integralidade da assistência⁵.

O MGMH avaliou o impacto das doenças mentais na qualidade de vida dos indivíduos e na economia mundial. No início deste século, 450 milhões de pessoas sofriam de desordens neuropsiquiátricas no mundo. Quando esse número é comparado com os dados dos anos 1990, a expectativa é que em 2020 haja um aumento de 15%⁶. Além disso, os transtornos mentais são responsáveis por 12% a 15% da incapacidade mundial total, mais do que as doenças cardiovasculares e duas vezes mais que o câncer⁵.

Esses problemas inspiraram a criação do *slogan* proposto pela OMS: “Não há saúde sem saúde mental” A discussão sobre a integralidade e os modelos médicos de atenção à saúde pode ser considerada um dos vetores para a diminuição da lacuna terapêutica entre a oferta de serviços de saúde mental e a necessidade da população⁸.

Um documento que retrata como pode ser complexo estruturar sistemas de saúde para os cuidados básicos da saúde global e mental é *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global*. A publicação realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Mundial dos Médicos de Família (World Organization of Family Doctors/WONCA), em 2008, descreve 12 experiências diferentes, apontando as necessidades gerais e especificidades para essa integração. Os relatos esclarecem que não há uma abordagem única que possa ser seguida por todos os países⁹ em razão das diferenças locais e culturais, o que pode ser verificado nos princípios gerais sugeridos para tal integração (Tabela 1).

Tabela 1. 10 Princípios para integrar a saúde mental nos cuidados primários.

1	A política e os planos têm que incorporar cuidados primários para a saúde mental.
2	Ativismo e campanhas de informação são necessários para mudar atitudes e comportamentos.
3	É necessária a formação adequada dos profissionais de cuidados primários.
4	As tarefas de cuidado primário têm que ser limitadas e realizáveis.
5	Profissionais e instituições especializadas em saúde mental devem estar disponíveis para apoiar os cuidados primários.
6	Os pacientes devem ter acesso a medicamentos psicotrópicos essenciais nos cuidados primários.
7	A integração é um processo, não um acontecimento.
8	Um coordenador de serviços de saúde mental é crucial.
9	A colaboração com outros setores governamentais não relacionados com a saúde, com organizações não governamentais, com profissionais de saúde ao nível da vila ou da comunidade e com voluntários é necessária.
10	Recursos financeiros e humanos são necessários.

Fonte: WHO e WONCA⁹. Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: Uma perspectiva global, 2009.

As recomendações mundiais e as especificidades locais

A diversidade dos cenários onde ocorre a articulação entre a Saúde Mental e a APS permite a observação da interferência cultural, geográfica e política local. Assim, ainda que a direção de cuidado seja a mesma, verificam-se diferenças nas práticas, a começar pela forma de nomeá-las: 1) práticas integrativas ou de integração (*integrative care*)¹⁰, 2) trabalho em colaboração (*collaborative care*)¹¹, 3) trabalho compartilhado (*shared care*)¹², 4) matriciamento¹³ e apoio matricial¹⁴.

A realidade local é determinante para o modelo de articulação. Duas importantes experiências, consideradas referências mundiais, inclusive para o sistema brasileiro, são: a dos canadenses pelos Family Doctors (FD) e a dos britânicos através dos General Practitioners (GP). Um exemplo é a realização da 12ª Conferência de Cuidados Colaborativos em Saúde Mental pelos médicos de família no Canadá, cujo tema é *Charting a New Course to Better Care: stronger Links between Consumers, Families and Health Care Providers*¹⁵.

Definição da articulação entre a saúde mental e a APS: matriciamento

No Brasil a definição de matriciamento em saúde mental tem origem em discussões sobre a organização do trabalho em saúde nos anos 1990¹⁶, quando a construção da sua rede de serviços se inicia, depois da aprovação do SUS em 1988. Naquele momento, as referências que se opunham ao funcionamento da saúde centrado no hospital eram as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Com o desenvolvimento das políticas e do SUS, a rede de saúde começa a incluir em seu sistema, ainda nos anos 1990, equipamentos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994. O primeiro citado, representando o tratamento não hospitalocêntrico para pacientes psiquiátricos e o segundo inspirado na discussão da Reforma Sanitária Brasileira para a saúde geral da população. Nos primeiros anos do século XXI, as políticas públicas desses equipamentos foram aprovadas sob a forma da Lei n. 10.216, de 2001 (CAPS), e da Portaria n. 648, de 2006 (PSF). A noção de matriciamento em saúde mental e da articulação entre serviços, necessária para o funcionamento da rede é formalizada através da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), pela Portaria n. 154/2008¹⁷, que recomenda a presença de profissional de saúde mental para o trabalho em colaboração, redimensionando o trabalho de referência e contrarreferência e incluindo nas ações a necessidade de pensar essa nova forma de articulação 20 anos após a criação do SUS e quase 10 anos após a promulgação da Lei n. 10.216/2001¹⁸. Além disso, o NASF formaliza o cálculo dos gastos em saúde mental na APS, o que causa um impacto no financiamento geral da saúde mental¹⁹.

Este artigo é resultado da revisão de literatura feita pela pesquisa Avaliação do cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária na Área Programática 2.2 do Município do Rio de Janeiro, aprovada em 2010 pela FAPERJ e que tem como objetivo analisar criticamente artigos publicados entre 2000 e 2010 que versam sobre a articulação entre Saúde Mental e APS no Brasil.

Método

A revisão crítica²⁰ com delineamento descritivo foi desenvolvida através da literatura científica concentrando-se nos trabalhos publicados sobre a articulação entre a saúde mental e a APS entre 2000 a 2010 no Brasil. Essa escolha foi baseada nas recomendações da Base Cochrane de revisões sistemáticas qualitativas, onde esse tipo de análise explora aspectos políticos e práticos de propostas recentes para a saúde. Dois elementos que enfatizam esse tipo de estudo são: o levantamento de informações sobre o problema e a sua organização e definição de efetividade²¹.

