

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



Volume 9, Número 30, Jan-Mar 2014
ISSN 2179-7994



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 Comunitaria

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).

EQUIPE EDITORIAL

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Ailton Tetelbom 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 Fontanelle, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Brasil Prof. Dr. Carlos Eduardo Aguilera Campos, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Brasil Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Brasil Prof. Dr. Erno Harzheim, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil Prof. Dr. Gustavo Diniz Ferreira Gusso, Universidade de São Paulo (USP), Brasil Prof. Dr. Juan Gêrvias, Universidad Autónoma de Madrid (UAM), 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 Prof. 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 do Rio de Janeiro (SMSRJ), Brasil Prof. Dr. Ricardo Donato Rodrigues, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Brasil Prof. Dra. Sandra Fortes, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Brasil

EDITOR

Prof. Me. Armando Henrique Norman, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), Brasil, editor.rbmf@sbmf.org.br

EDITORES ADJUNTOS

Josane Araujo Norman Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC), Brasil Thyse Palhano de Melo, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Brasil

EDITOR DE SEÇÃO

Dr. Michael Schmidt Duncan, OSS Viva Comunidade, Clínica da Família Maria do Socorro Silva e Souza, Brasil

SECRETÁRIO-EXECUTIVO – BIBLIOTECÁRIO

David Matos Milhomens, 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, Brasil Prof. 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 Prof. Dra. Camila Giugliani, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil Prof. Dra. Danielle Fernandes Godoi, Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, Brasil Prof. Dr. Ernani Tiaraju de Santa Helena, Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB), 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 (UFRGS), Brasil Prof. Dr. José Ricardo de Mello Brandão, University of Toronto, Canadá Prof. Dra. Luciane Loures dos Santos, Universidade de São Paulo (USP), Brasil Prof. Dra. Maria Inês Reinert Azambuja, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil Prof. Dr. Mario Maia Bracco, Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein (IIEP), Brasil Prof. Dr. Nicanor Rodrigues da Silva Pinto, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Brasil Prof. Dra. Olga Maria Fernandes de Carvalho, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Brasil Prof. Dra. Patricia Barreto Cavalcanti, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Brasil Prof. Dr. Renan Magalhães Montenegro Junior, Universidade Federal do Ceará (UFC), Brasil Prof. Dra. Roberta Alvarenga Reis, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil Prof. Dr. Rodolfo de Carvalho Pacagnella, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Brasil Prof. Dr. Vitor Engrácia Valenti, Faculdade de Filosofia e Ciências, Brasil

REVISORES "AD HOC"

Adilson Domingos dos Reis Filho (UNIVAG) Adriana Valéria Assunção Ramos (UNIFOR) Alcione Tavora Kullok (FUNEC) Alessandro Leite Cavalcanti (UEPB) Alessandro da Silva Scholze (UNIVALI) Aline Guerra Aquilante (UFSCar) Ana Cristina Vidor (Prefeitura Municipal de Florianópolis) André Luis Bezerra Tavares (UFC) Andréa Sílvia Walter de Aguiar (UFC) Angela Helena Marin (UNISINOS) Bruno Souza Benevides (UECE) Carla Maria Ramos Germano (UFSCar) Celso Zilbovicius (UNIFESP) César Augusto Orazem Favoreto (UERJ) César Monte Serrat Titton (PMF) Cristine Vieira do Bonfim (FUNDAJ) Daniel Almeida Gonçalves (UNIFESP) Daniela Dallegre (GHC) Débora Gusmão Melo (UFSCar) Donovan Casas Patiño (México) Hamilton Lima Wagner (PMF) Daniel Knupp Augusto (Unimed Belo Horizonte) Elson Romeu Farias (ULBRA) Fernanda Lazzari Freitas (PMF) Francisco Jorge Arsego Quadros de Oliveira (UFRGS) Gabriela dos Santos Buccini (ISPED) Giannina Maria do Espírito Santo Wildhagen (UNISUAM) Gustavo de Araújo Porto Landsberg (UNIFENAS) Isanete Geraldini Costa Bieski (UFMT) José Aroldo Lima Gonçalves-Filho (PMERJ) José Mauro Ceratti Lopes (GHC) José Carlos Prado Junior (SMSDC-RJ) José Eduardo Corrente (UNESP) Josenaide Engracia Santos (UNEB) Luis Antônio Benvenuto (UNIJU) Leonardo Vieira Targa (UCS) Liz Ponnet (UNIFESP) Lucas Mello Pioner (UFSC) Lucia Alves S. Lara (USP) Luciana Kind (PUCMG) Luis Filipe Cavadas (Portugal) Luiz Miguel Santiago (Portugal) Luis Pisco (Portugal) Magda Moura de Almeida Porto (UNIFOR) Marcelo Rodrigues Gonçalves (UFRGS) Marcello Dala Bernardina Dalla (UVV) Marcelo Kolling (PMC) Márcia Regina Martins Alvarenga (UNEMAT) Marcio Costa de Souza (UESB) Marco Aurélio Oliveira Góes (Governo do Estado de Sergipe) Maria Cristiane Barbosa Galvão (USP) Maria Eugênia Bresolin Pinto (UFCSA) Maristela Carbol (UFSCar) Marlos Suenney de Mendonça Noronha (UFS) Moema Guimarães Motta (UFF) Nathan Mendes Souza (MS) Nelson Robson Mendes de Souza (UERJ) Nilson Massakazu Ando (SEMSA) Pablo de Lannoy Stürmer (GHC) Paulo Poli Neto (Departamento de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba) Patricia Sampaio Chueiri (DAB) Patricia Taira Nakanishi (UnB) Rachel de Faria Brino (UFSCar) Renata Cereda Cordeiro (UNIFESP) Renata Giannecchini Bongiovanni Kishi (UFSCar) Ricardo de Mattos Russo Rafael (UNIG) Roberto Nunes Umpierre (UFRGS) Rodrigo Caprio Leite de Castro (Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição) Rodrigo da Silva Dias (UEPA) Rogerio Luz Coelho Neto (FEPA) Rosana Pimentel Correia Moysés (UFAM) Rosângela Ziggliotti Oliveira (UEM) Rosimere de Jesus Teixeira (UERJ) Ruth Borges Dias (UNIFENAS) Sergio Antonio Sirena (GHC) Shamyry Sulyvan de Castro (UFTM) Tânia de Araújo Barboza (UNIFOR) Tania Toledo de Oliveira (UFV) Thiago Roberto Castellane Arena (CBM) Thiago Dias Sarti (UFES) Thiago Gomes da Trindade (UFRN) Tiago Villanueva Gutierrez Marques (Portugal) Ubiratan Adler (UFSCar) Yuji Magalhães Ikuta (UEPA) Valéria Ferreira Romano (UFRJ) Ana Lucia Soares Camargo Fagundes (UNESC) Ângela Jornada Ben (Hospital de Clínicas de Porto Alegre) Célia Aparecida Paulino (UNIBAN) Fernanda Vieira Rodovalho Callegari (UFSCar) Francisco Rogeriãndio Martins de Melo (UFC) Juliana Oliveira Soares (SMS/DF) Leonardo Ferreira Fontenelle (EMESCAM) Leonardo Silva Borges Roever (USP) Lourdes Luzón Oliver (PRMFC-SMSDC) Lucas Alexandre Pedebes (PMF) Luiz Felipe da Silva Pinto (UFRGS) Maria Cristina Almeida de Souza (USJ) Otávio Emmel Becker (PUCRS) Ricardo Ricardo Hugo Gonzalez (UFC) Rita Francis Gonzalez y Rodrigues Branco (PUC-GO) Roberta Georgia Sousa dos Santos (UNIG) Rodrigo Siqueira Batista (UFV) Rogério Dias Renovato (UFMS) Roberto Henrique Amorim de Medeiros (UFRGS) Washington Luiz Abreu de Jesus (UFBA) Rafael Nicolau Carvalho (UFPB) Sandra Maria Spedo (UNIFESP) Tereza Cristina dos Reis Ferreira (CESUPA)



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
Cleó 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 Strictu 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
Espírito 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
Rorônia
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 Zambon
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 9, Número 30, Janeiro-Março, 2014
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

- 1 A formação em medicina de família no Brasil: a necessidade de caminhos convergentes**
The training in family medicine in Brazil: the necessity of converging paths
La formación en medicina familiar en Brasil: la necesidad de caminos convergentes
Armando Henrique Norman

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES / ARTÍCULOS ORIGINALES

- 3 Dificuldades dos médicos que atuam na Estratégia Saúde da Família de Minas Gerais para proverem atenção à saúde das mulheres**
Difficulties of physicians working in the Family Health Strategy of Minas Gerais state to provide health care for women
Dificultades de los médicos que actúan en la Estrategia de Salud Familiar de Minas Gerais para proporcionar atención a la salud de las mujeres
Victor Hugo Melo, Suzana Maria Pires do Rio, Rosuita Fratari Bonito, Claudia Teixeira Costa Lodi, Maria Tereza Mohallem Fonseca, Eliana Amaral
- 13 Perfil das patologias prevalentes na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, Brasil**
Profile of pathological conditions prevalent in high-risk pregnancies in a maternity teaching hospital in Maceió, Alagoas state, Brazil
Perfil de patologías prevalentes en el embarazo de alto riesgo en una maternidad escuela de Maceió, Alagoas, Brasil
Dialla Tâmara Alves dos Santos, Carla Santana Mariano Campos, Maria Luisa Duarte
- 23 Prevalência e controle de hanseníase: pesquisa em uma ocupação urbana de São Luís, Maranhão, Brasil**
Prevalence and control of Hansen's disease: a research in an urban occupation area of São Luis, Maranhão state, Brazil
Prevalencia y control de la lepra: investigación en una ocupación urbana de São Luís, Maranhão, Brasil
Marcos Antonio Barbosa Pacheco, Monica Lice Leite Aires, Emanuelle Samary Seixas
- 31 Avaliação do controle da asma em pacientes acompanhados em dois ambulatórios de pneumologia vinculados à Estratégia Saúde da Família em Tubarão, Santa Catarina, Brasil**
Assessment of asthma control in patients monitored at two pulmonology outpatient clinics linked to the Family Health Strategy in Tubarão, Santa Catarina state, Brazil
Evaluación del control del asma en pacientes asistidos en dos ambulatorios de neumología vinculados a la Estrategia de Salud Familiar en Tubarão, Santa Catarina, Brasil
Daniel de Andrade Hygídio, Jane da Silva, Sérgio Silveira, Beatriz Camisão Schwinden
- 38 Monitoramento e supervisão do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em uma região administrativa do Distrito Federal utilizando-se análise de entrevistas**
Monitoring and supervision of the Support Centre for Family Health (NASF) in an administrative region of the Distrito Federal using analysis of interviews
Seguimiento y supervisión del Núcleo de Apoyo a la Salud Familiar (NASF) en una región administrativa del Distrito Federal mediante el análisis de entrevistas
Michelline Ribeiro Rodrigues, Mônica Alvares Leão, Nubia Katia Teixeira de Souza

ARTIGOS DE REVISÃO / REVIEW ARTICLES / ARTÍCULOS DE REVISIÓN

- 45 O papel do profissional da Atenção Primária à Saúde em cuidados paliativos**
The role of Primary Health Care professionals in palliative care
El rol del profesional de la Atención Primaria de Salud en cuidados paliativos
Mariana Lobato dos Santos Ribeiro Silva

ARTIGOS DE REVISÃO CLÍNICA / CLINICAL REVIEW ARTICLES / ARTÍCULOS DE REVISIÓN CLÍNICA

- 54 Acne vulgar: diagnóstico e manejo pelo médico de família e comunidade**
Acne vulgaris: diagnosis and management by the family physician
Acné vulgar: diagnóstico y manejo por el médico familiar y comunitario
Ana Margarida Ferreira da Silva, Francisco Pinto da Costa, Margarida Moreira

DOCUMENTOS DA SBMFC/ SBMFC DOCUMENTS / DOCUMENTOS DE LA SBMFC

- 64 Declaração de Belém: o recrutamento e a retenção de profissionais de saúde em áreas rurais e remotas**
The Belém declaration: recruitment and retention of health professionals in rural and remote areas
Declaración de Belém: reclutamiento y retención de profesionales de salud en áreas rurales y remotas
Leonardo Vieira Targa, André Luiz da Silva, Dijon Hosana Souza Silva, Enrique Falceto de Barros, Fábio Duarte Schwalm, Leonardo Cançado Monteiro Savassi, Monica Correia Lima, Otávio Silva, Ricardo César Garcia Amaral Filho, Rodrigo Silveira, Magda Almeida, Nilson Massakazu Ando

ENTREVISTA / INTERVIEW / ENTREVISTA

- 67 O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do município do Rio de Janeiro**
The Family and Community Medicine Residency Program of the municipality of Rio de Janeiro
Programa de Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria del municipio de Rio de Janeiro
Daniel Ricardo Soranz

ESPECIAL – EDUCAÇÃO MÉDICA / SPECIAL – MEDICAL EDUCATION / ESPECIAL – EDUCACIÓN MÉDICA

- 72 The UK Foundation Programme for newly qualified doctors: a SWOT analysis**
O Foundation Programme do Reino Unido para médicos recém-formados: uma análise utilizando a matriz DAFO
El Foundation Programme del Reino Unido para los médicos recién titulados: un análisis utilizando la matriz DAFO
David Stephen Lawrence, Christopher Gareth Williams
- 77 General Practice in the United Kingdom – A training evolution**
A evolução do treinamento em Medicina de Família no Reino Unido
La evolución del entrenamiento en medicina familiar en el Reino Unido
Patrick Hutt

MEMÓRIA / MEMORIAL / MEMORIA

- 83 Nem você acreditava que este lance daria tão certo, Carlos Grossman!**
Neither had you believed that this move would work so well, Carlos Grossman!
¡Ni usted creía que esta jugada sería tan seguro, Carlos Grossman!
José Mauro Ceratti Lopes, Bianca Niemezewski Silveira, Eduardo Aires de Oliveira, Francisco Souza Santos

PERSPECTIVAS / PERSPECTIVES / PERSPECTIVAS

85 Medicina de Família e Comunidade: breve histórico, desafios e perspectivas na visão de discentes de graduação

Family and Community Medicine: a brief history, challenges, and perspectives in the view of undergraduate students

Medicina Familiar y Comunitaria: breve historia, desafíos y perspectivas desde la visión de los estudiantes de pregrado

Vinicius Gomes de Oliveira, Fernanda Navarini Queiroz, Bruno Pereira Araújo, Cássio Marques Menezes Silva, Flávio Dias Silva

RELATOS DE EXPERIÊNCIA / EXPERIENCE REPORTS / RELATOS DE EXPERIENCIA

89 Modalidade de educação a distância na formação profissional em saúde da família: relato de experiência

Distance education in vocational training in family health: experience report

La modalidad de educación a distancia en la formación profesional en salud familiar: relato de experiencia

Francisco Rogerlândio Martins-Melo, Mauricélia da Silveira Lima, Alberto Novaes Ramos Júnior, Jorg Heukelbach, Márcia Oliveira Coelho Campo

96 Revisão de prontuário como estratégia de ensino-aprendizagem da medicina centrada na pessoa em um ambulatório universitário no município do Rio de Janeiro

Medical record review as a strategy of teaching and learning on patient-centered medicine at a university ambulatory care unit in the municipality of Rio de Janeiro

Revisión de registro médico como estrategia de enseñanza-aprendizaje de la medicina centrada en el paciente en un ambulatorio universitario en el municipio de Rio de Janeiro

Ana Cláudia Santos Chazan, Lia Márcia Cruz da Silveira, Cesar Augusto Orazem Favoreto

A formação em medicina de família no Brasil: a necessidade de caminhos convergentes

The training in family medicine in Brazil: the necessity of converging paths

La formación en medicina familiar en Brasil: la necesidad de caminos convergentes

Armando Henrique Norman. MSc em Antropologia Médica pela Durham University. editor.rbmfc@sbmfc.org.br (Autor correspondente)

Nesta primeira edição de 2014, a RBMFC discute o tema da educação médica que também reflete na formação do médico de família e comunidade. Assim, ao longo deste ano, a RBMFC publicará artigos sobre experiências nacionais e internacionais voltadas à formação de médicos para a APS. Esta iniciativa visa dialogar com o atual contexto brasileiro em que a especialidade de Medicina de Família e Comunidade (MFC) vivencia grande expansão, devido aos incentivos oferecidos pelo governo federal para a ampliação de residências médicas em áreas estratégicas do SUS.

O crescimento nacional dos programas de residência em MFC (PRMFC) para 2014 é da ordem de 287 novas vagas, distribuídas nos diversos entes federados.¹ Municípios que optaram por ampliar suas vagas em MFC, como São Paulo (44 vagas), Rio de Janeiro (40 vagas), Curitiba (20 vagas), Palmas (20 vagas), Florianópolis (16 vagas), Itajubá (10 vagas), Salvador (10 vagas) e Recife (8 vagas), demonstram como a especialidade cresceu, devido a política de financiamento para áreas médicas prioritárias do SUS.

Esse contexto cria desafios, tanto para os governos e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) como para a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), na garantia da qualidade desses programas, visto que estes requerem treinamento de tutores/preceptores e padronização de conteúdos centrais da especialidade. Se adicionarmos a esse cenário a meta governamental de implantar progressivamente, até 31 de dezembro de 2018,² a obrigatoriedade de que todo recém-graduado em medicina deva passar primeiro por um ano de residência em MFC (para depois, caso deseje, se candidatar a outra especialidade), a necessidade de novos espaços formativos em MFC será muito maior.

Diante desse cenário crescente de implantação de novos programas de treinamento em MFC, esta edição traz dois artigos que ilustram a formação de médicos na Inglaterra, de modo a contribuir para essa questão, visto que o Reino Unido possui uma população culturalmente diversa, estimada em aproximadamente 63,7 milhões de habitantes,³ e conta com cobertura universal de saúde por meio do *National Health Service*, ou simplesmente NHS, de reconhecida importância e historicidade enquanto Sistema Nacional de Saúde público, universal e com APS forte e efetiva.

Na Inglaterra a formação em medicina ocorre em três fases: graduação, programa de fundação (*Foundation Programme*) e especialização (*Special Training*). Cada uma dessas fases conta com requerimentos de entrada ou exames específicos, que em certa medida organizam a absorção de médicos estrangeiros ao longo dessas diferentes fases. Essas fases também contribuem para organizar o debate em torno da terminalidade do curso de medicina.

O curso de medicina, para os britânicos, não habilita o recém-graduado a exercer a profissão médica. Contudo, ele confere aos graduados plenos direitos de seguirem outros caminhos na carreira, como pesquisadores ou acadêmicos, em áreas outras que não envolvam a assistência direta de pacientes. A função principal da graduação em medicina é fornecer a base necessária para as fases profissionalizantes e remuneradas, por exemplo, o *Foundation Programme*⁴ no qual os jovens médicos passam dois anos, de modo a auxiliá-los na escolha de suas carreiras profissionais e especialidades.

Como citar: Norman AH. A formação em medicina de família no Brasil: a necessidade de caminhos convergentes. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(30):1-2. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)875](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(30)875)

Trata-se, portanto, de um verdadeiro rito de passagem da graduação universitária para a fase de imersão gradual nos serviços do NHS, por meio do programa de fundação e depois pela especialização. Esse cuidado todo visa expor o jovem médico às responsabilidades crescentes de situações clínicas, mas também reflete alto grau de segurança e consequente qualidade estabelecida pelo NHS. A universidade tem papel importante na primeira fase, porém esta passa a ter um papel complementar no programa de fundação, passando os órgãos de classe a serem os responsáveis (i.e. no caso dos médicos de família, o *Royal College of General Practitioners - RCGP*)⁵ pela qualidade da formação profissional médica especializada para a APS, em parceria com as instituições formadoras do NHS, atualmente denominadas *Health Education England (HEE)*,⁶ distribuídas em diversas regionais no país.

O HEE é responsável pelo planejamento e desenvolvimento de toda a força de trabalho em saúde, apoiando e autorizando o desenvolvimento dos *Local Education and Training Boards* (Conselhos de treinamento e educação locais e/ou regionais), de modo a promover uma educação e formação de alta qualidade, que responda às necessidades de pacientes e comunidades, em concordância com padrões estabelecidos pelos órgãos reguladores. No caso da medicina de família, este padrão está sob a responsabilidade do RCGP, que estabelece os conteúdos do programa de treinamento a serem adotados nacionalmente por todos os centros formadores, bem como, os exames nacionais (*Applied Knowledge Test [AKT]* e *Communication Skill Assessment – CSA*), e o e-portfólio (vinculado à plataforma do RCGP) ao qual todos os GP em treinamento devem estar registrados, a fim de demonstrarem que estão atendendo aos requisitos estabelecidos pelo RCGP. É por meio do e-portfólio que os preceptores - que fazem o acompanhamento nos locais de treinamento - registram os comentários e anotações referentes à progressão dos médicos residentes.

Diante dos desafios que o Brasil tem em formar profissionais médicos para a APS/ESF, em grande escala e em curto prazo, uma estratégia possível seria o fortalecimento da SBMFC como instituição parceira junto aos Ministérios da Saúde e da Educação, uma vez que a SBMFC (enquanto associada da AMB) possui acúmulo prático e teórico na formação em MFC, bem como, vem aplicando desde 2004 exames regulares para a titulação de médicos de família em todo o Brasil, por meio do TEMFC. Esta parceria favoreceria a criação de instrumentos em certa medida semelhantes ou análogos aos adotados pelos britânicos, tais como: construção de currículo comum; organização de e-portfólio (podendo ser associado às matrizes de ensino a distância como Telessaúde e Telemedicina); e realização de exames nacionais de conclusão de curso descentralizados (semelhantes ao TEMFC), constituindo assim, estratégia inovadora para assegurar o padrão requerido para uma formação em MFC de qualidade, em nível nacional.

A experiência britânica aponta um caminho convergente, pois desde o surgimento do NHS, governos e respectivos órgãos de classe, necessitaram apoio mútuo. Sendo assim, no Brasil, para se atingir a universalização do SUS, o Ministério da Saúde e a SBMFC necessitam ser parceiros neste desafio, pois sem uma Medicina de Família forte não há APS forte.⁷

Referências

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Ministério da Educação (BR), Secretaria de Educação Superior. Portaria conjunta nº 12, de 20 de dezembro de 2013. Brasília: Diário Oficial da União. 2013 Dez 23; Seção 1:141-51. Available from: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=23/12/2013&jornal=1&pagina=141&totalArquivos=220>
2. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília: Portal da Legislação; 2013 Out 22. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm
3. Office for National Statistics. [Internet]. UK: ONS; [update 2013 Aug 8; cited 2014 Jan 12]. Population. Available from: <http://www.ons.gov.uk/ons/taxonomy/index.html?nsl=Population>
4. Foundation Programme [Internet]. UK: UKFPO; c2014 [cited 2014 Jan 12]. Available from: <http://www.foundationprogramme.nhs.uk/pages/home>
5. Royal College of General Practitioners [Internet]. Londres: RCGP; c2014 [cited 2014 Jan 18]. Available from: <http://www.rcgp.org.uk>
6. NHS Health Education England [Internet]. UK: NHS; c2014 [cited 2014 Jan 18]. Available from: <http://hee.nhs.uk>
7. Gérvás J. Atención Primaria fuerte es aquella que dispone de instrumentos que le permiten medir la calidad que ofrece (para su continuo mejoramiento). *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(29):223-4. Available from: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(29\)834](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(29)834)

Dificuldades dos médicos que atuam na Estratégia Saúde da Família de Minas Gerais para proverem atenção à saúde das mulheres

Difficulties of physicians working in the Family Health Strategy of Minas Gerais state to provide health care for women

Dificultades de los médicos que actúan en la Estrategia de Salud Familiar de Minas Gerais para proporcionar atención a la salud de las mujeres

Victor Hugo Melo. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, MG, Brasil. victormelo@terra.com.br (Autor correspondente)
Suzana Maria Pires do Rio. Faculdade de Medicina de Barbacena (FAME). Barbacena, MG, Brasil. suzanario@terra.com.br
Rosuita Fratari Bonito. Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Uberlândia, MG, Brasil. rosuita@netsite.com.br
Claudia Teixeira Costa Lodi. Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG). Belo Horizonte, MG, Brasil. claudiatclodi@gmail.com
Maria Tereza Mohallem Fonseca. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, MG, Brasil. teresamohallem@terra.com.br
Eliana Amaral. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Campinas, SP, Brasil. amaraleli@gmail.com

Resumo

Objetivo: Avaliar as dificuldades de médicos da Estratégia Saúde da Família (ESF) para proverem assistência à saúde das mulheres em todos os estágios de suas vidas. **Métodos:** Foi aplicado questionário semiestruturado a 203 médicos que atuam na ESF, em três regiões do Estado de Minas Gerais, com questões específicas relativas à atenção à saúde da mulher: prevenção do câncer do colo e das mamas, cuidado pré-natal e no puerpério, cuidados à saúde reprodutiva e atenção à saúde no climatério. **Resultados:** O motivo mais comum para serem médicos da ESF foi o interesse em trabalhar na Atenção Primária à Saúde (38,4%). As dificuldades mais frequentes foram atender mulheres no climatério (61,9%) e prover atenção à saúde reprodutiva (41,9%). Comparando os médicos segundo o tempo de formação, verificou-se que os mais jovens (com até três anos de formação) apresentaram mais dificuldades em prover todos os tipos de cuidados à saúde das mulheres. A análise multivariada confirmou as limitações dos médicos mais jovens no atendimento ao climatério ($p < 0,009$) e a sua baixa participação em atividades educativas voltadas para as mulheres ($p < 0,021$). **Conclusões:** Os médicos mais jovens apresentaram mais dificuldades específicas em todos os tipos de cuidados à saúde das mulheres e menor participação em atividades educativas. Presume-se que as dificuldades desses médicos estejam ligadas a deficiências na sua formação durante a graduação e à escassa participação nas ações programáticas de atenção à saúde das mulheres.

Palavras-chave:

Saúde da Família
Competência Clínica
Medicina de Família e Comunidade
Atenção Primária à Saúde
Educação Médica

Abstract

Objective: To evaluate the difficulties of physicians from the Family Health Strategy (FHS) to provide health care for women in all stages of their lives. **Methods:** Two hundred and three physicians from FHS in three regions of the state of Minas Gerais, Brazil answered a semi-structured questionnaire with specific questions regarding women's healthcare, such as cervical and breast cancer prevention, prenatal and postpartum care, reproductive health care, and health care during climacteric. **Results:** The most common reason for having become doctors at the FHS program was the interest to work in Primary Health Care (38.4%). The most frequent difficulties were taking care of climacteric women (61.9%) and providing reproductive health care (41.9%). By comparing physicians according to their practicing time since graduation, it was possible to find that the youngest (up to three years after graduation) presented more difficulty in providing all types of health care for women. Multivariate analysis confirmed the limitations of young physicians in taking care of perimenopausal women ($p < 0.009$) and their small participation in educational activities for women ($p < 0.021$). **Conclusions:** Younger doctors present more specific problems in all types of health care for women, with less participation in educational activities. It is assumed that these physicians' difficulties are linked to flaws during their undergraduate education and to a reduced participation in programmatic actions in women's health care.