O mapeamento da literatura foi realizado prioritariamente através de consulta pela Virtual Health Library (www.bireme.br). A amplitude da busca também incluiu a Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS), Base COCHRANE, Scientific Electronic Library (SCIELO pública) e Medline de artigos em português ou sobre a experiência brasileira. A estratégia de busca foi a combinação dos termos: “saúde mental e atenção primária”; “saúde mental e atenção básica”; “saúde mental e matriciamento; e “saúde mental e apoio matricial”. Da combinação dos descritores “saúde mental e atenção básica” foram encontrados 4.989 artigos, dos quais 205 em português. A segunda combinação, “saúde mental e atenção primária”, resultou em 5.523 artigos, dos quais 187 em português. Esses modos de busca se justificam pelo uso de terminologias utilizadas no Brasil, onde Atenção Básica é a denominação mais comum. A utilização das combinações “saúde mental” e as

palavras “matriciamento” e “apoio matricial” foi em razão da terminologia técnica que vem sendo utilizada no Brasil. Para a combinação “saúde mental” com a palavra “matriciamento” foram encontradas 4 referências e com a expressão “apoio matricial”, 7, todas em português. Assim, dos 10.523 documentos catalogados, essa revisão selecionou as 403 referências escritas em língua portuguesa.

Os critérios de avaliação das 403 referências registradas e elegíveis para as finalidades deste estudo foram:

- Inclusão: para os artigos de revista que citavam a integração entre os cuidados realizados na Atenção Básica e a saúde mental no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2010;
- Exclusão: a) para as repetições dos textos incluídos nos modos de busca utilizados; b) monografias, teses, dissertações; também foram eliminados documentos encontrados na busca que não tinham relevância na discussão entre a integração saúde mental e Atenção Primária, ou documentos técnicos.

Resultados

Entre janeiro de 2000 e dezembro de 2010 foram selecionados 86 artigos (Tabela 2) sobre a articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Básica. Foi observado que a maioria desses artigos foi produzida nas regiões Sudeste, Sul e em algumas cidades do Nordeste. No período estudado, observou-se tendência ao aumento da produção científica sobre o assunto a partir dos anos de 2006 e 2007, culminando com o incremento significativo da produção nos anos de 2008 e 2009, como se pode verificar na Figura 1.

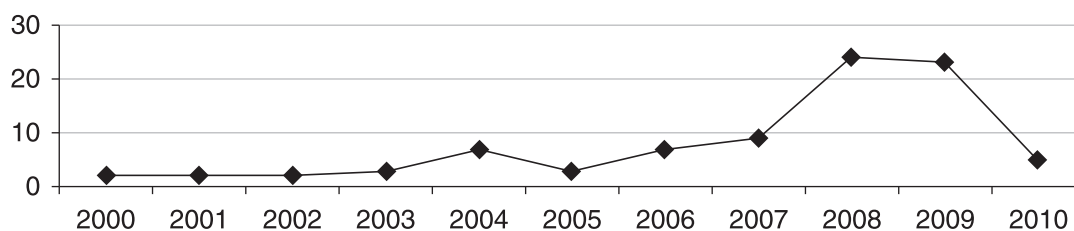


Figura 1. Incremento anual da Produção de artigos publicados sobre saúde mental e atenção primária entre 2000 e 2010.

As categorias de análise foram criadas através da leitura de características comuns. Os itens: categoria profissional e campo assistencial foram determinantes, pois foi observado que os autores discutiam de dois modos: a partir da experiência prática e/ou a partir do seu referencial específico, tanto do campo da saúde mental como do da Atenção Primária. Assim foram criadas três categorias: articulação vista da saúde mental, articulação vista da Atenção Primária e articulação realizada na prática, que é quando o matriciamento acontece.

Articulação vista da saúde mental: a visão dos especialistas em saúde mental

Os 28 artigos incluídos nessa categoria são de análises qualitativas. Os enfoques são: aspectos políticos, históricos, dos recursos estruturais e humanos da rede e de avaliação. Os principais assuntos identificados foram: avaliação de modelo de atenção especializada na Rede Básica em Saúde Mental, formação dos trabalhadores de saúde mental, aspectos operacionais da desinstitucionalização hospitalar de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e o trabalho do CAPS, atenção especializada em saúde mental no território, centros de convivência, articulação teórica dos princípios da Saúde Mental e da Atenção Básica, Políticas de Saúde Infantil, depressão e uso de drogas, relato de experiências dos profissionais de saúde mental, avaliações de serviço, estudos no campo das representações e políticas educacionais. Essa leitura observa que as publicações desse período de 10 anos sobre a articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Primária pelo olhar dos especialistas de saúde mental se relaciona ao processo de reforma psiquiátrica e a ampliação do modelo assistencial não hospitalocêntrico. A suposição é que a articulação entre a Saúde Mental e a APS é pensada pela referência prática nas Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios Especializados e CAPS muito mais do que pela Estratégia da Saúde da Família. Nessa perspectiva, observa-se que os CAPS e os ambulatórios de saúde mental localizados nas UBS são considerados APS, embora sejam espaços de atenção por especialistas.

Tabela 2. Artigos selecionados sobre a articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Básica.

Lista dos 86 artigos revisados
Articulação vista da saúde mental: a visão dos especialistas em saúde mental
Boarini ML, Borges RF. O Psicólogo na atenção básica à saúde. <i>Psicol Cienc Prof.</i> 2009; 29(3): 602-613. http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932009000300013
Campos TRO, Furtado JP, Passos E, Ferrer AL, Miranda L, Gama CAP. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. <i>Rev Saúde Pública.</i> 2009; 43(Suppl. 1): 16-22. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000800004
Caçapava JR, Colvero LA, Martines WRV, Machado AL, Silva ALA, Vargas D, et al. Trabalho na atenção básica: integralidade do cuidado em saúde mental. <i>Rev Esc Enferm USP.</i> 2009; 43(Spe. 2): 1256-1260. http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000600019
Gama CAP, Onocko Campos R. Saúde Mental na Atenção Básica: Uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). <i>Cad Bras Saúde Mental.</i> 2009 out./dez; 1(2): 112-131.
Dalla Vecchia M, Martins STF. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. <i>Interface.</i> 2009; 13(28): 151-164. http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000100013
Escudeiro CC, Souza ML. A Saúde mental no Sistema Único de Saúde: mudança do modelo de atenção na região de Lins-SP. <i>Saúde Soc.</i> 2009; 18(Suppl. 1): 44-47. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000500007
Ferreira Neto J. Psicologia e saúde mental: três momentos de uma história. <i>Saúde Debate.</i> 2008 jan./dez.; 32(78-80): 18-26.
Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. <i>Ciênc Saúde Coletiva.</i> 2009; 14(1): 297-305. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036
Nascimento A, Galvanese AT. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. <i>Rev Saúde Pública.</i> 2009; 43(Supl. 1):8-15. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000800003
Silveira DP, Vieira ALS. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. <i>Ciênc Saúde Coletiva.</i> 2009; 14(1): 139-148. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100019
Borges PL, Bretas RP, Azevedo SF, Barbosa JMM. Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. <i>Cad Saúde Pública.</i> 2008; 24(12): 2798-2808. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001200008
Botti NC, Andrade WV. A saúde mental na atenção básica - articulação entre os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica. <i>Rev Bras Enferm.</i> 2009 set./out; 62(5): 675-80.
Couto MCV, Duarte C, Delgado PGG. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. <i>Rev Bras Psiquiatr.</i> 2008; 30(4): 384-389. http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000400015
Nunes M, Torrenté M, Ottoni V, Moraes Neto V, Santana M. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. <i>Cad Saúde Pública.</i> 2008; 24(1): 188-196. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100019
Reinaldo AMS. Saúde mental na atenção básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária. <i>Esc Anna Nery.</i> 2008 mar.; 12(1): 173-178. http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452008000100027
Schneider A. A construção da rede de atenção em saúde mental de um município do Sul do Brasil. <i>Barbarói.</i> 2008 jan./jun.; 28: 124-135.
Tonini NS, Maraschin MS, Kantorski LP. Reorganização dos serviços: desafios para efetivação da Reforma Psiquiátrica. <i>Rev Gaúcha Enferm.</i> 2008 jun.; 29(2):262-8.
Vasconcelos MGF, Jorge MSB, Guimarães JMX, Pinto A. Saúde mental no contexto do programa saúde da família: representações sociais de usuários e familiares. <i>Rev. RENE.</i> 2008 jul./set.; 9(3): 9-18.
Zambenedetti G, Perrone C. O Processo de construção de uma rede de atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica. <i>Physis.</i> 2008; 18(2): 277-293. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312008000200005
Braga SG, Morais M. Queixa escolar: atuação do psicólogo e interfaces com a educação. <i>Psicol USP.</i> 2007; 18(4): 35-51. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642007000400003
Fontanella B, Turato ER. Percepção de sintomas depressivos por dependentes de substâncias psicoativas procurando tratamento. <i>J Bras Psiquiatr.</i> 2005 out./dez.; 54(4): 278-284.
Leite L, Oliveira M. O trabalho da equipe itinerante nos processos de inclusão social de portadores de sofrimento psíquico. <i>Divulg Saúde Debate.</i> 2006 ago.; 36: 53-60.
Costa-Rosa A, Luzio C, Mendes M, Florezi P. Uma experiência de pronto atendimento em saúde mental coletiva. <i>Estud Psicol.</i> 2004; 21(2): 101-115. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2004000200008
De Micheli D, Fisberg M, Formigoni MLOS. Estudo da efetividade da intervenção breve para o uso de álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. <i>Rev Assoc Med Bras.</i> 2004; 50(3): 305-313. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302004000300040
Sousa H. A saúde mental em Paraipaba (CE). <i>Divulg Saúde Debate.</i> 2004 mar.; (30): 91-94.
Campos C, Soares CB. The production of mental health services: the conception of the workers. <i>Ciênc Saúde Coletiva.</i> 2003; 8(2): 621-628. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000200022
Delgado PG, Weber R. Configurações dos serviços de atenção diária até 2001: um estudo com 295 serviços. <i>J Bras Psiquiatr.</i> 2003 maio-jun.; 52(3): 236-242.
Breda M, Augusto L. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. <i>Ciênc Saúde Coletiva.</i> 2001; 6(2): 471-480. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000200016
Articulação vista da Atenção Primária: a visão dos não especialistas em saúde mental
Andrade FB, Ferreira Filha MO, Dias MD, Silva AO, Costa ICC, Lima ÉAR, et al. Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária. <i>Texto Contexto Enferm.</i> 2010 mar.; 19(1): 129-136.

Tabela 2. Continuação...