Keywords:

Family Health
Clinical Competence
Family Practice
Primary Health Care
Education, Medical

Como citar: Melo VH, Rio SMP, Bonito RF, Lodi CTC, Fonseca MTM, Amaral E. Dificuldades dos médicos que atuam na Estratégia Saúde da Família de Minas Gerais para proverem atenção à saúde das mulheres. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(30):3-12. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)550](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(30)550)

Fonte de financiamento:

declaram não haver.

Parecer CEP:

UFMG parecer ETIC
0457.0.203.000-10.

Conflito de interesses:

declaram não haver.

Recebido em: 02/08/2012

Approved em: 05/07/2013

Resumen

Objetivo: Evaluar las dificultades de los médicos de la Estrategia de Salud Familiar (ESF), para proporcionar atención a la salud de las mujeres en todas las etapas de sus vidas. **Métodos:** Se aplicó un cuestionario semiestructurado a 203 médicos que trabajan en la ESF, pertenecientes a tres regiones del estado de Minas Gerais, con preguntas específicas relacionadas con la atención a la salud de la mujer: prevención del cáncer cérvico-uterino y de mama; atención prenatal y puerperio; cuidados de la salud reproductiva y atención de la salud durante el climaterio. **Resultados:** La razón más común para convertirse en médicos de la ESF fue su interés en trabajar con la Atención Primaria de Salud (38,4%). Las dificultades más frecuentes fueron la de ayudar a las mujeres en el climaterio (61,9%) y la de proporcionar servicios de salud reproductiva (41,9%). Al comparar los médicos, en función del tiempo transcurrido tras su graduación, se verificó que las personas más jóvenes (hasta tres años tras su graduación) presentaron más dificultades al prestar los diferentes tipos de cuidados en la atención de la salud para las mujeres. El análisis multivariado confirmó las limitaciones de médicos jóvenes en el cuidado del climaterio ($p < 0,009$) y su baja participación en las actividades educativas dirigidas a las mujeres ($p < 0,021$). **Conclusiones:** Los médicos más jóvenes presentaron problemas más específicos en todos los tipos de atención de la salud de las mujeres y tuvieron una menor participación en las actividades educativas. Se supone que las dificultades de estos médicos estén relacionadas con deficiencias en su formación durante la graduación y con su limitada participación en las actividades del programa de la atención de la salud de las mujeres.

Palabras clave:

Salud de la Familia
Competencia Clínica
Medicina Familiar y Comunitaria
Atención Primaria de Salud
Educación Médica

Introdução

A Medicina de Família e Comunidade (MFC), cujos princípios conceituais foram introduzidos no Brasil na década de 1970, surgiu como um movimento não somente para responder aos altos custos e à crescente especialização da assistência médica como também para resgatar a promoção e proteção da saúde dos indivíduos. Até então, a assistência médica individual e curativa ficava a cargo da Previdência Social, enquanto os cuidados preventivos e coletivos eram da responsabilidade do Ministério da Saúde.^{1,2} A Conferência de Alma Ata, realizada em 1978, estimulou o surgimento de várias experiências isoladas em países desenvolvidos e em desenvolvimento, inclusive no Brasil, com o intuito de prover cuidados primários de saúde como direito fundamental.^{3,4}

Por sua vez, a baixa resolubilidade do modelo de assistência à saúde e a exclusão social de parte da população contribuíram para que fossem definidos na Constituição de 1988 três principais referenciais do sistema de saúde brasileiro: conceito ampliado de saúde, saúde como direito do cidadão e dever do Estado e a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade, descentralização e participação comunitária.⁵

A implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, visou à reorientação da Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada aos serviços de saúde para as populações desfavorecidas, associando ações de promoção da saúde/prevenção de agravos nos diferentes níveis de atenção.⁶ Em 1995, o PSF passou a fazer parte da política oficial do governo do Estado de Minas Gerais.⁷ Atualmente, 820 municípios do estado (97,5%) tem pelo menos uma equipe de saúde da família. Dados do governo de Minas mostram que em abril de 2012 havia 4.319 equipes em atividade, representando uma cobertura de 76% da população mineira.⁸

O PSF foi transmutado em Estratégia Saúde da Família (ESF) em 1998, buscando romper o paradigma da atenção simplificada/baixo custo para a prestação de cuidados resolutivos,⁶ fundamental para o fortalecimento e atuação da MFC. A ESF, enquanto estratégia para reorganização da APS, é porta de entrada prioritária do SUS, tendo como principais características: equidade, integralidade, continuidade da atenção, coordenação da assistência dentro do próprio sistema e participação comunitária.⁹

Entre as diversas áreas de atuação da ESF uma das prioridades é a atenção integral à saúde da mulher, englobando estratégias que contemplem os objetivos do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) de forma interdisciplinar e no formato de apoio matricial. Como aspectos fundamentais do PAISM destacam-se: atenção qualificada às mulheres com queixas ginecológicas em todas as fases dos ciclos de vida - infância, adolescência e fase adulta (menacme, climaterio e menopausa); atenção às doenças infecciosas (DSTs), atenção à saúde sexual/reprodutiva (planejamento familiar, infertilidade, anticoncepção), pré-natal qualificado, além da assistência ao puerpério; ações de saúde mental; atenção à violência contra a mulher; atenção às principais doenças crônicas e degenerativas (hipertensão, diabetes, cânceres de mama e colo uterino); inclusão da visão de gênero, raça e etnias.⁹

A consolidação da ESF tem apresentado inúmeras dificuldades operacionais para sua implantação e manutenção e um dos principais problemas é a deficiente fixação dos médicos,^{1,10,11} sendo observada elevada rotatividade entre estes profissionais.¹¹⁻¹³ Vários fatores são apontados como causas desse problema, dentre os quais: contratação em período integral de trabalho; desvalorização profissional pelos próprios colegas; falta de entendimento da população sobre a ESF; e melhores possibilidades salariais em outras atividades.^{1,11} Outro aspecto é o fato de muitos médicos ingressarem na ESF sem o perfil adequado para

atuar na saúde comunitária.¹²⁻¹⁴ Estudos apontam também falhas no sistema de referência e contrarreferência como fatores que dificultam a permanência dos médicos.^{1,6,10,11} De maneira constante e uníssona, autores chamam a atenção para a falta de capacitação destes profissionais como outro obstáculo para a sua fixação na ESF, o que aumenta, conseqüentemente, a sua rotatividade.^{1,6,11-13,15}

Desde que foram instituídos, o PSF e a ESF experimentaram crescimento exponencial e, entre seus maiores êxitos, está a extensão do cuidado à saúde para grande parcela da população pobre brasileira. Entretanto, a rapidez de sua implantação acarretou a incorporação de pessoas com formação ou perfil nem sempre adequados para compor as equipes, o que tem comprometido a legitimidade da proposta e sua capacidade para substituir modelos tradicionais.¹⁶

A proposta da ESF é que o médico deve ter competências preventivas, terapêuticas e de gestão de recursos, além de solucionar os problemas de saúde indiferenciados que lhe são apresentados. Na prática, observa-se grande número de profissionais com baixa qualificação e inúmeras atribuições.¹³ Esse fato evidencia a necessidade de se promover a revisão dos currículos de graduação da área médica, enfatizando a responsabilidade social da formação, além da importância da educação permanente desses profissionais.

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) foi criado em 2005 com o objetivo de promover integração ensino-serviço e reorientação da formação profissional – com ênfase na APS e na abordagem integral dos indivíduos.¹⁷ A articulação entre ESF e Pró-Saúde pode fomentar a parceria entre as Instituições de Ensino Superior e os Serviços Públicos de Saúde, contribuindo para a potencialização das respostas às necessidades de saúde da população brasileira, mediante formação adequada de recursos humanos e produção do conhecimento voltada para a prestação de serviços.

O objetivo do presente estudo foi avaliar as dificuldades dos médicos que atuam na ESF do Estado de Minas Gerais para prestar cuidados à saúde das mulheres, de forma a discutir junto às instâncias de formação, as habilidades e conhecimentos que necessitam desenvolver, durante e após o curso médico, para proverem atenção com qualidade.

Métodos

O estudo foi desenvolvido no Estado de Minas Gerais, no período de maio de 2010 a março de 2011. Foram convidados a participar 203 médicos inscritos no Programa de Educação Permanente para Médicos de Família (PEP)¹⁸ da Secretaria de Estado da Saúde (SES) de Minas Gerais, em diferentes regiões do estado. Os médicos responderam a um questionário semiestruturado contendo questões gerais sobre sua formação/capacitação prévia para atuarem como médicos da ESF. A parte de respostas específicas apresentava questões relacionadas aos cuidados de atenção à saúde das mulheres, previstas na ESF: prevenção dos cânceres de colo uterino e das mamas; atenção pré-natal e no puerpério; atenção à saúde reprodutiva e atenção no climatério.^{9,19,20} O questionário continha questões fechadas (estruturadas) nas quais os médicos respondiam se sabiam ou não realizar procedimentos, solicitar exames, prescrever ou identificar situações de risco. Depois de responder a uma questão fechada, o médico respondia livremente a uma questão aberta (semiestruturada) relacionada à resposta estruturada anterior. Os questionários foram respondidos pelos médicos em reuniões estratégicas educacionais do PEP, após assinarem Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para análise dos dados, os médicos foram agrupados de acordo com o tempo desde o término da graduação (tempo de formação), tendo sido escolhido o período de três anos como ponto de corte, levando-se em consideração, principalmente, que prestar cuidados de atenção à saúde das mulheres é parte do aprendizado dos alunos em qualquer curso de medicina. Ao mesmo tempo, caso não tivessem segurança para realizar essa atenção após sua graduação, neste período de até três anos, poderiam ter recebido treinamento para prover tais cuidados.

A análise estatística foi dividida em três etapas: a) caracterização da amostra, realizando-se análise descritiva e distribuição das frequências das características gerais dos médicos, das atividades desenvolvidas na ESF e das dificuldades específicas mais comuns no cuidado à saúde das mulheres; b) análise univariada, comparando os anos de formação com todas as variáveis categóricas envolvidas. Para esta análise, foi utilizado o teste do qui-quadrado, considerando-se significantes os resultados com $p < 0,05$ e c) análise multivariada, utilizando-se a regressão binária logística para avaliar quais variáveis selecionadas tinham associação independente com o tempo de formação. Foram selecionadas variáveis que apresentavam valor $p < 0,20$ na análise univariada e considerados significantes resultados com $p < 0,05$. Para ajuste final no modelo multivariado, foram excluídos 18 médicos com residência e/ou especialização em Ginecologia e Obstetrícia. Os dados foram digitados, armazenados e analisados no *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 12.0. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Parecer ETIC 0457.0.203.000-10).

Resultados

Os questionários foram respondidos por 203 médicos da ESF do PEP/SES/MG em três diferentes regiões do Estado de Minas Gerais: região metropolitana de Belo Horizonte (n=156); Triângulo Norte (n=28); Vertentes (n=19). Todos os médicos solicitados responderam ao questionário proposto, não havendo, portanto, recusas ou perdas.

A Tabela 1 apresenta características gerais dos médicos entrevistados, na qual se observa que 55,0% formaram-se em escolas públicas e 62,6% tinham mais de três anos de formado. Com relação à especialização/residência médica (RM), observou-se que, entre os médicos que realizaram RM, quase todos informaram especialização na mesma área de atuação, sendo que alguns médicos informaram terem realizado mais de um tipo de especialização. Entre os 203 médicos, 121 (59,6%) haviam realizado alguma especialização e, entre os 82 médicos que não fizeram nenhuma especialização, 64 tinham menos de três anos de formação. As especializações mais frequentes foram Medicina de Família e Comunidade (24,1%); Medicina do Trabalho (10,3%); Ginecologia e Obstetrícia (8,9%), porém somente 68 médicos fizeram alguma residência médica. Entre os 135 médicos que não fizeram nenhuma residência médica, 70 tinham menos de três anos de formação. As residências médicas mais frequentes foram: Ginecologia e Obstetrícia (8,9%), Pediatria (6,4%) e Medicina de Família e Comunidade (5,9%). Convém enfatizar que os médicos que fizeram residência médica em GO foram os mesmos que realizaram especialização

Tabela 1. Características gerais dos médicos participantes da pesquisa.

Características	N=203	n %
Tipo de Faculdade de Medicina em que se formou^a		
Pública	110	55,0
Privada	87	43,5
Fundações	3	1,5
Tempo de formado		
Mais de três anos	127	62,6
Até três anos	76	37,4
Fez especialização		
Medicina de Família e Comunidade	49	24,1
Medicina do Trabalho	21	10,3
Ginecologia e Obstetrícia	18	8,9
Outras especializações	33	16,2
Fez residência médica		
Ginecologia e Obstetrícia	18	8,9
Pediatria	13	6,4
Medicina de Família e Comunidade	12	5,9
Outras residências médicas	25	12,3
Experiência anterior no cuidado de mulheres^b		
Sim	99	48,8
Durante a graduação	42	20,7
Não	88	43,3
Por que ser médico do PSF^c		
Gosta de trabalhar com atenção básica	78	38,4
Salário/Emprego/Horário de trabalho	63	31,0
Gosta de trabalhar com a comunidade	25	12,3
Outros motivos	29	18,3
População das cidades (mil habitantes)		
< 50	62	30,5
Entre 50 e 100	36	17,8
Entre 100 e 200	38	18,7
> 200	67	33,0
Tempo de atuação no PSF (anos completos)		
≥ 1 ano (variação 1 - 16 anos)	152	74,9
< 1 ano (variação 1 - 11 meses)	51	25,1
Outras características		Variação
Mediana da idade (anos)	35	23 - 80

^a 3 médicos não responderam. ^b 16 médicos não responderam. ^c 8 médicos não responderam.

nessa área de atuação. Somente 99 (48,8%) médicos relataram experiência prévia no cuidado à saúde das mulheres e, entre eles, 42 (20,7%) responderam ter realizado estas atividades durante a graduação. Quanto aos motivos que os levaram a se tornarem médicos da ESF, os mais frequentes foram: gostar de atuar na APS (38,4%); questões relacionadas a emprego, salário e horário de trabalho (31,0%); e gostar de trabalhar com a comunidade (12,3%). Nessa amostra, 152 (74,9%) médicos atuavam na ESF há mais de um ano.

A Tabela 2 apresenta atividades desenvolvidas pelos médicos da ESF no cuidado à saúde das mulheres, estratificadas em diferentes tipos de cuidados. Pode-se perceber que 85,2% informaram saber realizar exame ginecológico para prevenção do câncer cervical, 47,8% faziam coleta de amostras para exame de Papanicolaou. Papanicolaou e somente 27,4% relataram alguma dificuldade específica na realização desse exame. No que concerne ao exame das mamas para prevenção do câncer, 98,5% informaram saber realizá-lo, mas somente 59,6% o faziam.

Tabela 2. Atividades desenvolvidas pelos médicos e suas dificuldades específicas no cuidado à saúde das mulheres.

Atividades	n/N ^a	n %
Exame Ginecológico (prevenção do câncer cervical)		
Sabe realizar o exame	173/203	85,2
Identifica a JEC	184/203	90,6
Faz coleta de Papanicolaou	97/203	47,8
Usa espátula + escova	124/201	61,7
Faz teste de Schiller	101/203	49,8
Interpreta Schiller	185/201	92,0
Dificuldades (sim)	49/179	27,4
Exame das Mamas (prevenção do câncer de mama)		
Sabe realizar o exame	200/203	98,5
Realiza exame das mamas	121/203	59,6
Dificuldades (sim)	30/191	15,7
Solicita mamografia	122/201	60,7
Atenção Pré-natal		
Atende gestantes	177/202	87,6
Solicita exames complementares	179/203	88,1
Prescreve vacina antitetânica	143/203	70,4
Indica vacina para Hepatite B	108/182	59,3
Participa de atividades educativas	98/199	49,2
Realiza toque vaginal para avaliar:		
Colo uterino	164/202	81,2
Apresentação fetal	134/202	66,3
Bacia materna	87/199	43,7
Dificuldades no cuidado pré-natal (sim)	43/195	22,1
Atenção no Puerpério		
Atende puérperas	155/203	76,4
Identifica os fatores de risco	100/203	49,2
Dificuldades (sim)	67/194	34,5
Atenção no Climatério		
Atende mulheres climatéricas	140/202	69,3
Rastreia ou investiga doenças	57/161	35,4
Solicita exames complementares	41/149	27,5
Prescreve hormônios	27/124	21,8
Participa de atividades educativas	56/203	27,6
Dificuldades (sim)	122/197	61,9
Atenção à Saúde Reprodutiva		
Atende estas mulheres	152/201	75,6
Conhece os métodos contraceptivos fornecidos pelo SUS	135/193	69,9
Prescreve contracepção de emergência	119/160	74,3
Solicita exames complementares	17/115	14,8
Conhece a lei 9263/96	115/200	57,5
Participa de atividades educativas	84/201	41,8
Dificuldades (sim)	83/198	41,9

^aForam excluídos os médicos que não responderam à pergunta, em cada variável. JEC - Junção escamocolar.

Ainda na Tabela 2, são apresentadas atividades de atenção pré-natal, podendo-se perceber que 87,6% dos médicos atendiam gestantes e 88,1% solicitavam exames rotineiros. Com relação às atividades educativas voltadas para as mulheres, quase metade dos médicos (49,2%) tinha alguma participação. Percebe-se que 81,2% avaliavam o colo uterino, ao toque bimanual e 66,3% identificavam o polo fetal que se apresenta na pelve. Somente 22,1% relataram dificuldades para atender as gestantes. Depois do parto, 76,4% atendiam as puérperas, mas somente 49,2% identificavam fatores de risco puerperais. Um terço (34,5%) dos médicos relatou alguma dificuldade para atender essas pacientes.

A Tabela 2 também apresenta informações sobre atividades com mulheres climatéricas e atenção à saúde reprodutiva. Apesar de dois terços (69,3%) informarem que atendiam mulheres no climatério, 61,9% relataram ter dificuldades para prestar cuidados à saúde dessas mulheres. Por sua vez, 75,6% prestavam cuidados à saúde reprodutiva e 69,9% conheciam os métodos contraceptivos disponíveis no SUS. Por fim, 41,9% relataram dificuldades para prestar cuidados à saúde reprodutiva.

A Tabela 3 apresenta um resumo das dificuldades específicas mais comuns relatadas pelos médicos no atendimento às mulheres.

Tabela 3. Dificuldades específicas mais frequentes dos médicos no atendimento às mulheres.

Dificuldades	n/N ^a	n %
Exame Ginecológico (prevenção do câncer cervical)	49/179	27,4
Exame das Mamas (prevenção do câncer de mama)	30/191	15,7
Atenção Pré-natal	43/195	22,1
Atenção no Puerpério	67/194	34,5
Atenção no Climatério	122/197	61,9
Atenção à Saúde Reprodutiva	83/198	41,9

^a Foram excluídos os médicos que não responderam à pergunta, em cada variável.

Na Tabela 4, são apresentadas todas as variáveis que mostraram diferenças significantes entre os médicos, segundo o tempo de formação, na análise univariada.

Tabela 4. Análise univariada comparando anos de formação e outras variáveis^a.

Variáveis	≤ 3 anos n/76 (%)	> 3 anos n/127 (%)	Total n/203 (%)	Valor p
Exame Ginecológico (prevenção do câncer cervical)				
Faz coleta de Papanicolaou (não)	52 (68,4)	73 (42,5)	106 (52,2)	0,000
Usa espátula e escovinha (não)	34 (44,7)	43 (33,9)	77 (37,9)	0,04
Identifica o que é JEC (não)	3 (3,9)	16 (12,6)	19 (9,4)	0,041
Exame das Mamas (prevenção do câncer de mama)				
Examina as mamas (não)	3 (3,9)	0 (0,0)	3 (1,5)	0,024
Atenção Pré-natal				
Atividade Educativa (não)	47 (61,8)	54 (42,5)	101 (49,8)	0,014
Atenção no Puerpério				
Atende puérperas (não)	24 (31,6)	24 (18,9)	48 (23,6)	0,04
Dificuldades (sim)	41 (53,9)	26 (20,5)	67 (33,0)	0,000
Atenção no Climatério				
Rastreia ou investiga doenças (não)	37 (48,7)	31 (24,4)	68 (33,5)	0,000
Solicita exames (não)	36 (47,4)	35 (27,6)	71 (35,0)	0,000
Prescreve hormônios (não)	54 (71,1)	65 (51,2)	119 (58,6)	0,007
Atividade educativa (não)	66 (86,8)	81 (63,8)	147 (72,4)	0,000
Dificuldades (sim)	65 (85,5)	57 (44,9)	122 (60,1)	0,000
Atenção à Saúde Reprodutiva				
Solicita exames (não)	37 (48,7)	37 (29,1)	74 (36,5)	0,015
Atividade Educativa (não)	53 (69,7)	64 (50,4)	117 (57,6)	0,019
Dificuldades (sim)	16 (19,3)	67 (52,8)	83 (40,9)	0,000

^a Foram listadas somente as variáveis com diferença significativa. JEC - Junção escamocolunar.

Os resultados do modelo final da análise multivariada estão apresentados na Tabela 5. Todas as variáveis apresentadas na Tabela 4 entraram na análise final de regressão binária logística. Para esta análise, foram excluídos 18 médicos com residência/especialização em Ginecologia e Obstetrícia. Como evidenciado pelos valores de razões de chances (OR Ajustados), os médicos com até três anos de formação faziam menos coleta de amostras para exame de Papanicolaou (OR=2,31) – embora identificassem com mais facilidade a junção escamocolumnar (JEC) (OR=0,14). Ao mesmo tempo, rastreavam menos as doenças no climatério (OR=0,57) e tinham menor participação em atividades educativas nesse período de vida das mulheres (OR=2,65), quando comparados aos médicos com mais de três anos de formação.

Tabela 5. Modelo final da análise multivariada^a.

Médicos com até três anos de formação	Valor p	OR Ajustado	IC a 95%
Não identificam a JEC	0,004	0,14	0,036-0,528
Não fazem coleta de Papanicolaou	0,015	2,31	1,179-4,526
Rastreiam doenças do climatério	0,009	0,57	0,373-0,868
Não participam de atividades educativas no climatério	0,021	2,65	1,162-6,052

^a Excluídos 18 médicos com residência/especialização em Ginecologia e Obstetrícia. JEC - Junção escamocolumnar. OR Ajustado - Odds Ratio Ajustado.

Discussão

A literatura sobre o tema é escassa, não tendo sido encontrada publicação específica para comparar com os resultados deste estudo, e a amostra foi considerada representativa dos médicos da ESF do Estado de Minas Gerais. Outro aspecto favorável foi a diversidade de escolas médicas – tanto públicas quanto privadas, inclusive de outros estados da federação – em que os médicos tiveram sua formação.

Os médicos foram divididos em dois grupos de acordo com o tempo de formação, pois, além de detectar as dificuldades apresentadas no atendimento das mulheres, buscava-se associá-las com prováveis deficiências de formação na graduação. Estabeleceu-se o período de três anos de formação para criar os subgrupos, o que correspondeu a 76 médicos entrevistados (37,4% da amostra). Este percentual foi semelhante ao encontrado em publicação recente (39,0%), na qual os autores utilizaram um ponto de corte de até cinco anos de formação.¹ Considerou-se que o ponto de corte em até três anos de formado foi adequado para avaliar possíveis lacunas de formação durante a graduação, que poderiam ser sanadas caso cursassem residência ou alguma especialização. Destaca-se que 68 médicos (33,5%) de toda a amostra fizeram residência médica e que Ginecologia e Obstetrícia esteve entre as mais frequentes (n=18; 8,9%).

O principal motivo para se tornar médico da ESF foi gostar de atuar na APS (38,4%). Este percentual foi maior quando comparado ao estudo de Vasconcelos e Zaniboni¹ que encontrou percentual de 25%.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina, instituídas pelo Conselho Nacional de Educação em 2001, estabeleceram as prerrogativas que devem ser seguidas pelas instituições do Sistema de Educação Superior do País, tendo como base conhecimentos gerais e compromisso social.²¹ Entre as prerrogativas contidas nas DCN, destacam-se: “*O Curso de graduação em Medicina tem como perfil... o médico, com formação generalista, humanista...*” com capacidade de atuar “... em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência” ... Por outro lado, *O estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço incluirá necessariamente aspectos essenciais nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, devendo incluir atividades no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção em cada área.*²²

Fica claro que a atenção à saúde da mulher deve fazer parte do conteúdo curricular das escolas médicas e, por isso, é preocupante o fato de apenas 20,7% dos médicos relatarem ter participado da atenção à saúde das mulheres durante a graduação. Temos três hipóteses para interpretar esse resultado: a) os médicos não entenderam a pergunta; b) as escolas médicas não oferecem aos seus alunos campo de prática específico para que possam prestar estes cuidados; c) os médicos, quando estudantes, podem não ter se envolvido com os cuidados à saúde das mulheres porque não gostavam, ou porque estavam interessados em outra especialidade, ou ainda, porque não foram suficientemente motivados por seus professores.

Apesar da pouca participação em cuidados à saúde das mulheres na graduação, a grande maioria (85,2%) relatou estar apta a realizar exame ginecológico para prevenção do câncer cervical, mas somente 47,8% faziam coleta de amostras para exame de Papanicolaou. Com relação ao exame das mamas para prevenção do câncer, 98,5% informaram estar aptos a realizar o exame clínico, mas somente 59,6% o faziam. Muitos informaram que a coleta de citologia oncológica e o exame clínico das mamas eram realizados pela enfermeira, entretanto, não existem evidências científicas de boa qualidade demonstrando benefícios do exame clínico periódico das mamas para prevenção do câncer de mama.²³

O cenário é estimulante quando se analisam as atividades de atenção pré-natal e puerperal: 87,6% dos médicos atendiam gestantes e 76,4% atendiam puérperas. Somente 22,1% relataram alguma dificuldade para atender gestantes e 34,5% para o atendimento puerperal. Entretanto, é escassa a prática de realizar o toque vaginal, pois 56,3% informaram que não avaliam bacia materna durante o pré-natal. Por outro lado, somente 49,2% dos médicos identificavam fatores de risco puerperais. A literatura evidencia que esses fatores de risco são infecções, hemorragias e síndromes hipertensivas, importantes causas de morbimortalidade materna no Brasil.²⁰ Estes resultados mostram, potencialmente, a falta de um cuidado mais qualificado nesta fase do ciclo gestacional, pois muitas das complicações puerperais exigem diagnóstico e conduta ágeis.