Lista dos 86 artigos revisados
Braga LC, Carvalho LR, Binder M. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). <i>Ciênc Saúde Coletiva</i> . 2010; 15 (Suppl. 1): 1585-1596. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-8123201000070007
Neves H, Lucchese R, Munari D. Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências. <i>Rev Bras Enferm</i> . 2010; 63(4): 1585-1596. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-8123201000070007
Ribeiro L, Medeiros SM, Albuquerque JS, Fernandes SMBA. Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros?. <i>Rev Esc Enferm USP</i> . 2010; 44(2): 376-382. http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200019
Rosenstock K, Neves M. Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil. <i>Rev Bras Enferm</i> . 2010 ago.; 63(4): 581-586. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000400013
Andrade F, Bezerra AIC, Pontes ALF, Ferreira Filha MO, Vianna RPT, Dias MD, et al. Saúde mental na atenção básica: um estudo epidemiológico baseado no enfoque de risco. <i>Rev Bras Enferm</i> . 2009; 62(5): 675-680. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000500004
Tanaka O, Ribeiro E. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. <i>Ciênc Saúde Coletiva</i> . 2009; 14(2): 477-486. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000200016
Fiorotti C, Tomazelli J, Malagris L. Transtornos mentais comuns em pacientes hipertensos: estudo em unidade de atenção primária à saúde no Rio de Janeiro. <i>Rev APS</i> . 2009 jul./set.; 12(3).
Mascia A, Silva FB, Lucchese AC, Marco MA, Martins MCFN, Martins LAN. Atitudes frente a aspectos relevantes da prática médica: estudo transversal randomizado com alunos de segundo e sexto anos. <i>Rev Bras Educ Med</i> . 2009; 33(1): 40-48. http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000100006
Rodrigues MAP, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Use of primary care services by elderly people with chronic conditions, Brazil. <i>Rev Saúde Pública</i> . 2009; 43(4): 604-612. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-891020090005000037
Romagnoli R. Breve estudo institucionalista acerca do Programa de Saúde da Família. <i>Saúde Soc</i> . 2009; 18(3): 525-536. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000300016
Vecchia MD, Martins STF. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. <i>Ciênc Saúde Coletiva</i> . 2009; 14(1): 183-193. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100024
Eglê K. Atendimento ao comportamento suicida: concepções de enfermeiras de unidades de saúde. <i>Ciênc Cuid Saúde</i> . 2008 out./dez.; 7(4): 468-475.
Fernandes R, Rozenhal M. Avaliação da sintomatologia depressiva de mulheres no climatério com a escala de rastreamento populacional para depressão CES-D. <i>Rev Psiquiatr Rio Gd Sul</i> . 2008; 30(3): 192-200. http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082008000400008
Fonseca M, Guimarães M, Vasconcelos E. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. <i>Rev APS</i> . 2008 jul./set.; 11(3): 285-294.
Gianini R, Carvalho TC, Dos Anjos RMP, Pinto PLS, Maluf ME, Lanza LB, et al. Prática de rastreamento no cenário do Programa Saúde da Família em Sorocaba (SP). <i>Rev Bras Educ Med</i> . 2008; 32(1): 15-22. http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000100003
Gonçalves DM, Kapczinski F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. <i>Cad Saúde Pública</i> . 2008; 24(9): 2043-2053. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000900010
Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. <i>Cad Saúde Pública</i> . 2008; 24(2): 267-280. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200005
Ribeiro MS, Alves MJM, Silva PM, Vieira E. Concordância diagnóstica entre profissionais dos níveis primário e secundário na atenção à saúde mental. <i>Rev APS</i> . 2008 abr./jun.; 11(2): 126-135.
Rodrigues MP, Lima KC, Roncalli A. A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. <i>Ciênc Saúde Coletiva</i> . 2008; 13(1): 71-82. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000100012
Vargas D, Luis M. Alcohol, alcoholism and alcohol addicts: conceptions and attitudes of nurses from district basic health centers. <i>Rev Latino-Am Enferm</i> . 2008; 16: 543-550. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000700007
Ferriolli SHT, Marturano E, Puntel L. Family context and child mental health problems in the Family Health Program. <i>Rev Saúde Pública</i> . 2007; 41(2): 251-259. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-891020060005000017
Fortes S, Villano L, Lopes CS. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. <i>Rev Bras Psiquiatr</i> . 2008 mar.; 30(1): 32-37. http://dx.doi.org/10.1590/S1516-444620060005000066
Lemos S, Lemos M, Souza MGG. O preparo do enfermeiro da atenção básica para a saúde mental. <i>Arq Ciênc Saúde</i> 2007 out./dez.; 14(4): 198-202.
ModestoT, Santos D. Saúde mental na atenção básica. <i>Rev Bahiana Saúde Pública</i> . 2007 jan./jun.; 31(1): 19-24.
Barros M, Pillon S. Programa saúde da família: desafios e potencialidades frente ao uso de drogas. <i>Rev Eletr Enferm</i> . 2006; 8(1): 144-149.
Leal S, Lopes M. Vulnerabilidade à morbidade por causas externas entre mulheres com 60 anos e mais, usuárias da atenção básica de saúde. <i>Ciênc Cuid Saúde</i> . 2006 set./dez.; 5(3): 309-316.
Tanaka O, Lauridsen-Ribeiro E. Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. <i>Cad Saúde Pública</i> . 2006; 22(9): 1845-1853. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000900015
Tavares C. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde de saúde mental. <i>Texto Contexto Enferm</i> . 2006 abr./jun.; 15(2): 287-295. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000200013

Tabela 2. Continuação...