As dificuldades mais frequentes se relacionaram às atividades voltadas para a atenção no climatério e saúde reprodutiva. Apesar de 69,3% informarem atender mulheres no climatério, somente 35,4% rastream as doenças previstas, enquanto apenas 27,5% solicitavam os exames para prevenir/diagnosticar essas doenças. A terapia hormonal (TH), entretanto, apresenta inúmeras controvérsias e deve se restringir a casos selecionados, pois existem importantes riscos quando não são respeitadas suas contraindicações.^{24,25} O apoio matricial e a criação de espaços coletivos para discussões e planejamento, previstos nas diretrizes do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) podem auxiliar a resolver dificuldades relacionadas aos cuidados de saúde das mulheres climatéricas.⁹

Por sua vez, 75,6% dos médicos prestavam cuidados à saúde reprodutiva (planejamento familiar e infertilidade), mas somente 14,8% solicitavam os exames adequados.^{9,19,20} As dificuldades mais importantes na atenção à saúde reprodutiva foram aquelas relacionadas à infertilidade, porém, com o apoio matricial (NASF), poder-se-ia ajudar a resolver as dificuldades relacionadas aos cuidados ao casal infértil.⁹

Evidenciou-se que os médicos não se envolvem tanto com atividades educativas, em especial os mais jovens, por vários motivos: a) as atividades não ocorrem na sua unidade de saúde; b) a agenda de consultas é muito extensa; c) não têm interesse; d) as atividades são desenvolvidas pelos enfermeiros. Estudo analisando atividades das equipes da ESF de 10 municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes, também verificou baixa proporção de médicos realizando atividades de educação em saúde, variando de 22% a 53%.⁶

Finalmente, percebe-se que médicos formados há até três anos relataram mais dificuldades, suscitando as seguintes hipóteses: a) os médicos estão delegando funções para outros profissionais e deixando de realizar certos procedimentos; b) as DCN não estão sendo suficientemente efetivas para reorientar a formação médica, de forma a ter um profissional capaz de prestar cuidados à saúde. Deve-se também considerar que os médicos, quando alunos, podem ter se envolvido insuficientemente com atividades de Ginecologia e Obstetrícia, explicando, em parte, suas deficiências. Também, destaca-se a necessidade de inclusão da MFC como disciplina no curso de graduação de forma a propiciar aos estudantes vivenciarem e entenderem o cenário em que vivem as pessoas que eles irão atender, possibilitando-lhes desenvolver uma visão integral do cuidado à saúde.¹²

Vasconcelos e Zaniboni¹ entrevistaram 54 médicos na ESF do município de São Paulo, verificando que 39,0% tinham tempo menor que cinco anos de formação e que a principal motivação para trabalhar na ESF era o interesse em atuar na APS (aproximadamente 25%). Não deram destaque à atenção à saúde da mulher e observaram que as principais dificuldades encontradas foram: alta demanda de consultas, elevada incidência de casos complexos, falta de incentivo à especialização. Constataram também um *déficit* de médicos de família (20%, em média) em 27 regiões do município. Segundo os autores, esse *déficit* teria várias causas relacionadas à graduação: falta de vivência dos alunos na ESF; enfoque hospitalocêntrico das faculdades; desinteresse do aluno em atuar na ESF.

Para Ciuffo e Ribeiro,²¹ escolas médicas representam espaços privilegiados de produção de conhecimento e discussão, mas ainda reproduzem a lógica fragmentada do cuidado às pessoas, deixando de potencializar o que há de mais rico no campo da educação: as relações possíveis de serem desenvolvidas entre quem cuida e quem recebe o cuidado. Analisando as falas de professores e estudantes de dois cursos de Medicina, verificaram que os docentes percebiam a importância do compromisso social que a profissão exige, assim como a necessidade de mudanças no processo de formação dos médicos, apesar de vários deles serem resistentes a mudanças. Os estudantes, por sua vez, demonstraram descontentamento com a

formação, apesar de reconhecerem existir indícios de ruptura com os tradicionais paradigmas da formação médica. Por fim, os autores discutem a necessidade da construção de um diálogo entre escolas médicas e o SUS, enfatizando o princípio da integralidade como eixo estruturante dessa formação.

Anderson et al.¹² destacam a importância da participação dos profissionais da Medicina de Família e Comunidade nos cursos de graduação em Medicina, tendo em vista que seus preceitos e objetivos relacionam-se diretamente aos da APS. Segundo os autores, a MFC pode ter importante papel estratégico nas escolas médicas que implantaram reformas no ensino, para atender às necessidades de saúde da população.

Reforçando as sugestões dos autores anteriores, foram recentemente publicadas as “Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina” com o objetivo de apoiar escolas médicas na elaboração de projetos político-pedagógicos, reforçando a diversificação de cenários de prática. Destaca-se a necessidade de que o ensino na APS esteja presente longitudinalmente, ao longo de todo o curso, e que deva fazer parte do núcleo de ensino e da prática clínica dos futuros médicos.²⁶

Estudo de Montekio et al.,²⁷ analisando o sistema de saúde público e privado brasileiro, constatou que o Brasil segue apresentando os piores indicadores de saúde entre os países de melhor renda da América Latina. Entre esses indicadores, o mais preocupante é a taxa de mortalidade materna, que se mantém elevada, apesar de a ESF oferecer cobertura universal a 50% da população brasileira. Outro indicador apresentado foi morte por câncer de mama, que ainda se mantém elevado entre as mulheres. Levantamos as seguintes questões: se a maioria das gestantes e puérperas são atendidas na ESF e se é meta do SUS fazer prevenção do câncer de mama, por que as mortes pelas causas apontadas não estão diminuindo? Não teriam os profissionais de saúde as competências necessárias para prover os cuidados adequados e evitar as mortes passíveis de prevenção? A baixa resolubilidade do sistema seria responsável por essa baixa eficiência? Para responder a estas questões, seria necessário que instâncias prestadoras de cuidados e formadoras de médicos estivessem sintonizadas e comprometidas. Desse modo poderíamos vislumbrar a melhoria dos indicadores de saúde das mulheres no Brasil.

Uma possível fragilidade do presente estudo é ter se baseado em questionários que foram respondidos por médicos voluntários. Pode-se imaginar um viés, pois foram os interessados que se dispuseram a responder às questões. Por outro lado, a fortaleza do estudo reside no seu grande tamanho amostral e nas várias coincidências de respostas, sobretudo no que diz respeito às dificuldades encontradas para prover a assistência à saúde das mulheres.

Conclusões

Pode-se concluir que, em geral, os médicos com até três anos de formação relataram mais dificuldades em todos os tipos de cuidados à saúde das mulheres. Presume-se que as deficiências assinaladas pelos médicos mais jovens estejam relacionadas a falhas na sua formação, durante a graduação, associadas à mudança de práticas nas unidades de saúde – com delegação das ações para outros profissionais de saúde – e ao reduzido tempo de exercício profissional que pudesse corrigir deficiências de formação. Essa hipótese necessita ser confirmada por outros estudos, mas é um alerta às escolas médicas do Brasil. Fica evidente a necessidade de prover ensino e campos de prática adequados, além da educação permanente dos profissionais, de forma a garantir que os futuros médicos adquiram as competências mínimas necessárias para prestarem cuidados de atenção à saúde das mulheres brasileiras.

Referências

1. Vasconcelos FGA, Zaniboni MRG. Dificuldades do trabalho médico no PSF. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(Supl. 1): 1494-1504. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700085>
2. Falk JW, Gusso G, Lopes JMC. Medicina de Família e Comunidade com Especialidade Médica e Profissão. In: Gusso G, Lopes JMC. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 12-16.
3. World Health Organization (WHO). Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários (Internet). Declaração de Alma-Ata: 1978. [online] [acesso em 2012]. Disponível em: http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaoaude/Dec_Alma-Ata.htm

4. Rodrigues RN, Anderson MIP. Saúde da Família: uma estratégia necessária. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2011; 6(18): 21-24. <http://dx.doi.org/10.5327/Z1809-59092011001800006>
5. Sampaio LFR, Mendonça CS, Lermen N Jr. Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: Gusso G, Lopes JMC. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 28-41.
6. Escorel S, Giovannella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2007; 21(2): 164-176. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892007000200011>
7. Secretaria de Estado de Saúde (MG). Deliberação CIB-SUS/MG nº 180, 26 de julho de 2005. [on line] [acesso 2012]. Minas Gerais; 2005. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/deliberacoes/2005/del_180.pdf
8. Minas Gerais. Saúde. Cumprimento antecipado dos Objetivos do Milênio. [Online] [acesso em 2013]. Disponível em: <http://www.mg.gov.br/governomg/portal/c/governomg/conheca-minas/minas-em-numeros/12435-saude/517077-resultados-do-governo-de-minas-na-gestao-antonio-anastasia-saude/5146/5044>
9. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad27.pdf
10. Harris M, Haines A. Brazil's Family Health Programme. *Editorial. BMJ* 2010; 341:c4945. PMID:21115587. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c4945>
11. Mendonça MHM, Martins MIC, Giovannella L, Escorel S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(5): 2355-2365. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500011>
12. Anderson MIP, Demarzo MMP, Rodrigues RD. A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o Ensino de Graduação: recomendações e potencialidades. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2007; 3(11): 157-72.
13. Campos CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *RAP*. 2008; 42(2): 347-68.
14. Ministério da Saúde (BR). Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_saude_familia.pdf
15. Ronzani TM, Van Stralen CJ. Dificuldades de Implantação do Programa de Saúde da Família como Estratégia de Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro. *Rev APS*. 2003; 6(2): 99-107. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Gerencia2.pdf>
16. Anderson MIP, Gusso G, Castro ED Fº. Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade. *Rev APS*. 2005; 8(1): 61-67. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/FamiliaComun.pdf>
17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). [on line] [acesso em 2012]. Disponível em: <http://www.prosaude.org/>
18. Silvério JB. Programa de educação permanente para médicos de família. *Rev Med Minas Gerais*. 2008; 18(Supl 4): S60-S66. Disponível em: <http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewArticle/104>
19. Ministério da Saúde (BR). Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária n. 29). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad29.pdf
20. Secretaria de Estado de Saúde (MG). Atenção ao pré-natal, parto e puerpério: protocolo Viva Vida. 2 ed. Belo Horizonte: SAS/SES, 2006. 84 p. [Online] [acesso em 2013]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2016.pdf>
21. Ciuffo RS, Ribeiro VMB. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? *Interface Comunicação Saúde Educação*. 2008; 12(24): 125-40. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832008000100010>
22. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Homologada em 03/10/2001, Parecer CES 1.133/2001. Resolução CNE/CES nº 4, de 7/11/2001. Brasília: Ministério da Educação; 2001. [on line] [acesso em 2011]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>
23. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Screening for Breast Cancer. *Clinical Breast Exam*. [online] [acesso em 2013]. Disponível em: <http://canadiantaskforce.ca/guidelines/2011-breast-cancer/>
24. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Manual de Orientação - Climatério. São Paulo: FEBRASGO; 2010 [acesso em 2013 Abr 13]. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br>
25. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Associação Brasileira do Climatério. I Diretriz brasileira sobre prevenção de doenças cardiovasculares em mulheres climatéricas e a influência da terapia de reposição hormonal (TRH). *Arq Bras Cardiol*. 2008; 91(1 supl.1): 1-23. Disponível em: http://www.ipgs.com.br/cursos/documents/2008_Diretriz_Prevencao%20Doencas_Cardiovasculares_Mulheres_Climatericas.pdf
26. Demarzo MMP, Almeida RCC, Marins JJN, Trindade TG, Anderson MIP, Stein AT et al. Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2011; 6(19): 145-50. 20-22. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf6\(19\)116](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf6(19)116)
27. Montekio VB, Medina G, Aquino R. Sistema de salud de Brasil. *Salud Pública México*. 2011; 53(Supl 2): S120-S131. 21-23. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800008&lng=es.

Perfil das patologias prevalentes na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, Brasil

Profile of pathological conditions prevalent in high-risk pregnancies in a maternity teaching hospital in Maceió, Alagoas state, Brazil

Perfil de patologías prevalentes en el embarazo de alto riesgo en una maternidad escuela de Maceió, Alagoas, Brasil

Dialla Tâmara Alves dos Santos. Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). Maceió, AL, Brasil. dialla@live.com (Autora correspondente)
Carla Santana Mariano Campos. Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). Maceió, AL, Brasil. carla_smc@hotmail.com
Maria Luisa Duarte. Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). Maceió, AL, Brasil. maralduarte@uol.com.br

Resumo

Objetivos: Descrever o perfil epidemiológico das patologias prevalentes na gestação de alto risco na Maternidade Escola Santa Mônica, município de Maceió, Alagoas. **Métodos:** Estudo epidemiológico, transversal e retrospectivo, realizado por meio da análise descritiva dos dados de prontuários de gestantes atendidas por ocasião do parto no período de janeiro de 2006 a novembro de 2010. Foram incluídos prontuários das gestantes de alto risco atendidas na maternidade no período estudado e excluídos da pesquisa os prontuários não preenchidos corretamente ou incompletos quanto às patologias prevalentes na gestação de alto risco. O cálculo amostral foi realizado a partir do teste de hipótese para uma proporção, segundo Lwanga e Lemeshow. A coleta de dados foi realizada por meio de preenchimento de formulário contendo informações dos prontuários, desenvolvido para esta pesquisa. As variáveis foram: patologias prevalentes na gestação de alto risco, idade materna, paridade, tipo de parto e tempo de gestação. **Resultados:** Foram analisados 316 prontuários. O trabalho de parto prematuro foi a patologia mais prevalente, representando 31,4% (98/312; IC95% 26,5 a 36,8) das patologias de alto risco. Em relação à idade materna, 72,7% (227/312; IC95% 67,5 a 77,4) das gestantes eram jovens (<30 anos). Quanto ao número de gestações, as multiparas corresponderam a 52,9% (165/312; IC95% 47,3 a 58,3). Considerando o tipo de parto, 59,0% (184/312; IC95% 53,4 a 64,3) foram cesáreos. Quanto ao tempo de gestação, 47,4% (148/312; IC95% 42,0 a 53,0) foram prematuros. **Conclusões:** O perfil epidemiológico encontrado foi o trabalho de parto prematuro em gestantes jovens e multiparas que evoluíram para um parto cesariano e pré-termo.

Palavras-chave:

Gravidez de Alto Risco
Prevalência
Perfil de Saúde

Abstract

Objectives: To outline the epidemiological profile of pathological conditions which are prevalent in high-risk pregnancies at the Santa Mônica Maternity Teaching Hospital in Maceió, Alagoas state. **Methods:** A cross-sectional epidemiological retrospective study conducted through the descriptive analysis of medical records of pregnant women at delivery, from January 2006 to November 2010. Records of high-risk pregnant women attending the maternity ward during the study period were included in this research, and the records not correctly filled in or incomplete, regarding prevalent diseases in high-risk pregnancy, were excluded. Sample size calculation was performed using the hypothesis test for a proportion, according to Lwanga and Lemeshow. Data collection was carried out by filling out a form that had been developed for this study, taking information from the medical files. The following variables were analyzed: prevalent diseases in high-risk pregnancy, maternal age, parity, mode of delivery, and gestational age. **Results:** three hundred and sixteen medical records were analysed. Premature delivery labour was the most prevalent pathology, representing 31.4% (98/312, 95%CI: 26.5-36.8) of the high-risk pregnancies. In relation to maternal age, 72.7% (227/312, 95%CI: 67.5-77.4) of the women were young (<30 years old). Concerning the number of pregnancies, multiparous women accounted for 52.9% (165/312, 95%CI: 47.3-58.3). With respect to the type of delivery, 59.0% (184/312, 95%CI: 53.4-64.3) were caesarean. Regarding the length of gestation, 47.4% (148/312, 95%CI: 42.0-53.0) were premature. **Conclusions:** The epidemiological profile found consisted of premature delivery labour among young multiparous pregnant women who evolved to preterm caesarean delivery.

Keywords:

Pregnancy, High-risk
Prevalence
Health Profile

Como citar: Santos DTA, Campos CSM, Duarte ML. Perfil das patologias prevalentes na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(30):13-22. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)687](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(30)687)

Fonte de financiamento:

declaram não haver.

Parecer CEP:

UNCISAL processo 1452/2010.

Conflito de interesses:

declaram não haver.

Recebido em: 11/01/2013

Approved em: 15/09/2013

Resumen

Objetivos: Describir el perfil epidemiológico de las patologías prevalentes en la gestación de alto riesgo en la Maternidad Escuela Santa Mónica, en la ciudad de Maceió, estado de Alagoas. **Métodos:** Estudio epidemiológico, transversal y retrospectivo, realizado a través del análisis descriptivo de los historiales clínicos de mujeres embarazadas atendidas en el momento del parto, en el periodo comprendido de Enero de 2006 a Noviembre de 2010. Se incluyeron los registros médicos de las gestantes de alto riesgo atendidas en la maternidad durante el período en cuestión, y se excluyeron de la investigación los registros que estaban mal rellenados o incompletos en relación con las patologías más frecuentes en la gestación de alto riesgo. El cálculo de la muestra se realizó mediante la prueba de hipótesis para una proporción, según Lwanga y Lemeshow. La recolección de datos se realizó mediante la cumplimentación del formulario, conteniendo informaciones de los registros médicos, desarrollado para esta investigación. Las variables fueron: patologías prevalentes en los embarazos de alto riesgo, edad materna, paridad, tipo de parto y tiempo de gestación. **Resultados:** Se analizaron 316 historiales clínicos. El trabajo de parto prematuro fue la patología más frecuente, representando el 31,4% (98/312; IC95% 26,5 a 36,8) de las patologías de alto riesgo. En relación a la edad materna, 72,7% de las gestantes (227/312; IC95% 67,5 a 77,4) eran jóvenes (<30 años). En cuanto al número de embarazos, las múltiparas representaron el 52,9% (165/312; IC95% 47,3 a 58,3). Con respecto al tipo de parto, las cesáreas fueron el 59,0% (184/312; IC95% 53,4 a 64,3). En cuanto al tiempo de gestación, los partos prematuros fueron el 47,4% (148/312; IC95% 42,0 a 53,0). **Conclusiones:** El perfil epidemiológico encontrado fue el trabajo de parto prematuro en gestantes jóvenes y múltiparas que evolucionaron para un parto pretérmino y por cesárea.

Palabras clave:

Embarazo de Alto Riesgo
Prevalencia
Perfil de Salud

Introdução

A gestação é um fenômeno fisiológico e sua evolução se dá, na maior parte dos casos, sem intercorrências. Apesar desse fato, há uma parcela pequena de gestantes que, por serem portadoras de alguma doença, sofrem algum agravo ou desenvolvem problemas durante a gestação, com maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Essa parcela constitui o grupo denominado como “gestantes de alto risco”.¹ Especificamente, o conceito de risco gravídico surge para identificar graus de vulnerabilidade nos períodos de gestação, parto, puerpério e vida da criança em seu primeiro ano. Na assistência pré-natal, a gestação de alto risco diz respeito às alterações relacionadas tanto à mãe como ao feto.²

Para uma mulher, individualmente, o risco de morte materna é influenciado tanto pelo risco associado à gestação, quanto pelo número de vezes que ela engravida. Cada vez que uma mulher engravida ela corre o risco de morte materna novamente, e assim, o risco se eleva ao longo da vida. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a *United Nations Children's Fund* (UNICEF) estimam que a cada ano 585.000 mulheres morram de causas relacionadas à gestação e ao parto.³ A OMS considera como aceitável uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) entre 6 e 20 óbitos por 100 mil nascidos vivos.⁴ Em 2001, ocorreram nas capitais brasileiras 74,5 mortes por causas maternas para cada 100 mil nascidos vivos, segundo dados oficiais, estimando-se que cerca de 98% das mortes de mulheres por causas maternas fossem evitáveis.⁵

O atendimento à gravidez de risco exige equipe médica e de enfermagem especializada devido à sua complexidade, não apenas considerando-se as patologias, mas, sobretudo, as suas repercussões sobre a dinâmica familiar e o estado emocional da família, bem como sobre a mulher, o conceito e a família, considerando-se aspectos biopsicossociais, culturais e espirituais.⁶

O objetivo do presente estudo foi descrever o perfil epidemiológico das patologias prevalentes na gestação de alto risco na Maternidade Escola Santa Mônica, no município de Maceió, Alagoas, Brasil.

Métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal e retrospectivo, referente ao período de janeiro de 2006 a dezembro de 2010, na Maternidade Escola Santa Mônica (CNES: 2009250), hospital especializado em gestações de alto risco, pertencente à rede pública Estadual (Alagoas) que presta atendimento ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade. Funciona como uma unidade auxiliar de ensino, pertencente ao complexo hospitalar da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Realiza uma média de 4.586 internações anuais, sendo destas 2.933 de alto risco; e uma média de 2.348 partos anuais, segundo dados informados pelo Núcleo Hospitalar de Epidemiologia.

Foram incluídos os dados de prontuários das gestantes de alto risco atendidas por ocasião do parto na maternidade no período estudado, tendo sido excluídos da pesquisa os prontuários não preenchidos corretamente ou incompletos quanto às patologias prevalentes na gestação de alto risco.

Sendo a maternidade em questão referência em alto risco, ela possui uma ficha de admissão contendo uma lista de condições, das quais se faz necessária a presença de pelo menos uma para classificar a gestante como de alto risco. Esta lista foi utilizada para selecionar a amostra e para desenvolver o formulário de coleta de dados. No formulário, houve agrupamento

de condições patológicas muito distintas, porém não foi possível modificá-lo para melhor análise, pois a coleta foi realizada segundo um protocolo próprio da maternidade. Esta não representa a melhor forma de se estudar a gestação de alto risco, inclusive sugeriu-se a modificação deste formulário, medida esta que está sendo discutida pela direção da maternidade.

O cálculo amostral foi realizado a partir do teste de hipótese para uma proporção, segundo Lwanga e Lemeshow,⁷ o qual utiliza os seguintes parâmetros: proporção na população; proporção sugerida; nível de significância; poder do teste; teste de hipótese bicaudal. Como resultado, foram obtidos 316 prontuários a serem analisados. Destes, 49 foram do ano de 2006; 76 do ano de 2007; 74 do ano de 2008; 60 do ano de 2009; e 57 do ano de 2010; conservando-se a proporção real dos partos de alto risco realizados por ano.

A coleta de dados foi realizada por meio de preenchimento do formulário com informações dos prontuários. O preenchimento foi realizado por duas acadêmicas do 4º ano do curso de medicina que participaram da pesquisa. Os prontuários foram selecionados de maneira aleatória, de forma que os elementos foram enumerados e, em seguida, sorteados por meio de uma tabela de números aleatórios, sendo que todos os elementos tiveram a mesma probabilidade de serem selecionados. Repetiu-se o procedimento até que todas as unidades da amostra fossem obtidas. As variáveis estudadas abrangeram: patologias prevalentes na gestação de alto risco, idade materna, número de gestações, tipo de parto e tempo de gestação.

Todas as informações transcritas dos prontuários médicos foram submetidas à crítica e os dados obtidos, verificados em sua consistência. A codificação foi realizada atribuindo-se um número a cada variável. Estes números foram utilizados na planilha de coleta de dados no lugar dos nomes das variáveis. Depois da codificação, os dados foram submetidos ao processo de entrada, por meio do programa Microsoft Excel para Mac 2011, versão 14.0.0. O processamento para a análise estatística foi efetuado utilizando-se os programas Microsoft Excel para Mac 2011, versão 14.0.0 e Bioestat, versão 5.0.

Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, processo 1452/2010. Não constou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) das pacientes cujas fichas foram analisadas, procedimento este de acordo com as Diretrizes Éticas e Internacionais – CIOMS/OMS, publicadas pelo Conselho Federal de Medicina.

Resultados

Foram analisados 316 prontuários. Dos prontuários de 2008, 4 foram excluídos por não conterem os dados referentes à variável primária. Apesar de terem sido colhidos dados de 312 prontuários, como os diagnósticos não foram mutuamente exclusivos, cada gestante pode ter mais de uma patologia que a classificasse como sendo de alto risco. Sendo assim, os valores das prevalências, assim como dos seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%) encontrados, estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1. Patologias prevalentes na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, 2006-2010.

	Prevalência % (n)	IC 95%
Antecedentes Obstétricos		
Passado obstétrico desfavorável (recém-nascido com retardo de crescimento, pré-termo, malformado ou óbito fetal)	2,6 (8)	1,2 a 5,0
Abortamento habitual	1,0 (3)	0,2 a 2,9
Síndrome hemorrágica ou hipertensiva em gestação anterior	0,6 (2)	0,02 a 2,4
Intercorrências Clínicas		
Cardiopatias	1,3 (4)	0,3 a 3,3
Pneumopatias	2,0 (6)	0,8 a 4,2
Nefropatias	1,3 (4)	0,4 a 3,4
Endocrinopatias	3,2 (10)	1,7 a 5,9
Hipertensão arterial	7,0 (22)	4,7 a 10,5
Epilepsia	0,6 (2)	0,02 a 2,5
Doenças infecciosas	17,3 (54)	13,5 a 21,9
Ginecopatias	2,6 (8)	1,2 a 5,1
Doença Obstétrica na Gravidez Atual		
Desvio quanto ao crescimento uterino e volume de líquido amniótico, gemelaridade	18,6 (58)	14,6 a 23,3
Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada	31,4 (98)	26,5 a 36,8
Pré-eclâmpsia e eclâmpsia	31,1 (97)	26,2 a 36,4
Amniorrexe prematura	12,8 (40)	9,5 a 17,0
Hemorragias da gestação	2,6 (8)	1,2 a 5,0
Isoimunização	1,6 (5)	0,6 a 3,8

A análise univariada foi empregada a fim de descrever o perfil epidemiológico das patologias, assim como para obter a frequência das demais variáveis. A seguir, foram realizadas análises bivariadas, para explorar a magnitude de associações entre as variáveis independentes e as patologias mais prevalentes na gestação de alto risco. Foi também realizada uma análise multivariável para controlar o efeito das variáveis independentes sobre o trabalho de parto prematuro (patologia mais prevalente na gestação de alto risco). O Trabalho de Parto Prematuro (TPP), com 31,4% (98/312; IC95% 26,5 a 36,8), foi a patologia mais prevalente na gestação de alto risco (Tabela 1).

Em relação às demais variáveis independentes, as prevalências encontradas estão descritas na Tabela 2. Observa-se que, em relação à idade materna, 72,7% (227/312; IC95% 67,5 a 77,4) das gestantes eram jovens. A menor idade foi 13 anos e a maior, 60 anos; a idade média foi de 29,03 anos com mediana de 29 anos.

Tabela 2. Prevalência das variáveis independentes na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, 2006-2010.

Variável	Categoria	N	n %	IC 95%
Faixa etária (anos)				
	< 20	74	23,7	19,3 a 28,7
	20-30	153	49,0	43,5 a 54,6
	31-40	74	23,7	19,3 a 28,7
	41-50	8	2,6	1,2 a 5,1
	> 50	3	1,0	0,2 a 2,9
Número de gestações				
	Primigesta	146	46,8	41,3 a 52,3
	Multigesta	165	52,9	47,3 a 58,3
	Sem informação	1	0,3	0,0 a 1,9
Tempo de gestação				
	Prematuro	148	47,4	42,0 a 53,0
	A Termo	147	47,1	41,6 a 52,7
	Sem informação	17	5,4	3,4 a 8,6
Tipo de parto				
	Vaginal*	115	36,8	31,5 a 42,5
	Cesáreo	184	59,0	53,4 a 64,3
	Sem informação	13	4,2	2,4 a 7,1
Total		312	100,0	

*Dos 115 partos vaginais, em 1 parto foi utilizado fórceps e 114 foram normais.

A Tabela 3 mostra a comparação da proporção de TPP com faixa etária, número de gestações e tipo de parto, para a qual foi utilizado o teste qui-quadrado, adotando-se o nível de significância de 5% (0,05), incluindo-se a razão de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança (IC).

Tabela 3. Análise bivariada do trabalho de parto prematuro na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, 2006-2010.

	N	Trabalho de Parto Prematuro*			
		n %	Valor p	Razão de prevalência [#]	IC 95%
Faixa etária					
< 20	33	33,7	<0,0001	1,5	1,47 a 1,62
20-30	51	52,1	<0,0001	-	-
31-40	7	7,1	<0,0001	7,3	4,38 a 14,30
41-50	6	6,1	<0,0001	8,5	4,85 a 18,10
> 50	1	1,0	<0,0001	51,1	-
Total	98	100	<0,0001	-	-
Número de gestações					
Primigesta	55	56,1	0,028	1,3	1,21 a 1,70
Multigesta	43	43,9	0,028	-	-
Total	98	100	0,028	-	-
Tipo de parto					
Normal	61*	64,9	<0,0001	1,8	1,63 a 2,12
Cesáreo	33	35,1	<0,0001	-	-
Total	94	100	<0,0001	-	-

*4 prontuários não continham informação referente ao tipo de parto. [#]Na variável faixa etária, foi realizada razão de prevalência da faixa entre 20-30 anos (mais prevalente) com as demais. *Dos 61 partos vaginais, em 1 parto foi utilizado fórceps e 60 foram partos normais.

Quanto à faixa etária, houve diferença altamente significativa ($p < 0,001$) entre a proporção de partos prematuros por faixa etária. Dos 98 casos de partos prematuros, a faixa etária de 20 a 30 anos foi a que apresentou a maior quantidade de prematuros, com 51 casos (52,1%), enquanto que na faixa etária abaixo de 20 anos houve 33 casos (33,7%).

Em relação ao número de gestações, houve diferença significativa ($p < 0,05$) entre a proporção de partos prematuros por número de gestações. Dos 98 casos, 55 (56,1%) gestantes eram primigestas enquanto 43 (43,9%) eram multigestas.

Na análise do tipo de parto, houve diferença estatística altamente significativa ($p < 0,001$) entre a proporção de partos prematuros por tipo de parto. Dos 94 casos registrados, 61 (64,9%) foram partos normais enquanto 33 (35,1%) foram cesarianas.

Todas as variáveis independentes analisadas são fatores de risco para o TPP (razão de prevalência > 1). Segundo a razão de prevalência, gestantes na faixa etária entre 20-30 anos apresentam uma probabilidade 8,5 vezes maior de evoluir com TPP do que as que possuem entre 41-50 anos e uma chance 1,5 vezes maior quando comparadas às gestantes com menos de 20 anos. É 1,3 vezes mais provável que uma primigesta apresente TPP do que uma multigesta. Enquanto que as gestantes que apresentaram TPP tem uma chance 1,8 vezes maior de evoluírem para parto normal do que para parto cesáreo.

Foi realizada análise múltipla (Tabela 4) por meio do teste de regressão logística múltipla, buscando a equação matemática que relacionasse a probabilidade de ocorrência de TPP decorrente de mais de uma variável independente atuando como fator de risco, utilizando *odds ratio* (OR) e intervalo de confiança de 95% (IC 95%), considerando-se as variáveis: faixa etária, número de gestações e tipo de parto. Depois da observação dos dados, concluiu-se que o TPP possui uma chance 17 vezes maior de ocorrer em pacientes primigestas na faixa etária entre 20-30 anos e que evoluíram para parto normal ($p < 0,0001$).

Tabela 4. Análise múltipla do trabalho de parto prematuro na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, 2006-2010.

Variáveis	Valor p	Odds Ratio	IC 95%
TPP	-	-	-
Faixa etária de 20-30 anos	0,8328	0,9547	0,62 a 1,47
Faixa etária de 20-30 anos e primigesta	0,4299	1,3121	0,67 a 2,58
Faixa etária de 20-30 anos e primigesta que evoluiu para parto normal	$< 0,0001$	0,1729	0,09 a 0,32

Foram feitas análises bivariadas dos desvios quanto ao crescimento uterino e volume de líquido amniótico, gemelaridade, pré-eclâmpsia e eclâmpsia e amniorrexe prematura, comparando-os à faixa etária, número de gestações, tempo de gestação e tipo de parto, para as quais foi utilizado o teste qui-quadrado, adotando-se o nível de significância de 5% (0,05), incluindo-se os intervalos de confiança representados na Tabela 5.

Tabela 5. Análise bivariada dos desvios quanto ao crescimento uterino e volume de líquido amniótico, gemelaridade, pré-eclâmpsia e eclâmpsia e amniorrexe prematura na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, 2006-2010.

	Desvio quanto ao crescimento uterino e volume de líquido amniótico, gemelaridade*			
	N	n %	IC 95%	Valor p
Faixa etária				
< 20	1	1,7	0,0 a 9,0	0,001
20-30	28	48,3	35 a 61,8	0,001
31-40	29	50	36,6 a 63,4	0,001
Total	58	100	-	0,001
Número de gestações				
Primigesta	9	15,5	7,4 a 27,4	$< 0,0001$
Multigesta	49	84,5	72,6 a 92,7	$< 0,0001$
Total	58	100	-	$< 0,0001$
Tempo de gestação				
Prematuro	7	14	5,8 a 26,7	$< 0,0001$
Termo	43	86	73,3 a 94,2	$< 0,0001$
Total	50	100	-	$< 0,0001$

Continua...

Tabela 5. Análise bivariada dos desvios quanto ao crescimento uterino e volume de líquido amniótico, gemelaridade, pré-eclâmpsia e eclâmpsia e amniorrexe prematura na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, 2006-2010.

Continuação...

Desvio quanto ao crescimento uterino e volume de líquido amniótico, gemelaridade*				
	N	n %	IC 95%	Valor p
Tipo de parto				
Normal	10	19,6	9,8 a 33,1	0,003
Cesáreo	41	80,4	66,9 a 90,2	0,003
Total	51	100	-	0,003
Pré-Eclâmpsia e Eclâmpsia				
Faixa etária				
< 20	35	36,1	26,6 a 46,5	0,018
20-30	40	41,3	31,3 a 51,7	0,018
31-40	19	19,5	12,2 a 28,9	0,018
41-50	2	2,1	0 a 7,3	0,018
> 50	1	1	0 a 5,6	0,018
Total	97	100	-	0,018
Número de gestações				
Primigesta	70	72,2	62,14 a 80,79	<0,0001
Multigesta	27	27,8	19,21 a 37,86	<0,0001
Total	97	100	-	<0,0001
Tempo de gestação				
Prematuro	35	36,1	26,58 a 46,46	0,001
Termo	62	63,9	53,54 a 73,42	0,001
Total	97	100	-	0,001
Tipo de parto				
Normal	32	33,0	23,8 a 43,7	0,222
Cesáreo	65	67,0	56,7 a 76,2	0,222
Total	97	100	-	0,222
Amniorrexe Prematura*				
Faixa etária				
< 20	1	2,5	0 a 13,2	0,001
20-30	29	72,5	56,1 a 85,4	0,001
31-40	10	25	12,7 a 41,2	0,001
Total	40	100	-	0,001
Número de gestações				
Primigesta	5	12,8	4,3 a 27,4	<0,0001
Multigesta	34	87,2	72,6 a 95,7	<0,0001
Total	39	100	-	<0,0001
Tempo de gestação				
Prematuro	22	56,4	39,6 a 72,2	0,4027
Termo	17	43,6	27,8 a 60,4	0,4027
Total	39	100	-	0,4027
Tipo de parto				
Normal	6	15,4	5,9 a 30,5	0,002
Cesáreo	33	84,6	69,5 a 94,1	0,002
Total	39	100	-	0,002

*8 prontuários não continham informação referente ao tempo de gestação; 7 prontuários não continham informação referente ao tipo de parto. #1 prontuário não continha informação referente ao número de gestações; 1 prontuário não continha informação referente ao tempo de gestação; 1 prontuário não continha informação referente ao tipo de parto.

Na análise dos desvios quanto ao crescimento uterino, volume de líquido amniótico e gemelaridade considerando a faixa etária, houve diferença significativa ($p < 0,05$) entre a proporção destas patologias. Dos 58 casos, a faixa etária de 31 a 40 anos foi a que apresentou maior prevalência, com 29 casos (50%), enquanto que, na faixa etária de 20 a 30 anos houve 28 casos (48,3%). Estas patologias não ocorreram em gestantes com mais de 40 anos.

Em relação ao número de gestações, houve diferença altamente significativa ($p < 0,0001$) na prevalência destas patologias. Dos 58 casos, 49 (84,5%) eram multigestas, enquanto 9 (15,5%) eram primigestas.

Considerando o tempo de gestação, também houve diferença altamente significativa ($p < 0,0001$) entre a proporção destas patologias por tempo de gestação, sendo que dos 50 casos, 43 (86%) gestações evoluíram para parto a termo, enquanto 7 (14%) evoluíram para parto prematuro.

Quanto ao tipo de parto houve diferença significativa ($p < 0,05$) entre a prevalência destas patologias. Dos 51 casos registrados, 41 (80,4%) foram cesarianas enquanto 10 (19,6%) foram partos normais.

No estudo da pré-eclâmpsia e eclâmpsia quanto à faixa etária, houve diferença significativa ($p < 0,05$) entre a proporção de Doença Hipertensiva Específica da Gestação por faixa etária. Dos 97 casos, a faixa etária de 20 a 30 anos foi a que apresentou a maior prevalência com 40 casos (41,3%) enquanto que, na faixa etária abaixo de 20 anos houve 35 casos (36,1%).

Na análise do número de gestações, houve diferença estatística altamente significativa ($p < 0,0001$) entre a proporção de pré-eclâmpsia e eclâmpsia por número de gestações. Dos 97 casos registrados, 70 (72,2%) eram primigestas enquanto 27 (27,8%) eram multigestas. Considerando o tempo de gestação, houve diferença significativa ($p < 0,05$) entre a prevalência destas patologias. Dos 97 casos, 62 (63,9%) foram partos a termo, confrontados com 35 (36,1%) partos prematuros.

Em relação ao tipo de parto, não houve diferença significativa ($p > 0,05$) entre a prevalência de pré-eclâmpsia e eclâmpsia por tipo de parto.

Analisando a amniorrexe prematura, no estudo por faixa etária, houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) na proporção de gestantes com esta patologia, sendo que dos 40 casos, 29 (72,5%) pertenciam à faixa dos 20 aos 30 anos, seguidos pela faixa de 31 a 40 anos, com 10 casos (25%). Não houve amniorrexe prematura em gestantes com mais de 40 anos.

Quanto ao número de gestações, houve diferença altamente significativa ($p < 0,0001$) entre a prevalência deste agravo. Dos 39 casos, 34 (87,2%) eram multigestas, enquanto que 5 (12,8%) eram primigestas. Considerando-se o tempo de gestação, não houve diferença significativa ($p > 0,05$) entre a prevalência desta doença.

Na análise do tipo de parto, houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) na proporção de gestantes com amniorrexe prematura. Dos 39 casos, 33 (84,6%) evoluíram para cesariana, quando confrontados com 6 (15,4%) casos, os quais evoluíram para partos normais.

Discussão

Durante a gestação, a mulher está sujeita a condições especiais (consideradas inerentes ao estado gravídico) que acarretam mudanças nos processos metabólicos que, caso sejam medidas, podem auxiliar na determinação do estado fetal. Seguindo esse raciocínio, toda gestação traz um risco para a mãe ou para o feto, no entanto, em um pequeno número delas esse risco estará muito aumentado.²

Para uma atuação eficiente da equipe de assistência, visando à identificação dos problemas que possam resultar em maiores danos à saúde das mulheres e/ou seus filhos ou filhas, é necessária a utilização de instrumentos discriminadores no processo de recomendar, gerar e fornecer cuidados de maneira diferenciada.¹

Gestação de alto risco é “[...] aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada [...]”.¹

Neste estudo, entre as patologias envolvidas na gestação de alto risco o trabalho de parto prematuro foi a patologia mais prevalente, com 31,41%. Este achado é corroborado pela literatura, na qual a prevalência do TPP como causa de gestação de alto risco varia entre 62-71%.^{6,8}

As crianças nascidas pré-termo têm um risco elevado de adoecer e morrer em razão de seu incompleto desenvolvimento fetal e maior suscetibilidade às infecções, complicadas pela manipulação e grande período de permanência nas unidades neonatais.⁹

Assim, torna-se necessário atuar na prevenção dos fatores associados ao TPP, seja de âmbito demográfico (orientação pré-nupcial e planejamento familiar), socioeconômico, comportamental (supressão do fumo e do álcool), biomédico (evitar e tratar doenças durante a gestação) e atenção médica (pré-natal bem conduzido, deter o TPP e acelerar maturação pulmonar).

No presente estudo houve uma limitação na determinação do perfil epidemiológico da gestação de alto risco em relação aos diagnósticos das patologias, visto que as informações referentes aos antecedentes obstétricos foram suprimidas na maioria dos prontuários.

Em relação à idade materna, houve uma predominância de gestantes jovens (72,75%), estando a prevalência das menores de 20 anos (23,72%) em concordância com a literatura.¹⁰⁻¹² As adolescentes têm apresentado elevação nos índices de gravidez, em parte explicada pela idade da menarca precoce, início precoce das relações sexuais, e gravidezes mais jovens; enquanto as outras mulheres em idade reprodutiva têm apresentado taxas de fertilidade cada vez menores.¹³ Alguns estudos^{14,15} demonstram que as grávidas adolescentes iniciam mais tardiamente o pré-natal e realizam um menor número de consultas, quando comparadas às mulheres adultas.

Esperava-se encontrar maior proporção de primigestas, devido ao grande número de gestantes jovens, no entanto ocorreu uma predominância de multigestas (52,88%), podendo ser justificada pelo baixo nível socioeconômico da população deste estado, o que predispõe as mulheres a engravidarem diversas vezes ainda na adolescência.¹⁶ Ocorreu uma ligeira predominância do parto prematuro (47,43%) em relação ao parto a termo (47,11%), o que pode ser justificado pela enfermidade mais prevalente na gestação de alto risco neste estudo, o TPP.

Apesar da maior ocorrência de partos cesáreos (58,97%) na gestação de alto risco, o aumento nesta prevalência não é justificado somente pela elevação do risco obstétrico, visto que alguns estudos, como o realizado em Campinas,¹⁷ verificaram maior ocorrência de cesariana em grupos de menor risco obstétrico, como as mulheres de estratos sociais mais elevados, com maior escolaridade, maior renda, que compareceram a mais consultas de pré-natal e que foram atendidas em serviços privados e conveniados. Esses achados sugerem que a decisão de realizar o parto cirúrgico não se baseou somente em critérios técnicos e mostram que esse tipo de parto tem adquirido um caráter de bem de consumo, que pode ser utilizado por quem possa custeá-lo.¹²

Relacionando o TPP às variáveis independentes, encontrou-se uma associação entre esta patologia e as gestantes com idade entre 20 e 30 anos, sendo esse achado também referido em alguns estudos recentes,^{8,18} porém existem artigos na literatura discordantes deste dado, citando os extremos de idade como fatores de risco clássicos para o TPP.^{12,19,20}

No presente estudo foram evidenciados resultados discordantes quanto à paridade das gestantes em TPP com os descritos no Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina,²¹ no entanto, outros autores^{8,22} encontraram uma prevalência similar à demonstrada neste trabalho no qual as primigestas prevaleceram sobre as multigestas. Encontrou-se associação entre TPP e parto normal, embora na literatura ocorra incerteza e controvérsia na escolha da via de parto do prematuro.²³ Apesar de alguns estudos retrospectivos sugerirem que a cesárea é benéfica para o prematuro extremo em apresentação cefálica, não há evidências científicas consistentes de que a prática da cesárea melhore a sobrevivência ou diminua a morbidade neonatal.²⁴

Levando-se em consideração o agrupamento das variáveis (desvio quanto ao crescimento uterino e volume de líquido amniótico, gemelaridade) não foi possível atribuir as prevalências encontradas a cada uma isoladamente, porém a explicação para alguns dos achados pode ser sugerida pelo perfil epidemiológico conhecido de uma delas, de modo que a maior quantidade de gestantes (50%) com idades entre 31 e 40 anos pode ser justificada pelos casos de gravidez múltipla que costumam acometer essa faixa etária,^{25,26} assim como a maior ocorrência de cesáreas (80,4%) a qual tem risco aumentado em 8,3 vezes segundo Cabral et al..²⁷

Na comparação da prevalência de pré-eclâmpsia e eclâmpsia com faixa etária, número de gestações e tempo de gestação, esta patologia esteve mais presente nas gestantes entre 20 e 30 anos (41,3%), primigestas (72,2%), que evoluíram com parto a termo (63,9%). O presente estudo não contribuiu para reforçar o impacto desta doença nos extremos de idade, como demonstrado em estudos anteriores.^{12,28,29} Trabalho realizado em Cuba³⁰ reforça os resultados encontrados no presente estudo, com exceção do tempo de gestação, já que obteve maior risco de evolução para parto prematuro nas gestantes com Doença Hipertensiva Específica da Gestação.

Confrontando a amniorrexe prematura com as demais variáveis independentes, foi possível verificar associação com a faixa etária de 20 a 30 anos (72,5%), gestantes multigestas (87,2%) e com evolução para cesariana (84,6%). Em estudo realizado no Rio de Janeiro por Paula et al.,³¹ os dados quanto à faixa etária foram semelhantes aos encontrados nesta pesquisa, com idade média de 26,7 anos. Em contrapartida, as gestantes eram primigestas e o tipo de parto mais prevalente foi o transpélvico. Dados similares a este quanto à idade e número de gestações também foram obtidos em pesquisa realizada em Recife por Oliveira et al..³² No entanto, Cabral et al.²⁷ encontraram forte associação entre amniorrexe prematura e cesárea,

que pode ser explicada pela imaturidade do colo uterino nesses casos, afirmando ser a rotura prematura de membranas um fator de risco para parto cirúrgico.

Sendo assim, foi encontrado como causa de internação em alto risco obstétrico o trabalho de parto prematuro em gestantes jovens, multigestas, que evoluíram para um parto cesariano e pré-termo. A possível explicação para esses achados é o baixo nível socioeconômico das pacientes, associado a um pré-natal de má qualidade, assim como uma deficiente assistência ao parto.

Já na análise isolada do TPP houve uma mudança na caracterização, pois prevaleceram gestantes um pouco menos jovens, primigestas, com evolução para parto normal, sendo que, quando estas características apareceram em somatório na mesma gestante, houve uma elevação no risco de ocorrência do TPP em 17 vezes.

Conclusões

Diante da alta prevalência do TPP entre as patologias que levam à gestação de alto risco, torna-se importante instituir medidas que o previnam, tanto em: a) Nível Primário - identificando e tratando fatores de risco; b) Nível Secundário - fazendo diagnóstico precoce; como em c) Nível Terciário - intervindo para minimizar as principais complicações do nascimento prematuro. Porém, para maiores conclusões, são necessárias pesquisas adicionais para estudar as demais patologias prevalentes na gestação de alto risco de maneira isolada.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Gestação de alto risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. 9 p.
2. Gomes R, Cavalcanti LF, Marinho ASN, Silva LGP. Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetria: um estudo bibliográfico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2001; 9(4):62-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692001000400011>
3. Maine D, Akalin MZ, Ward VM, Kamara A. The Design and Evaluation of Maternal Mortality Programs. New York: Center for Population and Family Health; 1997. 4 p. Disponível em: <http://www.amddprogram.org/v1/resources/DesignEvalMM-EN.pdf>
4. Costa AAR, Ribas MSSS, Amorim MMR, Santos LC. Mortalidade materna na cidade do Recife. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2002; 24: 455-61. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032002000700005>
5. Low S, Batista MF, Souza AI. Assistência Pré-natal no Estado de Pernambuco. Recife: Bagaço; 2001.
6. Gouveia HG, Lopes MHBM. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2004; 12(2): 175-82. PMID:15303220. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000200005>
7. Lwanga SK, Lemeshow S. Sample size determination in health studies: a practical manual. Geneva: World Health Organization; 1991. PMID:PMc2393240. Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/40062#sthash.pQer9V7G.dpuf>
8. Gois ALCG, Cravo EO, Mendes RB. Infecção do trato urinário e trabalho de parto prematuro: a realidade em uma maternidade referência para alto risco em Aracaju (SE). *Cad Graduação – Ciênc Biol Saúde*. 2010; (11): 65-80. Disponível em: http://www.unit.br/Publica/2010-1/BS_INFECCAO.pdf
9. Silva AMR, Almeida MF, Matsuo T, Soares DA. Fatores de risco para nascimentos pré-termo em Londrina, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009; (25):2125-38. PMID:19851613. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001000004>
10. Trevisan MR, De Lorenzi DRS, Araujo NM, Esber K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2002; 24: 293-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032002000500002>
11. Silva AAM, Coimbra LC, Silva RA, Alves MTSSB, Lamy FF, Lamy ZC, et al. Perinatal health and mother-child health care in the municipality of São Luís, Maranhão State, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2001; 17(6): 1412-23. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000600025>
12. Santos GHN, Martins MG, Sousa MS, Batalha SJC. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009; 31(7): 326-34. PMID:19838577. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032009000700002>
13. Silva JLCP, Surita FGC. Idade materna: resultados perinatais e via de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009; 31(7): 321-5. PMID:19838576 <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032009000700001>
14. Pinto LF, Malafaia MF, Borges JA, Baccaro A, Soranz DR. Perfil social das gestantes em unidade de saúde da família do município de Teresópolis. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10: 205-13. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100027>
15. Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puerperas de baixa renda. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18: 153-61. PMID:11910434. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000100016>

16. Carvalho VCP, Araújo TVB. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, estado de Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2007; (7):309-17. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292007000300010>
17. Carniel EF, Zanolli ML, Morcillo AM. Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas (SP). *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2007; 29(1): 34-40. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032007000100006>
18. Silveira MF, Santos IS, Barros AJD, Matijasevich A, Barros FC, Victora CG. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. *Revista de Saúde Pública.* 2008; 42(5): 957-64. PMID:18833394. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000500023>
19. Cascaes AM, Gauche H, Baramarchi FM, Borges CM, Peres KG. Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(5): 1024-32. PMID:18461231. dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000500009
20. Dória MT, Spautz CC. Trabalho de parto prematuro: predição e prevenção. *Femina.* 2011; 39(9): 443-9.
21. Lopes HV, Tavares W. Infecções do Trato Urinário: Diagnóstico. Sociedade Brasileira de Infectologia, Sociedade Brasileira de Urologia; 2004. Projeto Diretrizes.
22. Baleiras C, Campos A, Lorenço I, Revez AI. Infecções Urinárias e Gravidez. *Act Med Port.* 1998; 11(10): 839-46. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/2336>
23. Bittar RE, Zugaib M. Qual é a melhor via de parto para o feto prematuro? *Femina.* 2010; 38(10): 543-6.
24. Lee HC, Gould J. Survival advantage associated with cesarean delivery in very low birth weight vertex neonates. *Obstet Gynecol.* 2006; 107(6): 97-105. PMID:16394046. <http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000192400.31757.a6>
25. Colletto GMD, Segre CAM, Beiguelman B. Twinning rate in a sample from a Brazilian hospital with a high standard of reproductive care. *Rev Paul Med.* 2001; 119(6): 216-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-31802001000600007>
26. Rodrigues CT, Branco MR, Ferreira ID, Nordeste A, Fonseca M, Taborda A, et al. Epidemiologia da gestação múltipla: Casuística de 15 anos. *Acta Méd Port.* 2005; 18(2): 107-11. PMID:16202342. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1016>.
27. Cabral SALCS, Ferreira C, Costa CFF, Cabral SF Jr. Correlação entre a Idade Materna, Paridade, Gemelaridade, Síndrome Hipertensiva e Ruptura Prematura de Membranas e a Indicação de Parto Cesáreo. *RBGO.* 2003; 25(10): 739-44. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032003001000007>
28. Gonçalves R, Fernandes RAQ, Sobral DH. Prevalência da Doença Hipertensiva Específica da Gestação em hospital público de São Paulo. *Rev Bras Enferm.* 2005; 58(1):61-4. PMID:16268285. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000100011>
29. Jacobsson B, Ladfors L, Milsom I. Advanced maternal age and adverse perinatal outcome. *Obstet Gynecol.* 2004; 104(4): 727-33. PMID:15458893. <http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000140682.63746.be>
30. Mirás RG, Valdés AL, Bermúdez ALP, González MJD, Sánchez AG. Resultados maternos-perinatales de pacientes con preeclampsia. *Rev Cubana Obstetricia Ginecol.* 2012; 38(4): 467-77. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000400004&lng=es.
31. Paula GM, Silva LGP, Moreira MEL, Bonfim O. Repercussões da amniorrexe prematura no pré-termo sobre a morbimortalidade neonatal. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(11):2521-31. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001100007>
32. Oliveira CA, Lins CP, Sá RAM, Chaves Netto H, Bornia RG, Silva NR, et al. Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2006; 6(1): 93-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292006000100011>

Prevalência e controle de hanseníase: pesquisa em uma ocupação urbana de São Luís, Maranhão, Brasil

Prevalence and control of Hansen's disease: a research in an urban occupation area of São Luis, Maranhão state, Brazil

Prevalencia y control de la lepra: investigación en una ocupación urbana de São Luís, Maranhão, Brasil

Marcos Antonio Barbosa Pacheco. Centro Universitário do Maranhão (CEUMA). São Luís, MA, Brasil. mmmarco@terra.com.br (Autor correspondente)

Monica Lice Leite Aires. Centro Universitário do Maranhão (CEUMA). São Luís, MA, Brasil. monica.leite@hotmail.com

Emanuelle Samary Seixas. Centro Universitário do Maranhão (CEUMA). São Luís, MA, Brasil. emanuelle.samary@hotmail.com

Resumo

Objetivo: Investigar a prevalência de incapacidades em pacientes com Hanseníase em três Unidades Básicas de Saúde (UBS) de São Luís no Maranhão e discutir preliminarmente possíveis modos de controle da doença. **Métodos:** Foi realizado estudo retrospectivo descritivo por meio dos prontuários de todos os pacientes hansenianos (n=57) cadastrados nas UBS, no período correspondente aos anos de 2008 a 2009. As variáveis coletadas foram: idade, sexo, aspectos e situação clínica dos pacientes (GIF - Grau de incapacidade física, classificação operacional e forma clínica). **Resultados:** Foram encontrados 57 prontuários de pacientes hansenianos, dos quais 24 continham alguma alteração quanto ao grau de incapacidade dos pacientes. Entre aqueles que tinham algum grau de incapacidade física, 8 (33,3%) encontravam-se entre 21 e 30 anos, 2 (8,3%) tinham menos de 10 anos, 1 paciente (4,1%) tinha mais de 60 anos. Com relação ao sexo, 15 eram homens (62,5%) e 9 eram mulheres (37,5%). Quanto à classificação operacional da doença, três casos eram paucibacilares e 21 multibacilares. Dos 57 casos estudados, 33 usuários apresentaram GIF 0; 17 pacientes, GIF I; e 7 pacientes, GIF II. A prevalência de incapacidades físicas em pacientes com hanseníase neste estudo foi de 42,1%, correspondendo a 24 pacientes. **Conclusão:** O percentual de 12,28% para GIF II sugere que são necessárias medidas de tratamento e reabilitação com uma abordagem mais específica e foco nos serviços de atenção primária, para se evitar o agravamento da enfermidade e permitir o controle das incapacidades.