Lista dos 86 artigos revisados
Oliveira A, Ataíde I, Silva M. A invisibilidade dos problemas de saúde mental na atenção primária: o trabalho da enfermeira construindo caminhos. <i>Texto Contexto Enferm</i> . 2004; 13(4): 618-624. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072004000400015
Valentini W, Levav I, Kohn R, Miranda CT, Mello A AF, Mello MF, et al. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. <i>Rev Saúde Pública</i> . 2004; 38(4): 523-528. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000400007
Dytz J, Lima M, Rocha S. O modo de vida e a saúde mental de mulheres de baixa renda. <i>Saúde Debate</i> . 2003 jan./abr.; 27(63): 15-24.
Enumo S, Trindade Z. Ações de prevenção da deficiência mental, dirigidas a gestantes e recém-nascidos, no âmbito da saúde pública da grande Vitória-ES. <i>Psicol USP</i> ; 2002; 13(1): 107-132. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642002000100006
Fleck M, Lima AFBS, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges VR, et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. <i>Rev Saúde Pública</i> . 2002; 36(4): 431-438. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000400008
Lima RT, Manguiera NM. Avaliação de implantação de ações básicas de saúde. <i>Rev Bras Ciênc Saúde</i> . 2001; 5(2): 149-158.
Falceto O, Busnello E, Bozzetti MC. Validação de escalas diagnósticas do funcionamento familiar para utilização em serviços de atenção primária à saúde. <i>Rev Panam Salud Publica</i> . 2000; 7(4): 255-263. http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892000000400007
Dutra K, Perini E, Starling S. Utilização do diazepam em unidades de atenção primária do distrito sanitário norte - secretaria municipal de saúde de Belo Horizonte, MG, 1997. <i>Rev Ciênc Farm</i> . 2000; 21(2): 201-215.
Articulação do ponto de vista do matriciamento
Arona E. Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. <i>Saúde Soc</i> . 2009; 18(Suppl. 1): 26-36. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000500005
Carneiro A, Oliveira ACM, Santos MMS, Alves MS, Casais NA, Santos JE. Saúde mental e atenção primária: uma experiência com agentes comunitários de saúde em Salvador-BA. <i>Rev Bras Promoç Saúde</i> . 2009 out./dez.; 22(4): 264-271. http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2009.p264
Delfini P, Sato MT, Antoneli P, Guimarães P. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. <i>Ciênc Saúde Coletiva</i> . 2009; 14(Suppl. 1): 1483-1492. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800021
Dimenstein M, Severo AK, Brito M, Pimenta AL, Medeiros V, Bezerra E. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. <i>Saúde Soc</i> . 2009; 18(1): 63-74. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000100007
Figueiredo M, Campos Onocko R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. <i>Ciênc Saúde Coletiva</i> . 2009; 14(1): 129-138. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100018
Paiva F, Ronzani T. A inserção do psicólogo na atenção primária à saúde: possibilidades e desafios do trabalho em saúde coletiva. <i>Rev APS</i> . 2009 jan./mar.; 12(1): 88-92. Com apoio das Equipes de Saúde Mental, ESF de Florianópolis tratam transtornos leves na Atenção Básica. <i>Rev Bras Saúde Fam</i> . 2008 jul./set.; 9(19): 36-41.
Bezerra E, Dimenstein M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. <i>Psicol Ciênc Prof</i> . 2008; 28(3): 632-645. http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932008000300015
Clemente A, Matos DR, Grejanin DKM, Santos HE, Quevedo MP, Massa PA. Residência multiprofissional em saúde da família e a formação de psicólogos para a atuação na atenção básica. <i>Saúde Soc</i> . 2008; 17(1): 176-184. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000100016
Figueiredo Dorsa M, Onocko R. Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. <i>Saúde Debate</i> . 2008; 32(78-80): 143-150.
Soares M. A inserção do enfermeiro psiquiátrico na equipe de apoio matricial em saúde mental. <i>SMAD, Rev Eletr Saúde Mental Álcool Drog (Ed. port.)</i> . 2008; 4(2): 2-12.
Barban E, Oliveira A. O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no Programa Saúde da Família do município de São José do Rio Preto. <i>Arq Ciênc Saúde</i> ; 2007 jan-mar; 14(1):54-65.
Nunes M, Juca V, Valemtim C. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. <i>Cad Saúde Pública</i> . 2007; 23(10): 2375-2384. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000012
Oliveira I, Silva F, Yamamoto O. A psicologia no Programa de Saúde da Família (PSF) em Natal: espaço a ser conquistado ou um limite da prática psicológica? <i>Aletheia</i> . 2007 jan./jun.; 25: 5-19.
Tofoli LF, Fortes S. Apoio Matricial de Saúde Mental na Atenção Primária no Município de Sobral no Ceará: relato de experiência. <i>Sanare</i> . 2007; 6(2): 34-42.
Breda M, Rosa W, Pereira M, Scatena M. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. <i>Rev Latino-Am Enferm</i> . 2005; 13(3): 450-452. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000300021
Buchele F, Laurindo D, Borges V, Coelho E. A interface da saúde mental na Atenção Básica. <i>Cogitare Enferm</i> . 2006 set./dez.; 11(3): 226-233.
Santana M, Morais M. Saúde mental em Francisco Morato: percepção dos trabalhadores do CAPs sobre a atenção praticada e suas dificuldades. <i>Bol Inst Saúde</i> . 2005; 37: 31-33.
Souza A. Ampliando o campo da atenção psicossocial: a articulação dos centros de atenção psicossocial com a saúde da família. <i>Esc Anna Nery</i> . 2006 dez.; 10(4): 703-710. http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452006000400012
Ballester D. Avaliação de um programa de capacitação em saúde mental para médicos dos serviços básicos de saúde. São Paulo; 2004.
Nascimento A, Braga V. Atenção em Saúde Mental: a prática do enfermeiro e do médico do Programa Saúde da Família de Caucaia - CE. <i>Cogitare Enferm</i> . 2004 jan./jun.; 9(1): 84-93.

Articulação vista da Atenção Primária: a visão dos não especialistas em saúde mental

Os 37 artigos incluídos nessa categoria versam sobre: compreensão das fases da vida (pré-natal, infância, adolescência e velhice), questões de gênero, contexto familiar, estudos de prevalência de transtornos mentais comuns e em comorbidade com outras doenças crônicas, avaliação de risco para transtornos mentais, adesão ao tratamento de doenças crônicas, queixas inespecíficas, qualidade de vida e estratégias terapêuticas comunitárias, drogas, álcool, suicídio, somatizações, acesso à medicação, uso abusivo de benzodiazepínicos, saúde mental do trabalhador, capacitação para o diagnóstico em saúde mental, fluxo de atendimento, busca ativa e sistema de informações. A perspectiva que une essas referências é a ideia de resolutividade em saúde mental pela equipe da Atenção Primária, onde os artigos traduzem as necessidades observadas na assistência e buscam soluções efetivas para os problemas apontados pela ação junto à população adscrita.

Experiências de matriciamento: a visão a partir da relação entre especialistas e não especialistas em saúde mental

Os 21 artigos incluídos nessa categoria relatam a experiência do trabalho em colaboração na assistência e na formação de recursos humanos. Trata-se do matriciamento em saúde mental como prática. As descrições apontam o cenário de relação entre o matriciador (especialista de saúde mental) e os matriciados (não especialistas em saúde mental)^{22,23}.