Abstract

Objective: To study the prevalence of patients with disability owing to leprosy in three Primary Healthcare Centres (PHC) in São Luis, Maranhão state and to discuss possible ways of disease control. **Methods:** A retrospective descriptive study based on medical records of all leprosy patients (n=57) registered in these PHCs between 2008 and 2009. The following variables were analyzed: age, sex, aspect and clinical status (DPD - Degree of Physical Disability, operational classification and clinical form). **Results:** Fifty-seven medical records of patients with leprosy were found, and 24 of them contained some alteration in the DPD of patients. Among those who presented some degree of disability, eight patients (33.3%) were between 21 and 30 years old, 2 (8.3%) were under than 10 years of age, and 1 patient (4.1%) was over 60 years old. Regarding sex, 15 were men (62.5%) and 9 were women (37.5%). With respect to the operational classification of disease, 3 cases were paucibacillary and 21 were multibacillary. Of the 57 cases, 33 patients presented DPD 0; 17 patients showed DPD I; and 7 patients presented DPD II. The prevalence of physical disabilities in leprosy patients in this study was 42.1%, corresponding to 24 patients. **Conclusion:** The prevalence of 12.28% of DPD II patients suggests that treatment and rehabilitation measures are needed, with a more specific approach and focus on primary care services to prevent the worsening of this disease and allow the control of its disabilities.

Palavras-chave:

Prevalência
Hanseníase
Medicina de Família e Comunidade
Atenção Primária à Saúde

Keywords:

Prevalence
Leprosy
Family Practice
Primary Health Care

Fonte de financiamento:

declararam não haver.

Parecer CEP:

Universidade CEUMA nº
155.121.

Conflito de interesses:

declararam não haver.

Recebido em: 18/01/2013

Approved em: 14/09/2013

Resumen

Objetivo: Investigar la prevalencia de las discapacidades en los pacientes con lepra en tres Unidades Básicas de Salud (UBS) de São Luís de Maranhão, y preliminarmente discutir posibles formas de controlar la enfermedad. **Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo a través de los historiales clínicos de todos los pacientes con lepra (n=57) registrados en las UBS, en el período correspondiente a los años que van de 2008 a 2009. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, aspectos y estado clínico de los pacientes (GDF - Grado de discapacidad física, clasificación operativa y forma clínica). **Resultados:** Se encontraron 57 registros médicos de pacientes con lepra, de los cuales 24 contenían alguna alteración relacionada con el grado de discapacidad de los pacientes. Entre los que tenían algún grado de discapacidad física, 8 (33,3%) tenían entre 21 y 30 años, 2 (8,3%) tenían menos de 10 años, y 1 paciente (4,1%) tenía más de 60 años. Con respecto al sexo, 15 eran hombres (62,5%) y 9 eran mujeres (37,5%). En cuanto a la clasificación operativa de la enfermedad, tres casos fueron paucibacilares y 21 multibacilares. De los 57 casos estudiados, 33 usuarios presentaron GIF 0; 17 pacientes GIF I; y 7 pacientes GIF II. La prevalencia de las discapacidades físicas en pacientes con lepra en este estudio fue del 42,1%, que corresponde a 24 pacientes. **Conclusión:** El porcentaje de 12,28% para GIF II sugiere que se necesitan medidas de tratamiento y rehabilitación con un enfoque más específico y focalizado en los servicios de atención primaria, para impedir el empeoramiento de la enfermedad y permitir el control de las discapacidades.

Palabras clave:

Prevalencia
Lepra
Medicina Familiar y Comunitaria
Atención Primaria de Salud

Introdução

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de evolução lenta, potencialmente incapacitante, que se manifesta principalmente por meio de sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões na pele e nos nervos periféricos, com alterações significativas de sensibilidade e surgimento de deformidades. O agente causal da doença é o *Mycobacterium leprae* que é eliminado pelas vias aéreas superiores. O período de incubação é variável, de 2 a 7 anos, em alguns casos com períodos de incubação de 7 meses e de mais de 10 anos. Seu reservatório é o homem e a transmissão é predominantemente domiciliar.¹

O Brasil está entre os países mais endêmicos para a doença no mundo, com 33.955 novos casos em 2011 e apesar da redução da prevalência no decorrer dos anos, a hanseníase continua sendo um problema de saúde pública no país. A prevalência da doença é de 1,54/10000 habitantes, ainda inferior à meta de menos de 1 caso por 10.000 habitantes, instituída pela Organização Mundial da Saúde (OMS).²

Cerca de 20% de todos os novos casos apresentam algum grau de incapacidade física no momento do diagnóstico, e outros 15% irão desenvolvê-las mesmo que todas as ações de saúde sejam realizadas adequadamente, seja no tratamento das neurites, dos estados reacionais e mesmo com a poliquimioterapia.³ Em 2010, o coeficiente de detecção de casos com grau 2 de incapacidade foi de 1,2/100 mil habitantes para as duas áreas mais endêmicas (regiões Norte e Centro-Oeste) e esse coeficiente mostrou-se o dobro da média nacional.⁴

Atualmente, a prevenção das deficiências e das incapacidades físicas resultantes da doença é realizada por meio do diagnóstico e do tratamento precoce. O tratamento da hanseníase compreende: quimioterapia específica; supressão dos surtos reacionais, com corticoides e talidomida; prevenção de incapacidades físicas; reabilitação física e psicossocial. A poliquimioterapia (PQT) com rifampicina, dapsona e clofazimina é a base do tratamento.⁵

Contudo, apesar de o esquema terapêutico possibilitar a cura, podem ocorrer reações durante o tratamento e após a alta, assim como quando a doença não é diagnosticada e tratada precocemente, o que possibilita quadros de neurite e, caso os pacientes não recebam orientações e tratamento específicos, pode gerar incapacidades.⁵

Essas reações são divididas em dois tipos: a) Tipo 1 – ocorrem em pacientes com algum grau de imunidade celular, como os tuberculoides e dimorfos; e b) Tipo 2 – reações mediadas por anticorpos, que ocorrem nos Virchowianos e também em alguns dimorfos. A manifestação clínica mais frequente da reação tipo 2 é o eritema nodoso hansênico.⁶ As reações do tipo 1, também denominadas reações reversas, são causa frequente de incapacidades, o que torna de suma importância as avaliações periódicas dos pacientes em tratamento, mesmo na ausência de qualquer queixa.⁷

A OMS, com o objetivo de sistematizar o estudo das incapacidades geradas pela hanseníase, criou um formulário para anotações e detalhamento dos diferentes graus em cada paciente, considerando inicialmente três graus de incapacidade, em ordem crescente, segundo o acometimento de mãos, pés e olhos: o grau zero corresponde à ausência de incapacidades devido à hanseníase, e os graus 1 e 2 decorrem de alterações sensitivas e/ou motoras de gravidade crescente.⁸

No Brasil, os estudos a respeito das incapacidades em pacientes com hanseníase na população geral ainda são escassos. Diante dessa carência de dados, torna-se relevante levantar a prevalência de incapacidades nos pacientes com Hanseníase, determinar a tipologia e graus de incapacidade desses pacientes e verificar a distribuição quanto ao gênero, faixa etária e modo de entrada.

A ideia de se trabalhar mais especificamente com a prevalência de incapacidade provocada pela doença é porque esta se constitui em bom indicador para apontar diagnósticos tardios. Contudo, além de uma descrição da prevalência de incapacidades e suas correlações, pontua-se, neste artigo, o papel da atenção primária no âmbito do controle de endemias, tomando como referência empírica, o caso da hanseníase no contexto de investigação e atuação dos autores deste estudo.

Quanto ao perfil local da hanseníase, dados da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) dão conta de que no ano de 2011 a prevalência de hanseníase no município de São Luís foi de 6,5 casos para cada grupo de dez mil pessoas, o que coloca o município na condição de hiperendêmico, juntamente com outros municípios do Estado do Maranhão, unidade da federação também considerada hiperendêmica.²

No caso específico desta investigação sobre incapacidade provocada por hanseníase, este estudo teve como objetivo estudar a prevalência de incapacidades em usuários das três UBS da Comunidade da Cidade Olímpica, na cidade de São Luís, no Estado do Maranhão. A presente pesquisa tratou, portanto, de mapear a prevalência de hanseníase em um determinado território assistencial e, secundariamente, suscitar alternativas para seu enfrentamento.

Métodos

O presente artigo é decorrente de um trabalho de pesquisa desenvolvido em três Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas em uma ocupação urbana no município de São Luís (MA), cujo objetivo foi estudar a prevalência de incapacidades em pacientes com hanseníase inscritos nessas Unidades. A comunidade chama-se Cidade Olímpica, em alusão às olimpíadas de 1996, ano em que se deu a ocupação (desordenada) do bairro que atualmente conta com uma população estimada em mais de 72 mil habitantes, cujas famílias são originárias das mais diversas regiões do Estado.⁹

Esta comunidade possuía (no período relativo aos questionários pesquisados) e ainda possui uma cobertura assistencial da Estratégia Saúde da Família (ESF) em torno de 45%. Tomando-se como parâmetro a relação média de 3.500 pessoas por equipe, e considerando-se a presença de apenas nove equipes (três em cada UBS) para uma população estimada de 72 mil habitantes, que deveria ter no mínimo vinte equipes, as nove equipes representam, neste ponto de corte, uma cobertura de menos da metade do que seria minimamente desejável.¹⁰

Realizou-se um estudo retrospectivo descritivo que se utilizou de pesquisa documental em prontuários de todos os pacientes hansenianos (n=57) cadastrados nas três UBS no distrito sanitário do Tirirical, São Luís do Maranhão, no período correspondente aos anos de 2008 a 2009. Os critérios para inclusão foram pacientes em tratamento nos anos de 2008 e 2009, ou seja, todos os pacientes diagnosticados e/ou assistidos nesse período, cadastrados no programa de controle da hanseníase das Unidades de Saúde citadas. Contudo, a pesquisa concentrou-se nos usuários que apresentaram algum grau de incapacidade.

Extraíram-se, dos registros nos prontuários, variáveis relacionadas aos dados pessoais dos pacientes (idade e sexo) e aos aspectos e situação clínica, tais como: modo de entrada, classificação operacional (paucibacilar ou multibacilar) e Grau de Incapacidade Física (GIF 0, 1 ou 2) no momento do diagnóstico. Os achados foram transcritos para uma Planilha Excel® e todos os casos de incapacidade física foram categorizados conforme critérios estabelecidos na Portaria do Ministério da Saúde (MS) n.º 3.125, de 7 de outubro de 2010 que dispõe sobre as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da hanseníase,¹¹ conforme quadro a seguir (Quadro 1).

Quadro 1. Caracterização de incapacidades de acordo com critérios estabelecidos pela portaria do Ministério da Saúde 3.125/2010.

Grau de incapacidade	Características
0	Nenhum problema com olhos, mãos ou pés devido à hanseníase.
1	Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos. Diminuição ou perda da sensibilidade protetora nas mãos e /ou nos pés.
2	Olhos: lagoftalmia e/ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou incapacidade de contar dedos a 6m de distância. Mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída. Pés: lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; pé caído; contratura do tornozelo.

Fonte: Portaria MS 3.125/2010.¹¹

Foi feita a análise descritiva dos dados, com indicação de frequência e cálculo percentual. Os dados foram obtidos a partir dos prontuários, preservando-se a identidade dos pacientes, de acordo com as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O presente trabalho foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos da Universidade Centro Universitário do Maranhão (CEUMA) e foi aprovado sob parecer favorável de nº 155.121, com dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por se tratar de estudo utilizando dados de prontuários.

Resultados

Do conjunto de um total de 57 prontuários de pacientes hansenianos analisados, 24 (42,1%) eram portadores de algum grau de incapacidade física. Entre aqueles que tinham algum grau de incapacidade física, 8 (33,3%) encontravam-se entre 21 e 30 anos; 2 (8,3%) tinham menos de 10 anos; 1 paciente (4,1%) tinha mais de 60 anos. Em relação ao sexo, 15 pacientes eram homens (62,5%), enquanto 9 eram mulheres (37,5%) (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição quanto ao sexo e grau de incapacidades em pacientes com hanseníase registrados em 3 UBS de São Luís, no período de 2008 a 2009.

Grau de incapacidade	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino		N	n %
	N	n %	N	n %		
0	20	35,1	13	22,8	33	57,9
1	06	10,5	11	19,3	17	29,8
2	03	05,2	04	07,1	07	12,3
Total	29	50,8	28	49,2	57	100,0

Quanto ao modo de entrada, isto é, a condição ou modo de inscrição do usuário, a maior parte do grupo com incapacidades correspondeu a “casos novos” (58,33%); 1 caso correspondendo a 4,16% dos pacientes apresentou-se como “recidiva”, o qual ocorreu com um caso “encaminhado”; um caso “transferido” e outro como “contactante”. Em 6 prontuários (25%) a informação sobre o modo de entrada estava ausente (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição da frequência e percentual, segundo o modo de entrada, dos pacientes com incapacidades em hanseníase registrados em 3 UBS de São Luís, no período de 2008 a 2009.

Modo de entrada	N	n %
Casos novos	14	58,33
Não informado	6	25
Encaminhado	1	4,16
Transferência	1	4,16
Contactante	1	4,16
Recidiva	1	4,16

Quando analisada a classificação operacional da doença, foram encontrados 3 casos paucibacilares (12,5%): 1 indeterminado (4,16%) e 2 tuberculoides (8,33%), e 21 multibacilares (87,5%): sendo 18 dimorfa (75%) e 3 virchowiana (12,5%) (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição de número e percentual por classificação operacional, dos pacientes com incapacidades em hanseníase registrados em 3 UBS de São Luís, no período de 2008 a 2009.

Classificação Operacional	N	n %
Paucibacilar	3	12,5
Indeterminado	1	4,16
Tuberculoides	2	8,33
Multibacilar	21	87,5
Dimorfa	18	75
Virchowiana	3	12,5

Discussão

Nas três UBS pesquisadas, o número total de hansenianos inscritos para tratamento no período era de 57, dos quais, como já apontado, 24 eram portadores de incapacidades físicas. O número de inscritos chama a atenção para a condição de hiperendemicidade, uma vez que o MS e a OMS têm por meta uma taxa de prevalência menor que 1 caso para cada grupo de 10 mil habitantes. Considerando-se que na época referida nos prontuários (2008 a 2009) a Cidade Olímpica possuía pouco mais de 60 mil habitantes, a prevalência tecnicamente aceitável seria de apenas entre seis e sete pacientes hansenianos na localidade.

Percebe-se que existe uma parcela significativa de pacientes com incapacidades, representando 42,1% da amostra de 57 pacientes. As deformidades e incapacidades físicas são o principal problema da hanseníase, sendo o percentual de pacientes com incapacidades, um indicador do impacto socio-sanitário importante da doença⁸ e, certamente, a baixa cobertura da ESF constitui-se em fator causal significativo.

A prevalência de incapacidades foi investigada em 2005 em 11 municípios do Paraná e atribuiu-se a alta prevalência encontrada (49,8%), inclusive mais alta que a da presente pesquisa (42,1%), à falta de qualificação dos profissionais e ao diagnóstico tardio dos casos. A realização de diagnóstico tardio, já com incapacidades, sugere que os serviços de saúde não estariam sendo capazes de detectar todos os doentes existentes, o que contribuiria para a permanência de casos não diagnosticados (prevalência oculta) evoluindo para deformidades, incapacidades e a continuidade da cadeia de transmissão.¹²

Quanto à faixa etária, as faixas que variavam entre 21 a 30 anos, 31 a 40 e 41 a 50 anos foram responsáveis respectivamente por 33,3%, 16,6% e 16,6%, totalizando dois terços dos acometidos, exatamente nas faixas de maior produtividade econômica desses pacientes. Em estudo de Gomes et al.¹³ observa-se que é também um indicador importante na prevalência das incapacidades, o fato de haver maior número de casos na faixa economicamente ativa, e, portanto, sob risco de exclusão da cadeia produtiva de adultos e, algumas vezes, de adultos jovens. Neste trabalho, a maioria dos usuários com incapacidades foi do sexo masculino 62,5%. Isso confirma o fato de que mulheres, de maneira geral, procuram mais os serviços de saúde e, neste caso, tratam mais “precocemente” sua hanseníase, evitando incapacidades. No caso específico da hanseníase, como apresenta deformidades evidentes, seria mais um fator de busca do tratamento mais cedo. As mulheres, de modo geral, se mostram mais preocupadas com a autoimagem do que os homens.

Quanto ao modo de entrada, grande parte dos hansenianos com incapacidades correspondeu a casos novos (58,33%). No Brasil, as taxas de detecção de novos casos de hanseníase sofreu declínio, mas ainda permanecem altas nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste, quando comparadas às regiões Sul e Sudeste, segundo dados e indicadores da Secretaria de Vigilância em Saúde.²

A investigação por meio de estudo bibliográfico sobre a tendência das taxas de detecção de novos casos de hanseníase em áreas endêmicas do Pacífico, Ásia, África e América Latina, apontou que a única das áreas estudadas em que houve consistente aumento da detecção da doença nos últimos 20 anos foi a América Latina.¹⁴ As tendências de aumento da detecção em São Luís e no Brasil corroboram com esses resultados.

Neste estudo, quanto ao grau de incapacidades, 33 pacientes (57,89%) apresentaram Grau de Incapacidade Física 0 (zero); 17 pacientes (29,82%) apresentaram alteração de sensibilidade protetora - GIF 1; e 7 pacientes (12,28%) possuíam deformidades instaladas - GIF 2, ou seja, dos referidos casos 24 pacientes (42,1%) apresentaram alguma alteração quanto ao grau de incapacidade.

De acordo com diferentes estudos realizados, é de fácil percepção que o GIF é variável. Em uma investigação realizada na faculdade de medicina de Ribeirão Preto (SP), com o intuito de prevenir a incapacidade na hanseníase, dos 18 pacientes selecionados, 6 apresentaram GIF 0, 14 GIF 1, e 6 pacientes GIF 2.¹⁵ Em uma pesquisa realizada em um centro de referência de Campo Grande, avaliaram-se 282 prontuários de hansenianos, no período de 2000 a 2002, e os autores concluíram que 31,2% foram caracterizados no GIF 1 e 16,1% no GIF 2, totalizando 47,3% dos casos que possuíam algum grau de incapacidade com alteração de sensibilidade e/ou física.¹⁶

No estudo de Gomes et al.,¹³ realizado em um centro de referência, no período de novembro de 2003 a janeiro de 2005, com 61 pacientes, encontraram-se 59% com GIF 0; 23% GIF 1; e 18% com GIF 2. Em estudo retrospectivo realizado no sul do País, dos 92,6% pacientes avaliados, foram encontrados 57,4% de pacientes com GIF 0; 27,8% GIF 1; e 14,8% com GIF 2.¹⁷

Por meio destes estudos, verifica-se que a alta prevalência de indivíduos com incapacidades físicas está presente em diversas regiões, de norte a sul do País. Sendo assim, torna-se de extrema importância identificar e investir na prevenção das incapacidades. Uma conduta que pode prevenir e até reverter sequelas físicas é a avaliação de incapacidades no início do tratamento, pois se o usuário apresentar nervos acometidos, os riscos de desenvolver incapacidades são maiores. Portanto, os programas de controle da hanseníase devem ser criteriosos na avaliação inicial.¹⁴

Neste estudo, verificou-se que o percentual de casos com deformidades físicas grau 2 (12,28%), conforme Tabela 3, está acima do preconizado pelo Ministério da Saúde (menor que 5%). A razão do percentual não desejado evidencia a presença de diagnósticos tardios e falta de ações para prevenção de incapacidades dela decorrentes. Nessas situações de grande proporção de GIF 2, medidas de tratamento e reabilitação devem ter uma abordagem mais específica, com o intuito de evitar o agravamento da enfermidade e permitir o controle das incapacidades.

Atividades voltadas para a prevenção são essenciais, considerando-se o impacto que as incapacidades causam na qualidade de vida de seus portadores. Segundo estudo realizado no ambulatório de Hansenologia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF-UFRJ), mais de 50% dos pacientes acometidos com GIF 1 ou 2 apresentaram escore grave ou muito grave, no *Dermatology Life Quality Index* (DLQI), contrastando com os pacientes que não possuem incapacidade física, o que evidencia o comprometimento da qualidade de vida de pacientes com GIF.¹⁸

A hanseníase causa grande prejuízo para as atividades da vida diária e às relações interpessoais, provocando sofrimento que ultrapassa a dor e o mal-estar estritamente vinculados ao prejuízo físico, com grande impacto social e psicológico. O controle de endemias como hanseníase e tuberculose pode ser muito efetivo a partir da consolidação e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS). De fato, o sucesso da estratégia de controle da hanseníase e de outras doenças transmissíveis e mesmo não transmissíveis, consiste em equipar e garantir infraestrutura aos serviços de saúde e, mais ainda, preparar os profissionais para transformar o cenário epidemiológico e o quadro sociossanitário dessas doenças no seu território de atuação, proporcionando-lhes capacitação, utilizando técnicas de interação teoria-prática, ensino, serviço e comunidade como instrumentos metodológicos eficientes, na mesma linha que vem apontando a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), da necessidade da máxima integração de diferentes competências no nível primário da assistência:

[...] a presença de diferentes formações profissionais assim como um alto grau de articulação entre os profissionais é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum, ampliando assim a capacidade de cuidado.¹⁹

A partir de uma análise dos dispositivos da Portaria 3.125 de 7 de outubro de 2010,¹¹ que aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase no Brasil, é possível extrair alguns elementos que reforçam a concepção de que doenças como estas podem (e devem) ser controladas perfeitamente no âmbito da atenção primária, em espaços ambulatoriais e inseridos no contexto comunitário. O conteúdo normativo da referida Portaria é resultado de uma experiência acumulada no Brasil no cuidado e assistência a esse agravo.

Entre os elementos que reforçam a “competência” de uma assistência comunitária no controle da hanseníase podem ser elencados:

- o diagnóstico é essencialmente clínico e epidemiológico;
- a baciloscopia tem por finalidade classificar o caso, é um exame relativamente simples e sua negatividade não exclui o diagnóstico;
- o tratamento está bem definido na portaria citada, sendo duas modalidades operacionais: paucibacilar e multibacilar;
- mesmo as complicações da doença - preponderantemente "reações hansênicas" - quando ocorrem na sua grande maioria podem ser conduzidas no âmbito da atenção primária, principalmente com corticoides por pouco tempo e “desmame” regressivo.

Portanto, é importante ressaltar essa “competência” da atenção primária como uma possibilidade bem exequível do ponto de vista técnico operacional e com impactos altamente positivos. Isso porque ainda existe muita resistência de alguns profissionais médicos e enfermeiros no manejo clínico da hanseníase, bem como da tuberculose, no atendimento primário. Isso ficou evidente nas “rodas de conversa” informais realizadas pelos pesquisadores com profissionais das equipes de saúde das unidades pesquisadas, cuja tendência é o “encaminhamento” desses pacientes para “especialistas”.

Neste caso específico, a pesquisa motivou a iniciativa de instalação de um projeto de intervenção na comunidade, a ser desenvolvido com o escopo do melhor controle do agravo, sobretudo, a partir da socialização de seus dados entre os profissionais de saúde das unidades. De fato, em algumas “rodas de conversa” informais, pesquisadores e profissionais das unidades motivaram-se para um trabalho conjunto com a Universidade originária da pesquisa, no sentido de estabelecer um projeto-piloto de apoio ao controle da hanseníase naquela comunidade, dada a gravidade da situação e impacto que poderia gerar. Com isso, há um potencial para a integração das dimensões da docência e da assistência em uma articulação mais do que necessária entre a pesquisa acadêmica e o serviço de saúde. Ademais, pode-se falar também em pesquisa propositiva, na medida em que o projeto de intervenção constitui-se em um programa de apoio ao controle da hanseníase e da tuberculose na comunidade pesquisada, cujos indicadores para estes agravos carecem de uma melhoria significativa.

Conclusão

A situação de hiperendemicidade encontrada na pesquisa, bem como a alta prevalência de incapacidade, reflete entre outros fatores, a baixa cobertura da ESF e também a necessidade de qualificação assistencial, na medida em que foi muito referido pelos próprios profissionais, não apenas o “encaminhamento” do paciente, mas, às vezes, o reconhecimento da necessidade de mais capacitações para o manejo da doença de Hansen.

A presença de incapacidades indica detecção tardia da doença, tratamento inadequado e conhecimento deficiente, tanto dos profissionais de saúde quanto dos pacientes. A complexidade de enfrentamento de uma doença como a hanseníase leva a refletir e redirecionar os modos de controle para uma medicina cada vez mais comprometida com a realidade socio sanitária dos territórios onde pretende intervir. Segundo a nova PNAB: “Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção.”¹⁸

Referências

1. Rouquayrol MZ. *Epidemiologia & Saúde*. Cidade: Ed. Medsi; 2010. 708 p.
2. Ministério da Saúde (BR). *Indicadores epidemiológicos e operacionais de hanseníase*. Brasília: Secretária de Vigilância em Saúde; 2000-2011. Dados disponíveis em 24/04/2012.
3. Ramos JM, Souto FJ. Incapacidade pós-tratamento em pacientes hansenianos em Várzea Grande, Estado de Mato Grosso. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2010; 43(3): 293-297. <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822010000300016>
4. Ignotti E, Paula RC. *Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil: análise de indicadores selecionados no período de 2001 a 2010*. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; 2010.
5. Ministério da Saúde (BR). *Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde*. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
6. Véras LS, Vale RG, Mello DB, Castro JA, Lima V, Silva KN, et al. Degree of disability, pain levels, muscle strength, and electromyographic function in patients with Hansen's disease with common peroneal nerve damage. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2012; 45(3): 375-379. <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822012000300018>
7. Gonçalves SD, Sampaio RF, Antunes CM. Fatores Preditivos de Incapacidades em Pacientes com Hanseníase. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(2):267-74. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000200007>
8. Ministério da Saúde (BR). *Guia de Hanseníase*. Brasília; 2002. 49 p.
9. Afonso MC. *Memória e história do direito que se faz na luta: o caso da ocupação e posse na Cidade Olímpica [Monografia]*. São Luís: Universidade Estadual do Maranhão; 2011.
10. Secretaria Municipal de Saúde de São Luís (MA). *Superintendência de Planejamento e Programação em Saúde. Relatório de Gestão, 2012*. São Luís: SEMUS; 2013.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 3.125, de 7 de outubro de 2010. Dispõe sobre as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
12. Silva RAS, Mathias TAF, Gomes EA, Lincoln PB. Avaliação do Grau de Incapacidade em Hanseníase: Uma estratégia para sensibilização e capacitação da equipe de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007; 16(6), 1125-1130. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000600011>

13. Gomes CC, Pontes MA, Gonçalves HS, Penna GO. Perfil clínico epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em um centro de referência na região nordeste do Brasil. *An Bras Dermatol.* 2005; 80(Supl 3): S283-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962005001000004>
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria Conjunta n. 125, de 26 de março de 2009. Define as ações de controle da hanseníase e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 27 Mar 2007. Seção 1. p. 73.*
15. Rodini FC, Gonçalves M, Barros AR, Mazzer N, Elui VM, Fonseca MC. Prevenção de incapacidade na hanseníase com apoio em um manual de autocuidado para pacientes. *Fisioter Pesq.* 2010; 17(2): 157-66.
16. Corrêa CM, Ivo ML, Honer MR. Incapacidades em sujeitos com hanseníase em um centro de referência do centro- oeste brasileiro entre 2000-2002. *Hansenol Int.* 2006; 31(2).
17. Melão S, Blanco LF, Mounzer N, Veronezi CC, Simões PW. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase no extremo sul de Santa Catarina, no período de 2001 a 2007. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2011; 44(1): 79-84. <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822011000100018>
18. Martins BD, Torres FN, Oliveira ML. Impacto na qualidade de vida em pacientes com hanseníase: correlação do Dermatology Life Quality Index com diversas variáveis relacionadas à doença. *An Bras Dermatol.* 2008; 83(1). <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962008000100005>
19. Ministério da Saúde (BR). Portaria MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Avaliação do controle da asma em pacientes acompanhados em dois ambulatórios de pneumologia vinculados à Estratégia Saúde da Família em Tubarão, Santa Catarina, Brasil

Assessment of asthma control in patients monitored at two pulmonology outpatient clinics linked to the Family Health Strategy in Tubarão, Santa Catarina state, Brazil

Evaluación del control del asma en pacientes asistidos en dos ambulatorios de neumología vinculados a la Estrategia de Salud Familiar en Tubarão, Santa Catarina, Brasil

Daniel de Andrade Hygídio. Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Tubarão, SC, Brasil. daniel.hygidio@gmail.com (Autor correspondente)

Jane da Silva. Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Florianópolis, SC, Brasil. janedasilva1808@gmail.com

Sérgio Silveira. Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Tubarão, SC, Brasil. serginho_@hotmail.com

Beatriz Camisão Schwinden. Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Tubarão, SC, Brasil. biics_@gmail.com

Resumo

Introdução: A asma é uma doença crônica debilitante, que pode gerar restrições diretamente ligadas a um mau controle da doença. O controle da asma pode ser avaliado por instrumentos padronizados. **Objetivo:** Determinar o controle da asma por meio do Questionário de Controle da Asma (QCA) e do Teste de Controle da Asma (TCA) e a classificação de acordo com as Diretrizes para o Manejo da Asma, de 2012. **Métodos:** Estudo observacional transversal com pacientes atendidos em ambulatórios de referência vinculados à Estratégia Saúde da Família em Tubarão-SC. A população foi composta por todos os pacientes asmáticos adultos que recorreram a consultas médicas durante o período de janeiro a novembro de 2010. Os dados foram compilados em uma planilha Excel e analisados pelo programa INSTAT 3. Foi realizada análise descritiva e aplicado teste qui-quadrado para verificar associação entre respostas do TCA e QCA. **Resultados:** Foram avaliados 49 pacientes, tendo, a maioria deles, asma intermitente ou persistente leve (51%). Na avaliação do controle da asma o TCA mostrou que 69,3% dos pacientes não estavam controlados. Em relação ao QCA, foram considerados fora do alvo 75,5% dos pacientes. Houve associação significativa entre o TCA e QCA ($p < 0,05$). Quanto às Diretrizes para o Manejo da Asma, 2012, 57,14% dos pacientes foram considerados não controlados; 30,6% estavam parcialmente controlados; e 12,2%, controlados. **Conclusão:** Os asmáticos estavam, em sua maioria, não controlados. Torna-se necessário identificar os fatores ligados ao descontrole e buscar estratégias, visando melhorar os escores para redução da morbimortalidade associada à asma.

Abstract

Introduction: Asthma is a chronic debilitating disease which can generate constraints directly associated with poor disease control. Asthma control can be evaluated using standardized instruments. **Objective:** To determine asthma control through the Asthma Control Questionnaire (ACQ) and Asthma Control Test (ACT), and to classify it according to the Guidelines for the Management of Asthma, 2012. **Methods:** This is a cross-sectional observational study with patients of two pulmonology outpatient clinics linked to the Family Health Strategy in the municipality of Tubarão, Santa Catarina state. The population consisted of all adult asthmatic patients who resorted to medical appointments from January to November 2010. The data were compiled in *Excel* and analyzed by INSTAT 3 software. We performed descriptive analysis and applied the chi-square test to assess the association between ACT and ACQ answers. **Results:** We evaluated 49 patients, most of them presenting intermittent or mild persistent asthma (51%). In the assessment of asthma control, ACT showed that 69.3% of patients were considered uncontrolled, while ACQ showed that 75.5% of patients were considered off-target. Significant association was found between ACT and ACQ ($p < 0.05$). Regarding the 2012 Guidelines for the Management of Asthma, 57.14% of patients were considered uncontrolled; 30.6% were partially controlled; and 12.2% were controlled. **Conclusion:** Most asthmatics were uncontrolled. It is necessary to identify the factors related to uncontrolled patients and search strategies to improve health scores for reduction of morbimortality caused by asthma.

Palavras-chave:

Asma
Prevenção e Controle
Questionários

Keywords:

Asthma
Prevention and Control
Questionnaires

Fonte de financiamento:

Programa Universitário de
Iniciação Científica da Unisul.

Parecer CEP:

Unisul 10.621.4.01.III.

Conflito de interesses:

declaram não haver.

Recebido em: 08/04/2013

Aprovado em: 15/09/2013

Como citar: Hygídio DA, Silva J, Silveira S, Schwinden BC. Avaliação do controle da asma em pacientes acompanhados em dois ambulatórios de pneumologia vinculados à Estratégia Saúde da Família em Tubarão, Santa Catarina, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(30):31-7. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)737](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(30)737)

Resumen

Introducción: El asma es una enfermedad crónica debilitante, que puede generar restricciones directamente relacionadas con el mal control de la enfermedad. El control del asma puede ser evaluado utilizando instrumentos estandarizados. **Objetivo:** Determinar el control del asma a través del Cuestionario de Control del Asma (CCA) y la Prueba de Control del Asma (PCA) y la clasificación de acuerdo con la Guía para el Manejo del Asma, de 2012. **Métodos:** Estudio observacional transversal con pacientes atendidos en ambulatorios de referencia vinculados a la Estrategia de Salud Familiar en Tubarão-SC. La población estaba compuesta por todos los pacientes asmáticos adultos que recurrieron a citas médicas durante el período de enero a noviembre de 2010. Los datos se recopilaron en una hoja de cálculo Excel y se analizaron con el software INSTAT 3. Se realizó un análisis descriptivo y se aplicó el test chi-cuadrado para evaluar la asociación entre respuestas del PCA y CCA. **Resultados:** Se evaluaron 49 pacientes, la mayoría de ellos con asma intermitente o persistente leve (51%). En la evaluación del control del asma, el PCA mostró que el 69,3% de los pacientes no estaban bajo control. En el CCA se consideró fuera de objetivo al 75,5% de los pacientes. Se encontró una asociación significativa entre PCA y CCA ($p < 0,05$). En cuanto a la Guía para el Manejo del Asma, de 2012, se consideró al 57,14% de los pacientes fuera de control; el 30,6% estaban parcialmente bajo control; y el 12,2% bajo control total. **Conclusión:** La mayoría de los asmáticos no estaban bajo control. Es necesario identificar los factores relacionados con el descontrol y buscar estrategias con el objetivo de mejorar los puntajes para reducir la morbimortalidad asociada al asma.

Palabras clave:Asma
Prevención y Control
Cuestionarios

Introdução

A visão mais recente sobre a asma a caracteriza como um distúrbio complexo composto por diferentes subtipos (fenótipos) e com causas diversas. O conceito clássico que relaciona asma à inflamação, hiperresponsividade brônquica, broncoconstrição e sintomas ainda permanece nos consensos e nas diretrizes. No entanto, tem-se buscado ampliar essa definição ao inserir a ideia de que asma é uma síndrome clínica heterogênea que responde aos tratamentos de diferentes maneiras.¹

É uma doença de alta prevalência e morbidade nos dias atuais, sendo responsável por atingir, em média, 300 milhões de pessoas no mundo, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS).² No Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, sua incidência vem aumentando, sendo responsável por 160 mil internações, constituindo-se na quarta maior causa de internações pelo Sistema Único de Saúde (SUS).³

A asma acomete crianças e adultos e, assim como outras doenças crônicas debilitantes, interfere de forma complexa no bem-estar dos pacientes, sendo responsável por um alto índice de abstenção escolar e no trabalho, causando, em diferentes graus, limitações físicas, emocionais e sociais. Estas restrições estão diretamente ligadas a um mau controle da doença e à forma de exacerbação súbita diante dos estímulos, gerando constante tensão e desconfiança no sujeito acometido.⁴

A definição do controle da doença é obtida, segundo a *Global Initiative for Asthma* (GINA)² e pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia,⁵ seguindo determinados parâmetros clínicos e de função respiratória. Tais parâmetros podem ser mensurados por dois instrumentos quantitativos, elaborados em consensos e validados no Brasil, ambos disponíveis para a avaliação do nível de controle da asma. Denominam-se Teste de Controle da Asma (TCA ou ACT) e Questionário de Controle da Asma (QCA ou ACQ). Estes instrumentos, além de possuírem uma boa sensibilidade discriminativa entre pacientes com e sem asma bem controlada, são autoaplicáveis, possuem uma fácil linguagem, possibilitando o entendimento das questões propostas^{6,7} e podem ser aplicados na atenção primária à saúde (APS) em crianças⁸ e adultos.⁹

De modo geral, os índices de controle da asma são conhecidamente baixos, sendo necessário que estes sejam modificados. Assim, conhecer a dimensão do controle da asma é fundamental para serem criadas estratégias de manejo da doença, visando o controle da maioria dos pacientes.

Os ambulatorios públicos de Tubarão-SC encaminham para avaliação periódica especializada os pacientes com asma, e não havia no município dados referentes ao controle de pacientes asmáticos, dificultando a estimativa pelos profissionais de saúde de suas ações diante da doença. Desse modo, o objetivo do presente estudo é avaliar o perfil de pacientes asmáticos encaminhados a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF) aos ambulatorios médicos de especialidade (AMEs), vinculados ao SUS e aplicar-lhes os questionários QCA e TCA, para avaliação do controle da doença.

Métodos

Foi realizado um estudo observacional transversal nos dois ambulatorios médicos de especialidade (AME) em Pneumologia vinculados à ESF de Tubarão, SC.

A população foi composta por um censo de pacientes asmáticos adultos que recorreram a consultas médicas durante o período de janeiro a dezembro de 2010 e que concordaram em participar do estudo.

Para a identificação dos casos, foi feita uma análise retrospectiva das consultas realizadas no ano de 2010, por meio do Boletim de Informações Diárias de Atendimento Médico (BIDAM). Com a autorização do responsável pelo serviço ambulatorial, obteve-se o meio de contato do paciente asmático. Foram prestadas orientações sobre o estudo, fez-se o convite à participação e foram dadas explicações sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para aqueles que aceitavam participar, era agendado um horário de atendimento no AME de Alergia e Pneumologia. Os pacientes assinavam o TCLE, era aplicado um questionário de perfil do paciente e, após orientações sobre os instrumentos de avaliação de controle da asma, o TCA e QCA eram preenchidos pelos pacientes. Durante o preenchimento, caso houvesse dúvidas, o pesquisador prestava esclarecimentos adicionais, sem induzir o paciente a nenhum padrão específico de resposta. Em seguida, era realizada espirometria com prova de broncodilatação.

Foram excluídos pacientes impossibilitados de preencher os questionários por incapacidade de compreensão, fumantes e/ou com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), ou aqueles sem condições de realização de espirometria.

Os dados coletados foram compilados em uma planilha Excel e analisados pelo programa INSTAT 3. Os resultados das características clínicas e socioeconômicas dos pacientes foram apresentados em valores absolutos e percentuais. Foi aplicado o teste qui-quadrado para verificar associação de respostas do TCA e QCA, sendo considerado significativo o valor de $p < 0,05$ e também foi utilizado o teste de Pearson para avaliar a correlação entre os questionários. Os resultados obtidos com o QCA e o TCA foram equiparados aos dados da tabela de classificação de controle da asma das Diretrizes de Manejo da Asma (2012).⁵

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade do Sul de Catarina (Unisul), parecer consubstanciado número 10.621.4.01.III.

Resultados

Foram encontrados registros de 68 pacientes com asma. No entanto, 4 não aceitaram participar da pesquisa; não se conseguiu contato com 5; 1 havia falecido; e 10 foram excluídos devido a tabagismo e/ou DPOC associado (8 pacientes) ou por terem usado medicação broncodilatadora antes de realizar espirometria (2 pacientes). Assim, foram investigados 49 asmáticos (72% dos registros, 81% dos que aceitaram participar). Os dados sociodemográficos desses pacientes estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Características demográficas e socioeconômicas de asmáticos acompanhados em dois ambulatórios de Tubarão-SC, 2010.

Características	N	n %
Média de Idade (Min-máx.)	51,4 (18-76)	
< 20 anos	2	4
21-30 anos	4	8
31-40 anos	3	6,1
41-50 anos	12	24,5
51-60 anos	14	29
61-70 anos	9	18,4
71-80 anos	5	10
Sexo		
Masculino	17	34,7
Feminino	32	65,3
Etnia		
Caucasiano	34	91,8
Negro	3	8,2
Escolaridade		
Básico	11	24,4
Fundamental	16	35,5
Médio	12	26,6
Superior	2	4,4
Não escolarizado	4	8,8
Ocupação		
Empregado	13	30,2
Desempregado	6	13,9
Aposentado	24	55,8
Renda		
> 2 s.m.*	11	26,8
< 2 s.m.	30	73,1

*s.m. (salários mínimos).

Na Tabela 2, observam-se as características clínicas dos pacientes asmáticos avaliados.

Os resultados obtidos no Teste de Controle da Asma (TCA) e no Questionário de Controle da Asma (QCA) dos pacientes asmáticos estudados são apresentados na Tabela 3.

Buscou-se relacionar as respostas de ambos os instrumentos TCA e QCA. A Figura 1 apresenta tal relação.

Tabela 2. Características clínicas de asmáticos acompanhados em dois ambulatórios de Tubarão-SC, 2010.

Características	N	n %
Medicamentos utilizados		
CI ^a	3	6,2
CI associado à LABA ^b	28	58,3
BD ^c Beta-2 de curta ação	11	22,9
Nenhum	6	12,5
Gravidade da Asma		
Intermitente	8	16,3
Persistente Leve	17	34,7
Persistente Moderada	13	26,5
Persistente Grave	11	22,4
Duração dos sintomas de asma em média de anos (Mínimo/Máximo/Média/DP ^d)	25,92 (2/61/26/17,6)	

^aCI: corticosteroides inalatórios; ^bLABA: broncodilatador de longa ação; ^cBD: broncodilatador; ^dDP: Desvio Padrão.

Tabela 3. Controle da asma de acordo com os resultados obtidos nos testes aplicados aos asmáticos em dois ambulatórios de Tubarão-SC, 2010.

Controle	N	n %
Controle da Asma segundo TCA:		
Controlados	15	30,6
Não Controlados	34	69,3
Controle da Asma segundo QCA:		
Controlados	12	24,5
Não Controlados	37	75,5
Classificação das diretrizes de 2012:		
Controlados	6	12,2
Parcialmente controlados	15	30,6
Não controlados	28	57,1

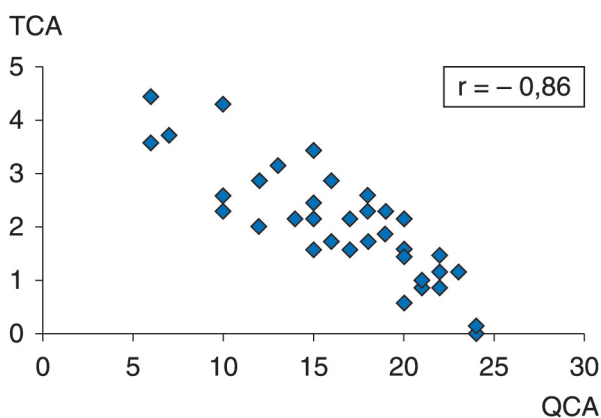


Figura 1. Relação entre respostas observadas nos instrumentos de avaliação de controle da asma aplicados aos pacientes acompanhados em dois ambulatórios de Tubarão-SC, 2010.

Discussão

Observa-se que os pacientes asmáticos que procuraram acompanhamento no SUS por meio dos dois serviços ambulatoriais da Universidade do Sul de Santa Catarina apresentavam idade média de 51,4 anos e eram em sua maioria mulheres (65,3%). Este indicador realça a importância da existência de um serviço organizado que tenha como foco o acompanhamento sistemático dos pacientes, uma vez que a maioria dos pacientes se encontra com uma média de idade elevada, podendo a asma estar acompanhada de comorbidades acumuladas ao longo da vida. Percebe-se que o sexo feminino, majoritário na pesquisa, reafirma estudos já produzidos que revelam a busca mais frequente da mulher por cuidados com a saúde.¹⁰

Quanto à cor da pele predominante, esta se constituiu de pessoas caucasianas (91,8%), contrapondo-se com uma pequena proporção de negros (8,2%), com nível de escolaridade em sua maioria de ensino fundamental (35,5%) e de ensino médio (26,6%). Chama a atenção do pesquisador o percentual de pacientes caucasianos, o que corrobora com dados do Censo 2010 que demonstram menores índices de população negra do Brasil na região Sul.

Outro dado relevante está relacionado à condição econômica dos pacientes, em sua maioria aposentados (55,8%) ou empregados (30,2%) e com renda inferior a dois salários mínimos (73,1%). Os dados vão ao encontro das características de pessoas que tem o SUS como única possibilidade de acessar o direito de cuidados com a saúde. Articulando este dado com o nível de escolaridade (que somam ensino fundamental e médio) pode-se considerar que a população que recorreu aos serviços é aquela que tem acesso a mínimas informações e oportunidades de tratamento. Esta consideração é preliminar e exige um estudo mais apurado da realidade.

Estudos sobre a prevalência de asma são largamente realizados na população de crianças e adolescentes e mostram uma variação nos diferentes locais avaliados.¹¹⁻¹³ Dados recentes obtidos por um estudo multicêntrico (*International Study for Asthma and Allergies in Childhood – ISAAC*) demonstraram que, no Brasil, este índice é de 20% para a faixa etária de treze a quatorze anos.¹⁴ Segundo a IV Diretriz Brasileira para o Manejo da Asma, aproximadamente em 60% dos casos a doença manifesta-se de forma intermitente ou persistente leve e em 25% como moderada.¹⁵ Resultados semelhantes foram vistos no presente estudo, em que 51% dos pacientes estudados tinham asma intermitente ou persistente leve e 26,5% apresentavam asma persistente moderada.

As avaliações da GINA preconizam que a meta primária no manejo da asma seria alcançar um bom controle da doença.² É no contexto de melhor avaliar esses parâmetros, visando a não subestimação ou superestimação do quadro relatado pelo paciente, que o TCA e o QCA inserem-se.

O TCA desenvolvido por Nathan et al.⁶ consiste em um teste simples e facilmente aplicável nas unidades de atenção primária, visto que não necessita da análise da função pulmonar. Em sua validação para o Brasil, teve como base de corte 18 pontos, mostrando elevados valores de sensibilidade (92,8%), especificidade (85,7%), valor preditivo negativo (86,0%) e positivo (85,7%).

O QCA, idealizado por Juniper et al.⁷ em 1999, possui em sua análise um ponto de corte usado em ensaios clínicos de 1,5 possuindo também bons parâmetros de sensibilidade (91%), especificidade (64%), valor preditivo negativo (80%) e positivo (81%).

Entre os asmáticos avaliados neste estudo, foram encontrados 69,3% de pacientes não controlados segundo o teste. Embora à primeira vista estes números possam surpreender, quando comparados a um programa de controle de asma de referência nacional, 53% de um total de 289 asmáticos apresentaram doença não controlada¹⁶ reafirmando expectativas internacionais que mostram que 54,1% dos asmáticos apresentam-se não controlados.^{17,18}

Em relação ao questionário, os pacientes considerados fora do alvo perfizeram 75,5%. Utilizando-se como base os parâmetros de controle clínico atual, fornecidos nas últimas Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma-2012, 57,14% dos pacientes foram considerados não controlados; 30,6% como parcialmente controlados e 12,2% considerados controlados. Esta menor porcentagem de pacientes não controlados obtidos por este parâmetro se deve a sua forma de avaliação que aloca grande parte destes pacientes como parcialmente controlados.

Dados de literatura alertam que a asma é uma das condições mais sensíveis às ações da atenção primária à saúde que visam diminuir o número de internações evitáveis.¹⁹ Diante dos dados apresentados neste artigo, fica nítida a real necessidade da criação de um programa efetivo focado na asma na ESF, com o intuito de melhorar esses indicadores e, com isso, evitar as complicações advindas do mau controle da doença.

Houve correlação significativa ($p < 0,01$) nas respostas encontradas nos instrumentos de avaliação do controle TCA e QCA, como mostra a Figura 1.

Houve também pouca variação na discriminação entre controlados e não controlados, de acordo com as respostas aos instrumentos. Pequenas discrepâncias podem ser decorrentes dos menores índices de especificidade do questionário ou pelos seus padrões de resposta, por vezes, ainda pouco claros à população com baixo índice de escolaridade, segundo padrões internacionais, no entanto isso não interferiu na análise da avaliação do controle da asma, de modo geral.

Conclusões

O controle da asma em pacientes atendidos em dois ambulatorios públicos de Tubarão-SC está aquém do preconizado pelas novas diretrizes internacionais, entretanto, assemelha-se a resultados de estudos tanto nacionais quanto internacionais.

Os parâmetros usados na prática clínica, em uma avaliação superficial, podem classificar equivocadamente um paciente pouco controlado como sendo bem controlado, portanto, os métodos quantitativos do TCA ou QCA e da tabela de controle do consenso de asma demonstraram ser mais discriminativos e correspondentes, de modo geral.

Na atenção primária à saúde, em especial, destaca-se a função do teste de controle da asma devido à sua rápida execução e total dispensa da espirometria para a avaliação do controle da doença, o que permite sua maior reprodutibilidade.

Assim, independentemente do instrumento aplicado, a avaliação do controle da asma deveria ser o primeiro passo a ser realizado, em qualquer nível de assistência ao paciente asmático. Torna-se necessário buscar os fatores ligados ao descontrole para, diante da realidade apresentada, elaborar-se estratégias visando à melhoria dos escores que repercutirão na redução da morbimortalidade da doença.

Referências

1. Silva J, Oliveira F. Asma como diagnosticar e tratar. RBM. ed. especial 2012 Dec; 69(12): 83-96. [Internet]. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=529.
2. Global Initiative for Asthma. Guidelines: GINA report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2012 [online] 110p. [acesso em 2013 mar]. Disponível em: <http://www.ginasthma.org/local/themes/gina/images/document-download-text.png>
3. Brasil. Ministério da Saúde do Brasil. Departamento de Informática do SUS [online]. Brasília: DATASUS [acesso em 2013 mar]. Morbidade hospitalar do SUS – por local de internação – Brasil. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/miuf.def>
4. Juniper EF. Assessing asthma quality of life: its role in clinical practice. *Breathe*. 2005; 1(3): 192-205.
5. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma. *J Bras Pneumol*. 2012; 38(Supl. 1): S1-46.
6. Roxo JPF, Ponte EV, Ramos DCB, Pimentel L, D'Oliveira A Jr, Cruz AA. Validação do Teste de Controle da Asma em português para uso no Brasil. *J Bras Pneumol*. 2010; 36(2): 159-66. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132010000200002>
7. Leite M, Ponte EV, Petroni J, D'Oliveira A Jr, Pizzichini E, Cruz A. Avaliação do Questionário de Controle da Asma validado para uso no Brasil. *J Bras Pneumol*. 2008; 34(10): 756-63. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132008001000002>
8. Liu A, Gilesenan A, Stanford R, Lincourt W, Ziemiecki W, Ortega H. Status of Asthma Control in Pediatric Primary Care: Results From the Pediatric Asthma Control Characteristics and Prevalence Survey Study. *J. Pediatr*. 2010; 157(2): 276-81. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2010.02.017>
9. Zhou X, Ding FM, Lin JT, Yin KS. Validity of Asthma Control Test for Asthma Control Assessment in Chinese Primary Care Settings. *Chest*. 2009; 135(4): 904-10. <http://dx.doi.org/10.1378/chest.08-0967>
10. Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(4) 1011-22.
11. Weitzman M, Gortmaker SL, Sobol AM, Perrin JM. Recent trends in the prevalence and severity of childhood asthma. *JAMA*. 1992; (268): 2673-7. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1992.03490190073034>
12. Garcia-Marcos L, Quiros AB, Hernandez GG. Stabilization of asthma prevalence among adolescents and increase among schoolchildren (ISAAC phases I and III) in Spain. *Allergy*. 2004; (59): 1301-7. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1398-9995.2004.00562.x>
13. Braun-Fahrlander C, Gassner M, Grize L. No further increase in asthma, hay fever and atopic sensitisation in adolescents living in Switzerland. *Eur Respir J*. 2004; (23): 407-13. <http://dx.doi.org/10.1183/09031936.04.00074004>

14. Beasley R, Keil U, Mutius E, Pearce N. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. *Lancet*. 1998; (351): 1225-32. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(97\)07302-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(97)07302-9)
15. Stirbulov R. IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma. *J Bras Pneumol*. 2006; 32 (7): 447-74.
16. Pizzichini E. Defining asthma control: time to look for new definitions? *J Bras Pneumol*. [online]. 2007; 33(6) Dez. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132007000600002>
17. Rabe KF, Adachi M, Lai CK, Soriano JB, Vermeire PA, Weiss KB, et al. Worldwide severity and control of asthma in children and adults: the global asthma insights and reality surveys. *J Allergy Clin Immunol*. 2004; 114(1): 40-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaci.2004.04.042>
18. Neffen H, Fritscher C, Schacht FC, Levy G, Chiarella P, Soriano JB, Mechali D, et al. Asthma control in Latin America: The Asthma Insights and Reality in Latin America (AIRLA) survey. *Rev Panam Saúde Publica*. 2005; 17(3): 191-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892005000300007>
19. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, Oliveira VB, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(6): 1337-1349. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600016>

Monitoramento e supervisão do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em uma região administrativa do Distrito Federal utilizando-se análise de entrevistas

Monitoring and supervision of the Support Centre for Family Health (NASF) in an administrative region of the Distrito Federal using analysis of interviews

Seguimiento y supervisión del Núcleo de Apoyo a la Salud Familiar (NASF) en una región administrativa del Distrito Federal mediante el análisis de entrevistas

Michelline Ribeiro Rodriguez. Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Brasília, DF, Brasil. michellineribeiro@yahoo.com.br (Autora correspondente)
Mônica Alvares Leão. Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Brasília, DF, Brasil. monica_leao@hotmail.com
Nubia Katia Teixeira de Souza. Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Brasília, DF, Brasil. nubiakatiat@yahoo.com.br

Resumo

Objetivo: Analisar o monitoramento e a supervisão das ações do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em uma região administrativa do Distrito Federal (DF), Riacho Fundo II. **Métodos:** Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com cinco gestores do NASF nas esferas administrativas Regional, Distrital e Federal. Essas entrevistas foram gravadas, transcritas e feita análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** Não há um sistema de registro que contemple todas as ações que o NASF realiza. Percebe-se ausência de uniformidade na forma de supervisão do núcleo pelos órgãos responsáveis devido a um ineficiente fluxo de informações sobre o trabalho do NASF nas três esferas hierárquicas. **Conclusão:** A recente implantação do NASF no Distrito Federal e as dificuldades inerentes a essa etapa destacaram-se como principais fatores para a baixa qualidade dos registros de produção e a ausência de indicadores de avaliação para o NASF.