Essa perspectiva da articulação, que se funda na experiência, difere em suas formas de organizar o trabalho pois, além da assistência, inclui a gestão, os pactos políticos e locais, assim como a avaliação política. Nesse espectro, a articulação é descrita a partir de experiências focais, onde as experiências descritas nascem de iniciativas pessoais dos profissionais da ponta e que, a partir da demanda da população, tratam das necessidades clínicas e circunstanciais. Também aparece entre as descrições a necessidade de atividades de educação permanente.

Discussão

Este levantamento bibliográfico ajudou a mapear diferenças de perspectiva política da Saúde Mental e da Atenção Primária que se relacionam ao mesmo tempo com vetores clínicos e históricos.

As evidências clínicas revelam necessidade de ampliação da cobertura em saúde mental em razão da alta prevalência de sofrimento psíquico identificada na Atenção Primária. Em 1995, a OMS^{24,25} relatou as formas mais frequentes: depressão (31%), ansiedade (19%), alcoolismo (10%) e transtornos somatoformes (18%). Dados semelhantes se confirmaram no Brasil. Em estudos^{26,27} realizados na década de 1980 foram encontradas prevalências aproximadas de 55% de transtornos mentais comuns nos pacientes de centros de saúde de São Paulo²⁸⁻³⁰. Em estudo de 2004³¹, na clientela atendida no Programa Saúde da Família (PSF) em Petrópolis, RJ, foi verificada prevalência de 56% de transtornos mentais comuns, entre os quais: depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de dor somatoforme e transtornos dissociativos. Esses dados se referem à detecção por não especialistas e reforçam a necessidade de inclusão sistemática desse nível de cuidado no planejamento da assistência em saúde mental, como preconiza a OMS e o MGMH.

O outro vetor, e que se refere a questão histórica, pode relativizar as noções de Atenção Primária e até mesmo a de território. Isto se evidencia na medida em que os artigos incluídos na categoria “articulação vista da saúde mental” se circunscrevem ao campo dos serviços em saúde mental (CAPS e rede ambulatorial) contabilizados como especializados, além das ações na ESF. Em contrapartida, na categoria “articulação vista da Atenção Primária”, a ênfase é essencialmente na atenção realizada pela ESF. Não existem estudos sobre o impacto dessa diferença de olhar da saúde mental e da Atenção Primária na organização dos sistemas de saúde; entretanto, estudo³² que compara Unidades de Saúde da Família (USF) – que delimitam área de abrangência com adstrição da clientela – e Unidades Básicas de Saúde (UBS) – em que a demanda atendida é espontânea ou encaminhada por outros serviços – sugere que a origem dessas diferenças pode se relacionar ao conceito de APS* proposto por Starfield^{33,34}.

* Dimensões de avaliação para a atenção primária à saúde: acessibilidade, porta de entrada; elenco de serviços; vínculo; coordenação e orientação familiar, orientação comunitária e formação profissional.

A necessidade de matriciamento em saúde mental, sua viabilidade política-institucional e o território onde ela acontece formam o trio de vetores apontados pelo levantamento realizado. Nesse sentido, duas experiências que ocorreram em períodos que antecedem a formalização dos CAPS, ESF e NASF se destacam: a de Sobral e a de Campinas. A primeira acontece através da preocupação com direitos humanos a partir de uma situação explícita de sua violação e a segunda surge de movimento intelectual local.

A experiência de Sobral, CE

Em 1999, na cidade de Sobral, em decorrência de violação de direitos humanos, morre paciente internado em hospital psiquiátrico. A denúncia resultou no fechamento do hospital e alavancou a prática de matriciamento^{35,9}. Na época, acontecia nessa cidade o movimento de integração da saúde mental e Programa Saúde da Família, o qual buscava cuidar dos casos do território através de interconsultas e consultas conjuntas. O papel do CAPS da cidade foi fundamental, pois se tratava da retaguarda especializada dessa ação. Essa é uma das 12 experiências presentes no manual da OMS sobre integração entre Saúde Mental e a APS.

A experiência de Campinas, SP

Essa experiência se inicia em 2001, através do Programa Paidéia Saúde da Família, uma adaptação do Programa Saúde da Família do Ministério da Saúde, ajustado ao contexto sanitário local. A experiência de Campinas nasce em meio à discussão da saúde coletiva e do movimento intelectual na área dos trabalhadores de saúde mental que, desde 1997, através de publicação sobre metodologia de gestão de cuidado¹⁶, introduz o conceito de matriciamento e apoio matricial. A problemática tem origem na saúde coletiva e constrói referências do modelo de saúde pública brasileiro. Essa experiência do Programa Saúde da Família, pelos princípios de atenção integral ao sujeito e o vínculo, incorpora a dimensão subjetiva e social na prática clínica³⁶.

Conclusão

Através da análise dos mecanismos de articulação entre Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde no Brasil, publicados entre 2000 e 2010, observou-se que:

- Há concentração de publicações nas regiões Sudeste, Sul e em poucos estados do Nordeste, o que aponta o viés da iniquidade regional das publicações e da oferta de serviços;
- A Saúde Mental e a Atenção Primária, embora sejam ambas de base territorial, têm diferenças metodológicas e isso tem consequência nas leituras, demandas e avaliações sobre o trabalho em colaboração e a prática do matriciamento;
- A operacionalização da Lei n. 10.216/2001 e das portarias n. 648/2006 e n. 154/2008 de forma articulada é um exercício que depende também do território onde ela ocorre;
- A prática do matriciamento é um convite para repensar o papel da reforma sanitária, representada pela ESF, e da reforma psiquiátrica, representada pelo CAPS, assim como o papel das Unidades de Saúde da Família, ambulatórios de saúde mental e hospitais.

Concluindo, embora a experiência brasileira esteja se construindo em consonância com as recomendações mundiais que propõem diminuir a lacuna terapêutica entre oferta e necessidades de cuidado, a construção da Rede de Saúde Mental integrada à Estratégia Saúde da Família é um desafio novo para a reforma psiquiátrica brasileira. Daí a importância da análise: a estratégia de matriciamento corresponderá às expectativas de cobertura e acesso?