Abstract

Objective: To analyze the monitoring and supervision of the actions of the Support Centre for Family Health (NASF) in an administrative region of Distrito Federal (DF), Riacho Fundo II. **Methods:** Semi-structured interviews were conducted with five NASF managers who were responsible for its management at the Regional, District, and Federal levels. These interviews were recorded, transcribed, and analyzed according to Bardin's Content Analysis Method. **Results:** There is no registration system that includes all actions performed by NASF. Also, there is lack of uniformity in the supervision pattern used by the responsible bodies, due to inefficient flow of information regarding the work of this centre throughout the three hierarchical levels. **Conclusion:** The recent implementation of NASF in Distrito Federal was considered the major factor behind the poor quality of production registers and the absence of evaluative indicators of NASF activities.

Resumen

Objetivo: analizar el seguimiento y supervisión de las acciones del Núcleo de Apoyo a la Salud Familiar (NASF) en una región administrativa del Distrito Federal (DF), Riacho Fundo II. **Métodos:** se realizaron entrevistas semiestruturadas con cinco gerentes del NASF responsables por su gestión a nivel Regional, Distrital y Federal. Estas entrevistas fueron grabadas, transcritas y su contenido analizado con el método de Bardin. **Resultados:** no hay un sistema de registro que incluya todas las acciones realizadas por el NASF. Además, hay una falta de uniformidad en la forma de supervisión del núcleo por los órganos responsables debido a un ineficiente flujo de informaciones sobre el trabajo del NASF en los tres niveles jerárquicos. **Conclusión:** la reciente implantación del NASF en el Distrito Federal y las dificultades inherentes a esa etapa se destacaron como los principales factores responsables de la baja calidad de los registros de producción y de la ausencia de indicadores de evaluación para el NASF.

Palavras-chave:

Indicadores de Gestão
Gestão em Saúde
Atenção Primária à Saúde

Keywords:

Management Indicators
Health Management
Primary Health Care

Palabras clave:

Indicadores de Gestión
Gestión en Salud
Atención Primaria de Salud

Fonte de financiamento:

PET-Saúde.

Parecer CEP:

437/10 SES/DF.

Conflito de interesses:

declaram não haver.

Recebido em: 26/10/2012

Approved em: 07/01/2014

Como citar: Rodriguez MR, Leão MA, Souza NKT. Monitoramento e supervisão do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em uma região administrativa do Distrito Federal utilizando-se análise de entrevistas. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(30):38-44.
Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)658](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(30)658)

Introdução

A avaliação como componente da gestão em saúde tem hoje um reconhecimento que se traduz na existência de múltiplas iniciativas voltadas para sua implementação nas diversas dimensões do Sistema Único de Saúde (SUS). Tendo como propósito fundamental dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, deve subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população.¹

As atividades de avaliação realizadas a partir das informações produzidas no cotidiano da atenção, embora sejam insuficientes para apreender todas as mudanças desejáveis, são essenciais para a orientação dos processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde, na medida em que permitem monitorar a situação de saúde da população, o trabalho em saúde e os resultados das ações.² A especificidade do monitoramento está no recurso de um sistema de informação para acompanhar a operacionalização de uma intervenção. O desenho do sistema de monitoramento é parte integrante do planejamento das ações, devendo contemplar aspectos nucleares da execução do trabalho previsto para alcançar os objetivos da intervenção.³

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi concebida com o objetivo de reorganizar a Atenção Primária à Saúde (APS) para o enfrentamento e a resolução dos problemas de saúde identificados em uma dada população adscrita.⁴ Também fundamentado na reestruturação do SUS, foi criado, em 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o escopo de apoiar a ESF e a rede de serviços. A portaria n.º 154/08 destaca que o NASF pode ter duas modalidades: “NASF I, constituído de no mínimo cinco profissionais de nível superior e a que se vincula entre oito a vinte equipes de Saúde da Família; e o NASF II, constituído por três profissionais de nível superior e vinculado a no mínimo três equipes de saúde.”⁵

A composição profissional deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de ESF, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações.⁶

Os indicadores existentes na APS não são apropriados para avaliar as ações do NASF, sendo insuficientes para responder a muitas questões e orientar as ações da APS, pois o modelo de atenção vigente, baseado na ESF, requer indicadores voltados para a atenção integral dos pacientes, em toda sua dimensão biopsicossocial. Há necessidade de se institucionalizar a avaliação nos serviços de saúde, porém faltam metodologias e instrumentos para este fim, uma das principais dificuldades que vêm sendo apontadas nesta área.⁷

Fundamentado na premissa da inovação do NASF, assim como na ausência de indicadores ou fichas de produção específicas ao trabalho desses profissionais, surgiu o interesse em aprofundar os conhecimentos sobre sua estrutura de trabalho por meio da seguinte pergunta: Como se realiza a supervisão e o monitoramento das ações da Equipe NASF no Riacho Fundo II?

O Riacho Fundo é uma das 19 regiões administrativas do DF, fundada em 1990, contando, na data de realização do estudo, com aproximadamente 44 mil habitantes. A renda domiciliar média da população da cidade era de R\$ 2.212,00; 99,2% dos domicílios tinham abastecimento de água e esgotamento sanitário pela rede geral, e serviço de limpeza urbana. Possuía como assistência à saúde um total de 14 equipes de ESF, distribuídas em cinco unidades de saúde, sendo a sede o Centro de Saúde número quatro, local que também abrigava o único NASF da região, que prestava assistência à todas as equipes.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada com gestores do NASF nas três esferas de governo – regional, distrital e federal –, no ano de 2011. Realizou-se análise descritiva por meio de entrevistas semiestruturadas compostas de perguntas abertas, visando a analisar as formas de supervisão e monitoramento da equipe NASF na região administrativa do Distrito Federal, Riacho Fundo II, além de verificar a existência de fichas de produção para o NASF.

A amostra de conveniência foi composta por cinco servidores que atuavam de forma direta na coordenação e na supervisão do NASF, nos seguintes locais: Diretoria de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS); Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DIAPS); Gerência de Monitoramento e Avaliação da Secretaria de Saúde do DF (GEMA); Gerência do

Centro de Saúde 4 do Riacho Fundo II. Essa regional de saúde foi escolhida por contar com equipe de NASF II completa e estar implantada em uma área com cobertura total no que diz respeito à ESF.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e posteriormente analisadas. Para apreciação dos dados coletados, foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin,⁸ que tem como objetivo analisar as características de uma mensagem através da comparação destas mensagens para receptores distintos ou em situações diferentes com os mesmos receptores. Para tanto, utilizou-se a leitura analítica como instrumento para a realização da análise, sendo primeiramente realizada uma pré-análise, composta pela análise textual e temática, e pela análise propriamente dita.⁹ Na sequência, foi feita a categorização dos elementos para a análise, além do tratamento destas informações. Após esta fase, seguiu-se a exploração consubstancial do material e, por fim, fez-se o tratamento dos resultados.

A inferência e a interpretação dos resultados tiveram como referência as três categorias extraídas da análise: 1) Problemas relacionados à implantação do NASF no DF; 2) Formas de supervisão dos NASFs e sua abrangência; 3) Visão sobre a criação de registro de produção e indicadores do NASF. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da SES/DF protocolo 437/10 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ficando com uma cópia do mesmo. A pesquisa foi financiada pelo Ministério da Saúde através do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde- PET-Saúde.

Resultados e discussão

Categoria 1. Problemas relacionados à implantação do NASF no Distrito Federal

A proposta de implantação do NASF no DF foi realizada em janeiro de 2009, sendo que a primeira equipe só foi oficializada em março de 2010. Trata-se, portanto, de um projeto recente, característica esta que reflete a atual situação do núcleo. Houve consenso entre os entrevistados de que o NASF, devido à sua incipiência, ainda está em processo de estruturação e consolidação. Tal afirmação é compartilhada por autores como Fragelli,¹⁰ que relata que o NASF ainda está em processo de implantação e vem com o objetivo de ampliar a capacidade da APS, objetivo este que encontra, como grande desafio, modificar o processo de trabalho.

Para facilitar o processo de implantação, o MS elaborou uma cartilha indicando passo a passo as atividades a serem desenvolvidas: o primeiro passo é a elaboração de um projeto contendo diversas informações, incluindo a definição do processo de avaliação do trabalho das equipes, a forma de acompanhamento do Pacto da Atenção Básica e a utilização dos sistemas nacionais de informação.¹¹ A normativa prevista no Caderno de Atenção Básica – Diretrizes do NASF prevê que o projeto desenvolvido seja entregue para apreciação e aprovação pelo Conselho Distrital de Saúde. Posteriormente, a Secretaria de Saúde do DF envia o mesmo para o MS, que o qualifica para a implantação do NASF.⁵ Pelo que se observou na análise das entrevistas, as recomendações para implantação não foram seguidas, pois não houve um planejamento adequado, conforme os extratos abaixo:

E1 - Algumas dessas equipes foram cadastradas. Na verdade eles pegaram esses profissionais e colocaram no NASF, mas assim... pra cadastrar. Não foi feito realmente uma pactuação com gestores, diretores, equipes ESF, nem coordenadores.

E2 - Não houve em 2009 uma capacitação até mesmo para saber o que é o NASF, como o NASF funciona.

Há necessidade de planejamento e capacitação adequada dos profissionais como pontos importantes no processo de implantação. Na cidade de Marília-SP, após a contratação dos profissionais para compor tais equipes, foi realizado um programa de acolhimento e capacitação destes para o trabalho a ser realizado, na lógica das ferramentas preconizadas pelo MS.¹¹ A ausência de uma capacitação e integração entre os diversos profissionais envolvidos nas atividades do NASF é citada em muitos trechos das entrevistas como causa dos problemas enfrentados hoje por esse núcleo no DF.

E2 - Esses profissionais que foram chegando eles aproveitaram os especialistas que já existiam nos antigos Centros de Saúde. Mas que também não foi feita essa capacitação.

E1 - A gente tem aí um problema enorme que é a formação desse profissional, sem capacitação, com desconhecimento do papel dele dentro do NASF e como atuar nessa perspectiva.

Foi também citada a falta de uma coordenação própria para o núcleo, ainda que vinculada à ESF, pois o mesmo está inserido na Subsecretaria de Atenção Básica, porém sem nenhum responsável por seu gerenciamento. Houve ainda diversos obstáculos a serem transpostos, como a mudança de governo e, conseqüentemente, dos gestores. Os entrevistados citaram essas dificuldades:

E3 - Não tinha uma coordenação responsável especificamente para o NASF.

E2 - Nós tivemos uma mudança de governo, mudou governador, mudou quase que todo mundo dos gestores tanto dos diretores. Então é o mesmo que começar tudo de novo.

O NASF já conta com uma coordenação no DF que, no momento da realização do estudo, estava trabalhando em função de organizar a implantação do Núcleo, objetivando sua estruturação nos moldes preconizados pelo MS.

Categoria 2. Formas de supervisão dos NASFs e sua abrangência

Os registros de produção oficial, mencionados pelos níveis regional e distrital para as ações dos profissionais do NASF, são feitos em uma ficha denominada Relatório de Produção e de Marcadores para Avaliação (PMA2),¹² elaborada para preenchimento das atividades da ESF. Na PMA2, constam procedimentos realizados apenas pelo profissional médico e enfermeiro, porém essa ficha contém campos adicionais destinados às atividades de visita domiciliar, atendimento individual e atividade em grupo, realizados por 'outros profissionais de nível superior', sem especificar qual profissional.

E4 - O Registro é feito na PMA2, que é uma ficha que ainda está em discussão. É uma ficha da ESF, que eles [equipe NASF] anotam, assim, as consultas, os grupos, as visitas e os procedimentos.

E3 - São os dados do PMA2 né, e elas [NASF] me passam os dados do PMA2, e é uma explicação geral.

Essas fichas são preenchidas pelas equipes de ESF e enviadas para a Secretaria de Atenção Básica. Porém, verificou-se, nas entrevistas, a pouca utilidade da PMA2 como ferramenta de supervisão das equipes NASF. Tal fato foi atribuído à falta de recursos humanos para análise das mesmas, mas principalmente à ineficácia desse instrumento, o qual contém poucos campos para registros das ações coletivas ou individuais. Isso fica claro nas falas que se seguem:

E4 - Na verdade a gente não faz muita coisa com isso [PMA2], pois as informações são muito soltas e sem contextualização. Então normalmente isso fica arquivado. [...] E4 - Os formulários e sistemas de informações que existem hoje, de fato são muito insuficientes para medir a atuação do NASF, pois estes instrumentos têm poucos campos específicos para poder fazer o registro das ações coletivas ou individuais.

E5 - A PMA2 não contempla as atividades do NASF, muito longe disso!

Existe ainda a utilização, no nível regional, dos registros de produção individual, através do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), registrado pelos procedimentos do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), que funciona em nível nacional e é o mesmo programa utilizado no nível hospitalar e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Neste programa, os demais profissionais atuantes na ESF registram sua produtividade e podem ser identificados a partir da Classificação Brasileira de Ocupação (CBO) do profissional, como segue:

E5 - Então o que se usa hoje pra tá se avaliando ou pra tá se monitorando o atendimento do NASF é o BPA através do CBO e através do SIAB [Sistema de Informação da Atenção Básica], pela PMA2, mas só outros atendimentos, outros profissionais de Ensino Superior. Então vem no geral.

No MS, ainda não existe uma sistemática de avaliação e monitoramento do NASF, pois aquele adota uma visão generalizada sobre a supervisão deste núcleo. Esse órgão participa da implantação do NASF e o monitoramento é feito através do Cadastro Nacional do Estabelecimento de Saúde (CNES). Em relação às ações do NASF, a única fonte de registro é o SIA, através do CBO do profissional, o qual não contempla todas as ações do NASF, somente registra os procedimentos realizados. Essas informações ficam claras nas falas que se seguem:

E5 - A gente tem o CNES... Toda Unidade Básica ela se cadastra e nessa hora vai dizer o seguinte: dentro dessa Unidade tem o NASF, ela consegue identificar pelo CNES. E a hora que ela fala que tem NASF, ela vai fazer o leque de profissionais que tem. [...] E5 - Então, assim, o único registro que a gente tem é pela Portaria 154 do NASF é o SIA, que é o Sistema de Informação Ambulatorial a nível nacional.

Pelas entrevistas, inferiu-se que, para o MS, o que interessa é a existência ou não do NASF em uma determinada região e que a parte de supervisão das atividades dos profissionais que compõem o NASF deve ficar a critério de cada município que dispõe de total autonomia para fazê-la.

E5 - Os municípios têm toda liberdade, autonomia de gerar seus indicadores próprios, junto com o Pacto da Saúde, gerar seus indicadores próprios.

O município tem, juridicamente, uma função ampla na produção da informação, não devendo se restringir à simples coleta de dados. Segundo a Lei Orgânica da Saúde, são também de competência do município a organização, a produção e a coordenação do sistema de informação em saúde.⁹ Outra forma de supervisão verificada na análise das entrevistas é aquela desenvolvida pela coordenação do NASF no DF, na qual o monitoramento é realizado por meio de visitas programadas, indo a cada regional de saúde e diretamente com as equipes, realizando reuniões informais registradas em ata. As informações relevantes são tratadas pela mesma coordenação para posterior análise.

Foi referida por tal coordenação a tentativa de elaboração de um modelo de relatório para que o trabalho desse núcleo pudesse ser acompanhado com maior precisão. Na ocasião do estudo, já haviam ocorrido diversas reuniões e a elaboração de alguns relatórios. Esses instrumentos foram relatados pela Diretoria Regional do Riacho Fundo II como ferramentas utilizadas por ela para supervisionar as ações do NASF. As verbalizações a seguir ilustram estas informações:

E3 - A supervisão é feita quando a coordenação está indo lá, vendo, e trabalhando lá, no local junto com os profissionais do NASF, que é o que ela está fazendo. A coordenadora quase não pára nada aqui, ela passa o tempo todo nas regionais até estruturar. [...] E3 - Nós temos uma coordenadora responsável por esse núcleo. Ela faz reuniões periódicas com cada categoria profissional ou grupo de profissionais, a fim de se estabelecer juntos processos de trabalho, metas, planos de serviços, verificarem problemas e instruir tais profissionais.

A necessidade de reuniões para coordenar o processo de gestão reflete exatamente a atual situação do NASF no DF, em processo de implantação. As diretrizes instituem que a implantação requer o estabelecimento de espaços rotineiros de reunião para pactuar e negociar o processo de trabalho: discussão de casos, definição de objetivos, critérios de prioridade, gestão das filas de compartilhamento (encaminhamento), critérios de avaliação dos trabalhos e resolução de conflitos.⁵ Alguns municípios, frente à dificuldade de elaboração de indicadores que reflitam as ações do NASF, também utilizam ferramentas, como reuniões e relatórios para mencioná-las mais fielmente.¹³

Verificou-se que foi consenso entre os entrevistados que os instrumentos utilizados pelos diferentes órgãos para supervisão do NASF não contemplam realmente as atividades realizadas por esse núcleo. O que pode ser comprovado em várias falas:

E2 - A gente não tem nem a planilha, não tem nem o instrumento ainda que sirva a essa função.

E3 - A gente só consegue fazer uma avaliação superficial disso, do que é esperado. [...] E3- Vocês vão ver que hoje não tem procedimento de processo de trabalho do NASF. Vocês vão ver claramente que não existe, tá. Então é assim. É, não, não tem hoje. Porque também hoje a lógica do Sistema não é ver processo de trabalho.

Uma das dificuldades encontradas no processo de trabalho do NASF é a ausência de um sistema de informação que contemple o registro de atividades desenvolvidas nas áreas descentralizadas da ESF e isso limita o processo de planejamento em saúde dos profissionais e gestores.⁸ Ao entender que a informação representa um espaço importante para o desenvolvimento e a produção em saúde, é necessária a elaboração de um instrumento (ficha, *software*) para a coleta de dados, bem como a elaboração de um fluxo de informações, processamento, definição de indicadores, análise, discussão e divulgação dos relatórios gerados por tal sistema.¹⁴

Categoria 3. Visão sobre a criação de registros de produção e indicadores do NASF

Embora não exista uma maneira eficaz de registro que contemple as ações do NASF em nenhum âmbito administrativo, todos reconheceram a importância de um instrumento mensurável e eficiente para sua avaliação e gestão, e há uma mobilização de esforços nesse sentido. Entretanto, cada esfera está em um momento diferente em relação a esse assunto.

Nos níveis Regional e Distrital, existem discussões acerca da criação de um registro de produção, porém não há um produto concreto dessas discussões. Na visão dos entrevistados, primeiro deve-se estruturar o NASF para depois se pensar em um indicador de processo das atividades.

Rodrigues et al.¹⁵ destacam que a mudança do modelo assistencial e sua respectiva incorporação ao trabalho multidisciplinar requerem um grande amadurecimento por parte dos profissionais, da gestão municipal e da população. Portanto, é durante o processo de implantação, com a experiência vivida, que se toma consciência das necessidades do serviço e como fazer adaptações necessárias para melhorá-lo. Nesse sentido, foram citadas algumas tentativas de elaboração de uma ficha de produção para o NASF:

E4 - Existe um estudo que já foi começado, mesmo antes da atual coordenação, já se tinha começado um estudo pra se fazer um formulário. Já tem um formulário mais ou menos, né, estruturado, que não foi colocado em prática ainda, que foi definido através de uma comissão, mas nem todo mundo tem conhecimento ainda, vai ter capacitação e tudo, mas ainda não teve de fato.

E3 - Foram feitas algumas discussões sobre o tema (instrumentos de registro de produção para o NASF), mas ninguém fechou nada ainda. Estamos dando um passo de cada vez.

Qualquer que seja o registro de produção, os entrevistados reconheceram que este deve ser pactuado com todos os níveis de atenção à saúde, principalmente com os profissionais envolvidos diretamente no NASF.

Deve-se ter esse cuidado, pois foi relatada nas entrevistas a ineficácia de muitos indicadores de saúde para tomada de decisão, devido ao não comprometimento do profissional com a informação gerada e o consequente descrédito nela.

E4 - Mas qualquer tipo de informação, tanto essa como as outras, tem muito pouca utilidade hoje na SES [Secretaria de Estado de Saúde]. Pois a SES vem de muitos anos, de uma prática de não utilização da informação para tomada de decisão. Aí cria-se um ciclo vicioso que é de 'como eu não utilizo a informação, não valorizo a informação, não analiso e, portanto não critico a informação'. [...] E4 - Inclusive defendendo que tais registros sejam propostos junto com esses profissionais, para tentar criar uma forma de avaliação.

Na visão da SES-DF, a gestão local (Centro de Saúde) deveria assumir o papel de supervisão das ações do NASF de sua área. Ressalta-se ainda a importância dos gestores distritais – Governo, Secretaria de Saúde – em organizar, apoiar a ESF, bem como o NASF, para que estes funcionem bem.

E3 - Temos a consciência clara que as regionais têm que assumir a gestão local, têm que estar fortes e estruturadas para fazer essa gestão e aqui a gente tem que acompanhar o trabalho da regional como um todo.

O MS está em processo de reformulação de seus Sistemas de Informação (SI). Foi citada uma proposta de criação de um SI exclusivo para o NASF, além da reformulação do SIAB, que passaria a contemplar as ações do Núcleo. Estudos¹³ mostram as possibilidades de se readequar a SIAB para que sua utilidade seja ampliada, vindo a favorecer as tomadas de decisão referentes aos processos de promoção e educação em saúde, bem como aos cuidados dispensados na atenção regionalizada¹³. Isso foi observado por um dos entrevistados.

E5 - No Ministério está sendo reformulado com o SIAB e dentro dessa reformulação a gente tá criando esse de Sistema de Informação do NASF.

Conclusão

Apesar da escassa literatura existente para aprofundamento da discussão sobre o NASF, os resultados no presente artigo evidenciam que ainda não existe uma sistematização nas formas de supervisão, monitoramento e avaliação da Equipe NASF no Riacho Fundo II. Os registros das poucas ações são feitos em fichas criadas com a finalidade de avaliação das equipes de ESF e baseadas em indicadores de produtividade centrados no modelo hospitalocêntrico. Estas escassas informações não são utilizadas como ferramenta de gestão em nenhum dos três níveis (regional, distrital e federal). Isso é atribuído ao fato de as informações provenientes desses registros serem insuficientes.

A recente implantação do NASF no Distrito Federal e as dificuldades inerentes a essa etapa destacaram-se como principais fatores para a situação dos registros de produção e a ausência de indicadores de avaliação para o núcleo. É consenso que as questões relativas ao monitoramento necessitam ser aprimoradas posteriormente. Infelizmente, essa não é só uma realidade do DF e a maioria dos municípios ainda tem dificuldades para gerir o processo de trabalho do NASF, o que levanta a necessidade de mais pesquisas para encontrar soluções para esse problema.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Atenção Básica. Avaliação na Atenção à Saúde. Caminhos da Institucionalização. Brasília: Ministério da Saúde; 2005
2. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Atenção Básica. Monitoramento na Atenção Básica de Saúde. Roteiros para Reflexão e Ação. Brasília: Ministério da Saúde; 2004
3. Ministério da Saúde (BR). 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, 2008 mar. 4. Seção 1, n. 43, p. 38-42.
4. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Atenção Básica. Indicadores Básicos para Saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF. Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica, n. 27).
6. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária. Brasília: CONASS, 2004. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/conass_documenta2.pdf
7. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Editora 70; 2009.
8. Teixeira MB. Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde. dissertação . São Paulo: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002. 105 p.
9. Silva CR, Gobbi BC, Simão AA. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. Organ Rurais Agroind. 2005;7(1):70-81.
10. Fragelli TBO. Análise das Competências Profissionais no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. tese. Brasília: Universidade de Brasília; 2013. 176 p.
11. Takano L, Faria ET, Garozi DE, Silva APP. NASF: experiência de Marília/SP na implantação do núcleo de apoio à saúde da família. 2ª Amostra Municipal de Produção em Atenção Básica / Saúde da Família; 2010.
12. Prefeitura de São Paulo, Secretaria da Saúde. Diretrizes e parâmetros norteadores das ações dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). São Paulo (SP); 2009. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/esf/diretrizes_nasf.pdf
13. Branco MAF. Sistemas de informação em saúde no nível local. Cad Saúde Pública. 1996;2(1):267-270. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1996000200016>
14. Ministério da Saúde (BR). Pacto de Indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2003
15. Rodrigues CG, Rodrigues FG, Wong LR. Os sistemas de informação em saúde: do processo de trabalho à geração dos dados em Minas Gerais. Diamantina: Editora UFMG; 2009.

O papel do profissional da Atenção Primária à Saúde em cuidados paliativos

The role of Primary Health Care professionals in palliative care

El rol del profesional de la Atención Primaria de Salud en cuidados paliativos

Mariana Lobato dos Santos Ribeiro Silva. Fundação Faculdade de Medicina (FFM). São Paulo, SP, Brasil. marianalobatorb@gmail.com (Autora correspondente)

Resumo

Introdução: O cuidado a pacientes em fase final da vida é cada vez mais frequente nos serviços de saúde devido ao progressivo envelhecimento da população e o conseqüente aumento de pacientes com doenças graves. No Brasil, os poucos serviços de cuidados paliativos geralmente estão ligados a hospitais especializados, mas, em vários países, a Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada o melhor nível de assistência para a prestação e coordenação dos cuidados paliativos de seus usuários. **Métodos:** Neste estudo realizou-se uma revisão integrativa de literatura, objetivando compreender quais os papéis dos profissionais da APS em cuidados paliativos. **Resultados:** Os textos selecionados foram submetidos à análise temática, emergindo oito categorias que descrevem o papel dos profissionais de APS em cuidados paliativos e evidenciam que sua participação é essencial: 1) Possibilitar o cuidado domiciliar; 2) Garantir assistência com integralidade; 3) Utilizar a longitudinalidade como ferramenta de cuidado; 4) Responsabilizar-se pelo cuidado paliativo com a família; 5) Buscar aprimoramento profissional em cuidados paliativos; 6) Viabilizar a coordenação do cuidado; 7) Facilitar o acesso do paciente a cuidados paliativos e sua família; 8) Trabalhar em parcerias dentro e fora da APS. **Conclusão:** O acesso facilitado a cuidados paliativos, próximo ao lar, associado ao manejo constante dos sintomas e à sensibilidade para com a realidade das famílias, faz toda a diferença para os pacientes em fase final da vida.