Referências

1. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ*. 2004 Nov; 82(11): 858-866.
2. Whiteford H, Knaap M, Thornicroft G, Saxena S. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet*. 2007 Sep; 370(9590): 878-89. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61239-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61239-2)
3. Weiss MG. Reducing the stigma of mental illness: a report from a global programme of the World Psychiatric Association. *Bull World Health Organ*. 2006 Apr; 84(4): 333-334.
4. *Global Mental Health: The Lancet Series*. London; 2007.
5. Thornicroft G, Tansella M. Quais são os argumentos a favor da atenção comunitária à saúde mental?. *Pesqui Prát Psicossociais*. 2008; 3(1): 9-25.
6. Konh R, Saraceno B, Levav I, Saxena S. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ*. 2004; 82(11): 858-866. <http://dx.doi.org/10.1590/S0042-96862004001100011>
7. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR et al. No health without mental health. *Lancet*. 2007 Sep 8; 370(9590): 859-77. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61238-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0)
8. Lancet Global Mental Health Group, Chisholm D, Flisher AJ, Lund C, Patel V, Saxena S, et al. Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet*. 2007 Oct; 370(9594): 1241-52. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61242-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61242-2)
9. World Health Organization - WHO, World Organization of Family Doctors - WONCA. *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: Uma perspectiva global*. Lisboa: WHO, WONCA; 2009.
10. Bartels, Coakley EH, Zubritsky C, Ware JH, Miles KM, Areán PA, et al. Improving Access to Geriatric Mental Health Services: A Randomized Trial Comparing Treatment Engagement With Integrated Versus Enhanced Referral Care for Depression, Anxiety, and At-Risk Alcohol Use. *Am J Psychiatry*. 2004; 161:1455-1462. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.161.8.1455>
11. Gask L, Bower P, Lovell K, Escott D, Archer J, Gilbody S, et al. What work has to be done to implement collaborative care for depression? Process evaluation of a trial utilizing the Normalization Process Model. *Implement Sci*. 2010 Feb; 5: 15. <http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-5-15>
12. A Report of The Collaborative Working Group on Shared Mental Health Care. Canadian Psychiatric Association, College of Family Physicians of Canada; 2000.
13. Arona E. Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. *Saúde Soc*. 2009; 18(Suppl. 1): 26-36. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000500005>
14. Barban E, Oliveira A. O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no Programa Saúde da Família do município de São José do Rio Preto. *Arq Ciênc Saúde*; 2007 jan./mar.;14(1):54-65.
15. Canadian Collaborative Mental Health Conference. *The College of Family Physicians of Canada*. [acesso em 2011 nov.]. Disponível em <http://www.shared-care.ca/page.aspx?menu=57&app=251&cat1=628&tp=2&lk=no>
16. Campos GWS. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007 fev.; 23(2): 399-407. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, jan. 2008.
18. Brasil. Governo Federal. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, abr. 2001.
19. Weber R, Vieira SF, Godinho Delgado PG. Política de Saúde Mental do Brasil - evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(1): 51-58. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000085>
20. Greenhalgh T. Meta-narrative mapping: a new approach to the systematic review of complex evidence. In: Hurwitz B, Greenhalgh T, Skultans V. *Narrative Research in Health and Illness*. BMJ Books; 2004.
21. Noyes J, Popay J, Pearson A, Hannes K, Booth A. Qualitative research and Cochrane reviews. In: Higgins P, Green S. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions: Cochrane Book Series*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd; 2008. cap. 20. <http://dx.doi.org/10.1002/9780470712184.ch20>
22. Nascimento A, Braga V. Atenção em Saúde Mental: a prática do enfermeiro e do médico do Programa Saúde da Família de Caucaia - CE. *Cogitare Enferm*. 2004 jan./jun.; 9(1): 84-93.
23. Carneiro A, Oliveira ACM, Santos MMS, Alves MS, Casais NA, Santos JE. Saúde mental e atenção primária: uma experiência com agentes comunitários de saúde em Salvador-BA. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2009 out./dez.; 22(4): 264-271. <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2009.p264>
24. Coyne JC, Schwenk TL, Fechner-Bates S. Non detection of Depression by Primary Care Physicians Reconsidered. *Gen Hosp Psychiatry*. 1995; 17(1): 3-12. [http://dx.doi.org/10.1016/0163-8343\(94\)00056-J](http://dx.doi.org/10.1016/0163-8343(94)00056-J)
25. Ustun TB, Sartorius N. *Mental Illness in General Health Care: na International Study*. Chichesser: John Wiley & sons; 1995.
26. Mari J. Minor Psychiatric Morbidity in Three Primary care Clinics in the City of São Paulo. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1987; 22:129-138. <http://dx.doi.org/10.1007/BF00583847>
27. Mari J, Williams P. A Comparison of the Validity of Two Psychiatric Screening Questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil Using Relative Operating Characteristic (ROC) Analysis. *Psychol Med*. 1985 Aug; 15(3): 651-9. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700031500>

28. Vilano L. Problemas Psicológicos e morbidades psiquiátricas em serviços de saúde não psiquiátricos: o ambulatório de clinica geral. [Tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 1998. 227 p.
29. Iacoponi E. The Detection of Emotional Disorders by Primary Care Physicians – a Study in São Paulo, Brazil. [Thesis]. London: University of London; 1989.
30. Mari J, Iacoponi E, Williams P, Simões O, Silva JB. Detection of psychiatric morbidity in the primary medical care setting in Brazil. *Rev Saúde Públ.* 1987; 21:501-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101987000600006>
31. Fortes S, Villano LAB, Lopes CS. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008 Mar; 30(1): 32-37. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006005000066>
32. Elias E, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Júnior A, et al. A atenção Básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por extrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006; 11(3): 633-641. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300012>
33. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde; 2004.
34. Macincko J, Almeida C, Oliveira E, Sá P. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int J Health Plann Mgmt.* 2004; 19: 303-17.
35. Tofoli LF, Fortes S. Apoio Matricial de Saúde Mental na Atenção Primária no Município de Sobral no Ceará: relato de experiência. *Sanare.* 2007; 6(2): 34-42.
36. Figueiredo Dorsa M, Onocko R. Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. *Saúde Debate.* 2008; 32(78-80): 143-150.

O MELHOR CONTEÚDO DE ATUALIZAÇÃO EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE SEMPRE PRÓXIMO A VOCÊ.



INSCREVA-SE JÁ.

www.semcad.com.br
info@semcad.com.br

51 3025 2550

Programa de Atualização
em Medicina de Família e
Comunidade

► Saiba mais sobre o PROMEF:

Há 7 anos o **PROMEF** é uma excelente alternativa para atualização profissional em medicina de família e comunidade. O programa é chancelado pela **SBMFC** e conta pontos para sua atualização profissional. Além disso, o sistema de ensino a distância facilita a sua vida, pois se adapta ao seu tempo e sua disponibilidade.



Conheça também os
outros programas de
atualização do SEMCAD.



EDITORIAL

- A RBMFC e o desafio da educação médica continuada
The RBMFC and the challenge of continuing medical education
La RBMFC y el desafío de la educación médica continuada
 Armando Henrique Norman 3

ESPAÇO ABERTO / OPEN SPACE / ESPACIO ABIERTO

- A importância do afeto na conduta do Médico de Família e Comunidade
The importance of affection in the conduct of the Family Physician
La importancia del afecto en la conducta del Médico de familia y Comunidad
 José Mauro Ceratti Lopes, Lêda Chaves Dias Curra 6

PERSPECTIVA / PERSPECTIVE / PERSPECTIVA

- Rastreamento do câncer de mama: as três luzes do semáforo
Screening for breast cancer: the three traffic lights
Rastreo del cáncer de mama: las tres luces del semáforo
 José Agostinho Santos 11

RELATOS DE EXPERIÊNCIAS / CASE REPORT / RELATOS DE EXPERIENCIA

- Grupo de Medicina de Família e Comunidade de Santos: relato de experiência
Family and Community Medicine Group from Santos: Experience report
Grupo de Medicina Familiar y Comunitaria de Santos: Reporte de una experiencia
 Paula Marcela Vilela Castro, Mayco José Reinaldi Serra, Talita Quadrado Penati 16

- Conhecimento sobre hanseníase de contatos intradomiciliares na Atenção Primária em Ananindeua, Pará, Brasil
Knowledge of household contacts of leprosy in the Primary Care in Ananindeua, Pará, Brazil
Conocimiento sobre la lepra de contactos intra-domiciliares en la Atención Primaria en Ananindeua, Pará, Brasil
 Lorena Margalho Sousa, Lorena Colares Maranhão, Carla Andréa Avelar Pires, Danielle de Moraes Rodrigues 20

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES / ARTÍCULOS ORIGINALES

- A saúde bucal masculina dos servidores públicos de Marília, São Paulo, Brasil
The oral health of male civil servants from Marília, São Paulo, Brazil
La salud oral de los funcionarios públicos varones de Marília, São Paulo, Brasil
 Maria Luiza Freire Marconatto, Catiane Maria Nogueira, Caroline Brandão Pires Almeida, Sueli Moreira Pirolo 24

- Estudo da demanda de saúde mental em Centro de Saúde da Família em Caucaia, Ceará, Brasil
Study of the mental health demand of a Family Health Center in Caucaia, Ceará, Brazil
Estudio de la demanda de salud mental en Centro de Salud Familiar en Caucaia, Ceará, Brasil
 André Luís Bezerra Tavares, Adriano Rodrigues de Souza, Ricardo José Soares Pontes 35

- Prevalência de excesso de peso entre estudantes de ensino fundamental de escola pública e privada em Sorocaba, São Paulo, Brasil
Prevalence of overweight among students of public and private elementary and middle schools in Sorocaba, São Paulo, Brazil
Prevalencia de sobrepeso entre los estudiantes de primaria en escuelas públicas y privadas en Sorocaba, São Paulo, Brasil
 Inês Maria Pardo, Mariana Pacifico Mercadante, Mayara Franco Zanatta, Valéria Cristina Santucci Ramos, Sandra Dantas Nascimento, José Eduardo Bueno Miranda 43

- Ser diabético na família e na sociedade: a avaliação do adolescente em Itajubá, Minas Gerais, Brasil
Being diabetic in the family and society: the evaluation of adolescents in Itajubá, Minas Gerais, Brazil
Ser diabético en la familia y en la sociedad: la evaluación de los adolescentes en Itajubá, Minas Gerais, Brasil
 Rodolfo Souza de Faria, Camila Martins Fernandes Pereira, Maria Isabel Marques Pereira, Marcus Vinicius de Carvalho 51

COMUNICAÇÕES BREVES / BRIEF COMMUNICATIONS / COMUNICACIONES BREVES

- Prevalência de retinopatia diabética em pacientes atendidos pela Estratégia Saúde da Família no município de Ananindeua - PA
Prevalence of diabetic retinopathy in patients assisted by a unit of Family Health Strategy in the city of Ananindeua, Brazil
Prevalencia de la retinopatía diabética en pacientes atendidos por la Estrategia de Salud Familiar en el municipio de Ananindeua - PA
 Dyndara Rodrigues Pedrosa, Emanuelle Oliveira Lemos, Débora Cristina de Abreu Gonçalves, Perla Suely Gaia Raniéri, Carla Andréa Avelar Pires, Valter Resende de Paiva 58

ARTIGOS DE REVISÃO / REVIEW ARTICLES / ARTÍCULOS DE REVISIÓN

- Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010)
Mental health matrix support in Primary Care: a critical review (2000-2010)
Apoyo matricial de la salud mental en Atención Primaria: una revisión crítica (2000-2010)
 Karen Athié, Sandra Fortes, Pedro Gabriel Godinho Delgado 64