Abstract

Background: Patients in end of life care are becoming increasingly common in health services owing to the population's progressive aging and the consequent increase in the number of patients with serious illnesses. In Brazil, the few existing palliative care services are usually linked to specialized hospitals; however, in many countries, Primary Health Care (PHC) is considered the best healthcare level for providing and coordinating palliative care to patients. **Methods:** An integrative literature review was carried out with the objective of understanding PHC practitioners' roles in palliative care. **Results:** The articles selected underwent thematic analysis resulting in eight categories describing the role of PHC professionals and their essential participation in palliative care: 1) Facilitate home care; 2) Ensure comprehensive assistance; 3) Use longitudinality as a tool of care; 4) Take responsibility for palliative care with the family; 5) Seek further professional development in palliative care; 6) Enable the coordination of palliative care; 7) Facilitate the access to palliative care to the patients and their families; 8) Work collaboratively inside and outside PHC. **Conclusion:** Easy near-home access to palliative care associated with constant management of symptoms and with sensibility to the reality of families is extremely important and helpful to patients in end of life stage.

Resumen

Introducción: La atención a los pacientes en la etapa final de la vida es cada vez más común en los servicios de salud debido al progresivo envejecimiento de la población y al consiguiente aumento de pacientes con enfermedades graves. En Brasil, los pocos servicios de cuidados paliativos suelen estar vinculados a hospitales especializados, pero en muchos países la Atención Primaria de Salud (APS) es considerada el mejor nivel de atención para la prestación y coordinación de los cuidados paliativos de sus usuarios. **Métodos:** Se realizó una revisión integradora de la literatura con el objetivo de comprender las funciones de los profesionales de la APS en cuidados paliativos. **Resultados:** Los artículos seleccionados se sometieron a análisis temático, surgiendo ocho categorías que describen el papel de los profesionales de la APS en cuidados paliativos y que evidencian su esencial participación: 1) Permitir el cuidado en el hogar; 2) Garantizar la asistencia integral; 3) Utilizar la longitudinalidad como herramienta del cuidado; 4) Asumir la responsabilidad de los cuidados paliativos con la familia; 5) Buscar el desarrollo profesional en los cuidados paliativos; 6) Facilitar la coordinación del cuidado; 7) Facilitar el acceso del paciente y su familia a los cuidados paliativos; 8) Trabajar en colaboración dentro y fuera de la APS. **Conclusión:** El fácil acceso a los cuidados paliativos, próximo al hogar, asociado al manejo constante de los síntomas y la sensibilidad con la realidad de las familias es de gran importancia para los pacientes en la etapa final de la vida.

Como citar: Silva MLSR. O papel do profissional da Atenção Primária à Saúde em cuidados paliativos. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(30):45-53.
Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)718](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(30)718)

Palavras-chave:

Atenção Primária à Saúde
Cuidados Paliativos
Saúde da Família

Keywords:

Primary Health Care
Palliative Care
Family Health

Palabras clave:

Atención Primaria de Salud
Cuidados Paliativos
Salud de la Familia

Fonte de financiamento:

declara não haver.

Parecer CEP:

dada a natureza deste estudo não foi necessária a aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Conflito de interesses:

declara não haver.

Recebido em: 13/03/2013

Aprovado em: 16/09/2013

Introdução

O cuidado a pacientes em fase final das suas vidas é, cada vez mais, uma realidade no cotidiano dos profissionais de saúde nos vários níveis de assistência. Isso se deve ao progressivo envelhecimento da população e à maior sobrevivência de portadores de doenças graves e fatais com evolução progressiva.^{1,2} Sendo assim, torna-se cada vez mais urgente a priorização do provimento, organização e coordenação da prestação de cuidados adequados a essa população.

Cuidados Paliativos são uma abordagem de atenção à saúde que visa à melhoria da qualidade de vida para pacientes e famílias que enfrentam os problemas associados a doenças graves, progressivas e incuráveis.¹ A Organização Mundial da Saúde (OMS), desde 2002, define Cuidado Paliativo como:

Uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (p. 6).³

Desse modo, os conceitos de terminalidade e impossibilidade de cura perdem sua centralidade e fala-se em possibilidade ou não de tratamento modificador da doença, contrapondo a ideia de “não ter mais nada a se fazer”.⁴

Não é possível relatar, mesmo que sucintamente, todas as necessidades de cuidados dessas pessoas e suas famílias, pois antes de tudo, é fundamental se ter em mente que cada um é produto de sua história de vida, valores, crenças, condição social e acesso à saúde. Desse modo, é fundamental que todos os envolvidos nessa tarefa enfrentem tal complexidade sem receios, para prestarem assistência integral a esses pacientes e seus familiares, nesse momento de maior fragilidade.⁵

Ainda assim, pacientes considerados fora de possibilidade de cura acumulam-se nos hospitais, recebendo muitas vezes assistência inadequada, ainda focada na tentativa de “salvar a vida”, utilizando métodos invasivos e tecnologias duras. Essa abordagem ignora o sofrimento, não trata os sintomas mais prevalentes e frequentemente mantém o indivíduo isolado de sua família, de seu lar e de suas lembranças. A morte ocorre solitária. Não se trata de incentivar uma atitude contrária à medicina tecnológica, mas questionar a centralidade do “curar” e o uso de tecnologias duras na prática e mesmo na formação dos profissionais de saúde. É, antes, um incentivo à reflexão sobre a conduta dos profissionais de saúde diante da finitude humana.⁴

No Brasil, ainda são poucos os serviços de cuidados paliativos, apesar de já estar promulgada legislação específica estabelecendo no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) o cuidado paliativo e o atendimento/internação domiciliar.⁶ Observa-se o crescimento da oferta desses serviços ano a ano, ainda que a maioria desses esteja ligada a hospitais especializados e de ensino, por meio de internação, atendimento ambulatorial e domiciliar.^{5,7}

Em vários países, entretanto, a Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada o melhor nível de assistência à saúde para a prestação e coordenação dos cuidados paliativos de seus usuários.⁸⁻¹¹ Isso porque se entende que a proximidade geográfica, cultural e emocional desses profissionais pode contribuir em muito para que o cuidado ocorra de forma humanizada, respeitando-se a autonomia de pacientes e famílias de forma coordenada, evitando-se a fragmentação do indivíduo a partir dos múltiplos especialistas que usualmente estão envolvidos nesses casos, devido à sua complexidade.¹² Além disso, a APS pode estruturar-se de modo a privilegiar a permanência do paciente em cuidados paliativos no domicílio, evitando seu afastamento da família em seus momentos finais de vida.²

A APS é o *locus* de responsabilidade pela atenção à saúde de pacientes e suas famílias no decorrer do tempo. Além de oferecer o acesso ao sistema de saúde para todas as necessidades de seus usuários a APS acompanha suas histórias de vida, oferecendo atenção e cuidado integral, coordenando e integrando o atendimento prestado por outros serviços de saúde. Também compartilha algumas características com os outros níveis de assistência como atenção à prevenção, tratamento e reabilitação, assim como o trabalho em equipe.¹³

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi instituída no Brasil em 1994, objetivando a reorganização do modelo de assistência à saúde a partir da atenção primária, em conformidade com os princípios do SUS. Além disso, o Ministério da Saúde do Brasil afirma que a ESF deve:

Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adstrita; eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população; proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais (p. 10).¹⁴

Sendo assim, fica claro que, no advento de ter sob sua responsabilidade uma família em que um de seus membros está (ou deveria estar) em cuidado paliativo, é de responsabilidade da equipe de ESF abordar esse cuidado. Ainda assim, com frequência pacientes no final da vida não são identificados como casos “da atenção primária” uma vez que se supõe que apenas casos clínicos “mais simples” possam ser acolhidos e conduzidos pelas equipes. Isso porque, inicialmente, esperava-se que as equipes de ESF focassem sua ação “sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta” (p. 10),¹⁴ entendendo que doenças transmissíveis e doenças crônicas deveriam ser consideradas “prioridades”, assim como populações específicas como crianças menores de dois anos e gestantes, por meio de ações programáticas. Com o progressivo envelhecimento da população, entretanto, a realidade que se impõe para as equipes pode ser muito diferente.

Ainda que não existam no Brasil parâmetros oficiais para o cálculo das necessidades de Cuidados Paliativos, a OMS afirma que essa necessidade pode ser estimada a partir do perfil de mortalidade de uma população, pois, entre as mortes ocorridas por causa natural, 50% a 80% seriam passíveis de Cuidados Paliativos, considerando-se todos os diagnósticos.⁴ Fica evidente que existe uma enorme demanda a ser acolhida e cuidada. Apesar da crescente demanda e da complexidade dos casos (que muitas vezes requerem ações, procedimentos e tecnologias que não são usuais nesse nível de assistência), ainda são raros os estudos brasileiros sobre quais ações caberiam à APS em cuidados paliativos.

Com essa questão em mente realizou-se esta revisão de literatura objetivando compreender: *qual o papel dos profissionais de atenção primária à saúde em cuidados paliativos?*

Métodos

Os seguintes passos do método da revisão integrativa da literatura foram seguidos: a identificação do problema (foi definido claramente o propósito da revisão); a busca da literatura (com a delimitação de palavras-chave, bases de dados e aplicação dos critérios definidos para a seleção dos artigos); a avaliação e a análise dos dados obtidos.¹⁵⁻¹⁷

A busca dos estudos ocorreu no período de junho a julho de 2012. Os critérios de inclusão dos estudos foram: artigos em português, inglês e espanhol, publicados nos últimos cinco anos, que apresentassem em sua discussão considerações sobre o papel dos profissionais de APS em cuidados paliativos, indexados nas bases de dados LILACS e PUBMED.

Para a realização da busca, foram utilizadas combinações entre as seguintes palavras-chave, consideradas descritores no DeCS (Descritores em Ciências de Saúde) e MeSH (*Medical Subject Headings*): Enfermagem Familiar (*Family Nursing*); Programa Saúde da Família (*Family Health Program*); Saúde da Família (*Family Health*); Medicina de Família e Comunidade (*Family Practice*); Atenção Primária à Saúde (*Primary Care*); Relações Profissional-Família (*Professional-Family Relations*); Atitude diante da Morte (*Attitude to Death*); Cuidados paliativos (*Palliative Care*). Os termos foram cruzados como descritores e também como palavras do título e do resumo.

Nesta busca, foram inicialmente identificados 12 artigos científicos na base de dados LILACS e 213 artigos na base PUBMED para a leitura exploratória dos resumos e, então, selecionados 19 que foram lidos integralmente. Depois da leitura analítica destes artigos, 17 foram selecionados como objeto de estudo,^{1,2,7-11,18-27} por apresentarem aspectos que respondiam à questão norteadora desta revisão. As etapas deste processo estão descritas no Quadro 1. O total de artigos selecionados na tabela é superior a 17, pois três artigos aparecem em cruzamentos de palavras-chave distintos. Os textos selecionados foram posteriormente submetidos à análise temática.

Quadro 1. Distribuição das referências bibliográficas obtidas nas bases de dados Pubmed e Lilacs, segundo as palavras-chave selecionadas, Brasil, 2012.

Base de Dados	Palavras-chave cruzadas concomitantemente (como palavras do resumo e como descritores)	Número de Referências obtidas	Resumos Analisados	Referências selecionadas para Análise	Selecionados para Revisão
Lilacs	Enfermagem familiar/Atenção Primária à Saúde/Cuidados paliativos	0	0	0	0
	Enfermagem familiar/Atenção Primária à Saúde/Atitudes diante da Morte	0	0	0	0
	PSF/Cuidados paliativos	0	0	0	0
	PSF/Atitudes diante da Morte	0	0	0	0
	Medicina de Família e Comunidade/Atitudes diante da Morte	0	0	0	0
	Medicina de Família e Comunidade/Cuidados paliativos	4	4	2	2
	Saúde da Família/Atenção Primária à Saúde/Cuidados paliativos	1	1	1	1
	Saúde da Família/Atenção Primária à Saúde/Atitudes diante da Morte	0	0	0	0
	Relações profissional-família/Atenção Primária à Saúde/Cuidados paliativos	13	7	4	2
Relações profissional-família/Atenção Primária à Saúde/Atitudes diante da Morte	0	0	0	0	
Pubmed	Family Nursing/Primary Care/Palliative Care	0	0	0	0
	Family Nursing/Primary Care/Attitude to Death	0	0	0	0
	Family Health/Primary Care/Palliative Care	0	0	0	0
	Family Health/Primary Care/Attitude to Death	0	0	0	0
	Family Practice/ Palliative Care	0	0	0	0
	Family Practice/ Attitude to Death	72	72	3	3
	Primary Care/ Professional-Family Relations/ Palliative Care	126	93	7	9
	Primary Care/ Professional-Family Relations/ Attitude to Death	24	24	3	3

A análise temática consiste em um método para a identificação, análise e registro de padrões (temas) a partir dos dados, organizando-os e descrevendo-os em detalhes.¹⁶ Um tema deve capturar algo importante nos dados, que se relacione à pergunta da pesquisa e que represente um nível de resposta ou significado que se apresente como padrão nos dados. Entretanto, não se deve considerar um tema apenas por este estar presente com determinada frequência no material obtido, e sim, por meio da interpretação desse material pelo pesquisador.^{16,17}

Os temas identificados pelo pesquisador podem ser formulados de modo dedutivo ou indutivo. Em uma abordagem indutiva os temas identificados estão fortemente ligados aos dados, enquanto em uma abordagem dedutiva o referencial teórico e os interesses analíticos do pesquisador determinam os temas a serem identificados.¹⁶ Fereday e Muir-Cochrane¹⁷ afirmam que é possível uma abordagem analítica que utilize um processo híbrido, utilizando temas desenvolvidos de forma indutiva e dedutiva, a partir do referencial teórico utilizado pelo autor.

Neste estudo, adotou-se o processo híbrido de formulação dos temas, tendo como referencial teórico o livro de Barbara Starfield: *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*, de 2002.¹³

Resultados

No Quadro 2 são apresentados os artigos selecionados para essa revisão, com autores, data e país de publicação, os sujeitos de pesquisa e as principais conclusões do estudo.

Da análise do conteúdo das publicações, emergiram oito categorias temáticas: 1) *Possibilitar o cuidado domiciliar*; 2) *Garantir assistência com integralidade*; 3) *Utilizar a longitudinalidade como ferramenta de cuidado*; 4) *Responsabilizar-se pelo cuidado paliativo com a família*; 5) *Buscar aprimoramento profissional em cuidados paliativos*; 6) *Viabilizar a coordenação do cuidado*; 7) *Facilitar o acesso do paciente em cuidados paliativos e sua família*; 8) *Trabalhar em parcerias dentro e fora da APS*.

Quadro 2. Distribuição das referências incluídas na revisão integrativa, de acordo com ano de publicação, país, autores e tipo de estudo, Brasil, 2012.

N ^o *	Ano e País	Autor	Sujeitos de Pesquisa	Tipo de estudo	Principais Conclusões
1	2010, Alemanha	Schneider N, Lueckmann SL, Kuehne SLF, et al.	Especialistas em Saúde Pública e Cuidados Paliativos	Qualitativo, descritivo-exploratório	Identificados seis aspectos mais relevantes para iniciativas de saúde pública em cuidados paliativos: abordagem de cuidados paliativos, o paciente e a família, os serviços de saúde, informação e capacitação, pesquisa e financiamento.
2	2007, Brasil	Florianí CA, Schramm SR.		Reflexão teórica	A reflexão sobre o papel da equipe da atenção primária com respeito aos cuidados paliativos poderá contribuir para o aprimoramento e para a difusão desta disciplina de cuidados no fim da vida.
7	2010, Brasil	Rabelo CAFG, Rodrigues PHA	Famílias relacionadas ao Programa Assistência Domiciliar Integrada, Rio de Janeiro, RJ.	Qualitativo, descritivo-exploratório	A organização dos cuidados domiciliares a partir da atenção primária, articulada aos outros níveis de complexidade exigiria integrar tecnologia e humanização, a partir do encontro da tecnologia "dura" com a tecnologia "leve".
8	2007, Holanda	Borgsteede SD, Delliens L, Wal GVD, et al.	Médicos de família	Quantitativo, descritivo-exploratório	Em pacientes de cuidados paliativos, a cooperação interdisciplinar dos médicos de família com outros profissionais é altamente prevalente, especialmente com cuidadores informais. A cooperação é mais prevalente em pacientes mais jovens, nos pacientes com câncer e se o atendimento psicossocial for importante para o cuidado.
9	2007, Canadá	Barnes EA, Fan G, Harris K, et al.	Pacientes de um serviço de radioterapia	Quantitativo, descritivo-exploratório	Menos da metade dos pacientes pesquisados percebem seu médico de família envolvido em seu tratamento de câncer.
10	2010, Holanda	Verhoeven AAH, Schuling J, Maeckelber ELM.	Residentes de Medicina de Família	Qualitativo, descritivo-exploratório	Ao lidarem com a proximidade da morte de seus pacientes, a relação única entre médico e paciente se transforma, assim como os valores desses médicos.
11	2007, Inglaterra	Walshe C, Todd C, Caress AL, et al.	Clínicas de APS	Qualitativo, descritivo-exploratório	Futuras políticas e protocolos de cuidados paliativos devem ter em conta o trabalho colaborativo entre diferentes níveis de assistência.
18	2010, Dinamarca	Neergaard MA, Vedsted P, Olesen F, et al.	Médicos de família que atenderam pacientes em cuidado paliativo domiciliar	Quantitativo, descritivo-exploratório	A morte domiciliar aumenta a percepção das famílias enlutadas da trajetória de cuidado paliativo como bem-sucedida. O impacto do contato com médico de família pareceu ser importante, mas ainda necessita mais investigação.
19	2008, Canadá	Marshall D, Howell D, Brazil K, et al.	Médicos de família	Qualitativo, Estudo de Caso	Os médicos participantes relataram melhora da comunicação, colaboração interprofissional eficaz, e a capacidade de prestar cuidados paliativos em casa, para seus pacientes no final de vida na comunidade.
20	2010, EUA	Han PKJ, Rayson D.	Literatura científica	Revisão de literatura	É claramente necessário desenvolver e avaliar intervenções para coordenar o tratamento do câncer no final da vida assim como promover a integração da atenção primária e oncologia.
21	2009, Brasil	Valente SH, Teixeira MB	Enfermeiros do PSF	Pesquisa qualitativa, descritiva-exploratória	Apesar de ser uma experiência recompensadora, o cuidado paliativo domiciliar no contexto do PSF é difícil e desgastante.
22	2007, Brasil	Benedetto MAC, Castro AG, Carvalho E, et al.	Residentes de Medicina de Família e Comunidade	Relato de Experiência	A abordagem narrativa usada como estratégia didática em cuidados paliativos enriquece a prática e é coerente com os preceitos da medicina familiar.
23	2008, Inglaterra	Shipman C, Gysels M, White P, et al.	Profissionais de saúde, acadêmicos e usuários da Atenção Primária e Secundária, especialistas em Cuidados paliativos	Estudo qualitativo, descritivo-exploratório	As definições de final da vida e cuidados paliativos necessitam de esclarecimentos e padronização. Também é necessária a definição de modelos de boas práticas e o compromisso de fornecer recursos para prestação de serviços adequada e formação profissional.

Continua...

Quadro 2. Distribuição das referências incluídas na revisão integrativa, de acordo com ano de publicação, país, autores e tipo de estudo, Brasil, 2012. Continuação...

Nº*	Ano e País	Autor	Sujeitos de Pesquisa	Tipo de estudo	Principais Conclusões
24	Brasil, 2010	Pinheiro TRP, Benedetto MAC, Levites MR, et al.	Residentes e preceptores de Medicina de Família e Comunidade	Estudo qualitativo, descritivo-exploratório.	As atividades relacionadas ao cuidado paliativo possibilitaram o aprendizado sobre a dor, o sofrimento e o enfrentamento da morte, eventos que fazem parte da vida humana, tão naturalmente quanto possível, mas sem perder uma atitude respeitosa.
25	2007, Austrália	McGrath P.	Médicos de família e comunidade	Estudo qualitativo, descritivo-exploratório.	O estudo indica que médicos de família querem estar envolvidos ao longo do continuum de cuidados paliativos e, devido a conhecimento holístico do paciente e sua família, estão bem colocados para assegurar a liderança na coordenação dos cuidados de base comunitária.
26	2007, Holanda	Groot MM, Vernooij-Dassen MLFL, Verhagen SCA, et al.	Médicos de família e comunidade	Quantitativo, descritivo-exploratório	Existe uma grande necessidade de, primeiramente, superar as barreiras dentro da organização e coordenação de cuidados paliativos na atenção primária.
27	2010, Noruega	Johansen ML, Holtedahl KA, Rudebeck CE.	Médicos de família e comunidade	Estudo qualitativo, descritivo-exploratório	Os entrevistados vêm seu lugar no tratamento do câncer como o estar perto de seus pacientes. Entre as várias tarefas relacionadas encontramos três aspectos principais: a mediação, a prática do cuidado e o cuidado pessoal.

*Conforme a numeração nas Referências Bibliográficas.

O primeiro tema identificado, *Possibilitar o cuidado domiciliar*, reflete a percepção de que a permanência do paciente em cuidado paliativo junto à sua família, no lar, é essencial e sinal de palição com qualidade. Os autores dos textos analisados são enfáticos ao afirmar que o domicílio é o local preferencial para a realização dos cuidados paliativos e que a APS, devido à sua proximidade geográfica, devido ao seu conhecimento da realidade das famílias envolvidas e o vínculo já estabelecido, é o nível de assistência à saúde que pode possibilitar o cuidado nesse *locus*.^{9,18} O paciente e sua família frequentemente manifestam interesse que a morte ocorra no domicílio. A ocorrência da morte no lar pode, inclusive, ser considerada um indicador de qualidade dos cuidados paliativos. Os autores afirmam que pacientes atendidos por equipes de APS têm maior probabilidade de falecerem em suas casas, pelo apoio clínico e emocional que recebem à sua decisão.^{1,19-21}

Garantir a assistência com integralidade manifesta a preocupação dos autores com o risco de fragmentação da assistência de pacientes em cuidados paliativos, devido aos múltiplos especialistas e serviços de emergência que acompanham esses casos.²⁰⁻²³ O olhar ampliado característico da APS pode identificar demandas que ficaram despercebidas pelo olhar parcial, afastado do cotidiano das comunidades, dos serviços de atenção secundária e emergência, integrando a ação dos especialistas e adequando as orientações à realidade sociocultural da família.^{9,21,24}

Utilizar a longitudinalidade como ferramenta de cuidado apresenta mais uma potencialidade da APS ressaltada pelos autores dos textos analisados. O conhecimento das famílias, por vezes prévio ao diagnóstico de doença grave e fatal, leva os profissionais de APS a compreenderem suas dificuldades e as potencialidades em cada situação.^{1,19,25} A manutenção do acompanhamento por profissionais da APS aos pacientes em cuidado especializado facilita a transição para os cuidados paliativos e contribui nas tomadas de decisão posteriores.^{9,19,21,24}

Os textos analisados trazem também que *Responsabilizar-se pelo cuidado paliativo com a família* leva os profissionais de APS a colocarem-se lado a lado com as famílias, agindo como tradutores do universo de exames, especialistas e laudos dos serviços especializados envolvidos nos tratamentos e palição.^{20,27} Os profissionais de APS também atuam orientando as famílias nas questões legais relacionadas ao adoecimento, como benefícios sociais e aposentadorias.²² A família é frequentemente identificada como cuidadora, mas a APS vê a própria família como objeto do cuidado, buscando apoiá-la no exercício do cuidado com seu ente em processo de morrer, buscando fortalecê-la e protegê-la da sobrecarga.¹

Ao *Buscar aprimoramento profissional em cuidados paliativos* os profissionais de APS procuram suprir deficiências de sua formação hospitalocêntrica, focada em tecnologias duras e busca pela cura, não em qualidade de vida.^{11,25} Os autores declaram que desde a formação do profissional que atuará na APS é fundamental que se tenha experiências com palição, garantindo o aprendizado desse novo paradigma de cuidado.²⁴

Para que a resolubilidade da APS em cuidados paliativos seja satisfatória, os autores dos textos estudados declaram que é fundamental *Trabalhar com parcerias dentro e fora da APS*, com diferentes serviços e níveis de assistência à saúde. Os problemas de saúde desses pacientes e suas famílias são muito variados e, eventualmente, necessitam do suporte de tecnologias duras próprias de outros níveis de assistência.^{1,11} Além disso, devido à gravidade dos casos, esses pacientes e famílias demandam suporte 24 horas, tornando essencial o estabelecimento de parcerias com serviços de emergência e/ou a criação de escalas entre outras equipes de APS, garantindo o atendimento fora do horário tradicional dos serviços de APS, mas ainda assim respeitando-se as decisões e planos terapêuticos já estabelecidos entre a própria equipe de APS responsável e a família.^{19,23,27}

Viabilizar a coordenação do cuidado é, para os autores dos estudos analisados, uma das tarefas centrais da APS em cuidados paliativos, tendo em vista que, ao *Trabalhar com parcerias*, o papel de coordenação do cuidado leva a *Garantir a assistência com integralidade*. Assim o profissional de APS deve manter-se atualizado sobre o tratamento especializado realizado por seus pacientes com doenças potencialmente fatais, buscando ativamente a contrarreferência, atuando como mediador entre esses serviços e as famílias.^{9,18-20,22-27} Os autores afirmam que pacientes cuja equipe de APS exerce seu papel de coordenação de cuidado eficazmente têm menos internações, melhor manejo de sintomas e melhores escores de qualidade de vida.^{20,26}

Por fim, o tema *Facilitar o acesso de pacientes em cuidados paliativos e suas famílias* vem da percepção dos autores de que a APS pode atuar tanto como primeiro contato no manejo de sintomas físicos e emocionais como suporte para questões relacionadas aos serviços especializados, laudos, encaminhamentos, etc.^{9,18,24} Para tanto, é fundamental que as agendas dos profissionais de APS estejam organizadas para suportar mais essa demanda de trabalho, com períodos de visita domiciliar e flexibilidade para receber familiares com dúvidas e angústias como demanda espontânea.^{9,25}

Discussão

Dos oito temas identificados na análise temática da literatura selecionada, cinco relacionam-se diretamente com os atributos da APS descritos por Starfield:¹³ Acesso, Longitudinalidade, Integralidade, Coordenação e com o atributo derivado de Abordagem Familiar. Este fato reforça o argumento de que o cuidado paliativo e a atenção primária compartilham conceitos e princípios de trabalho que os tornam não só compatíveis, mas complementares.

O uso de instrumentos de abordagem familiar, frequentemente vistos em APS, como genogramas e ecomapas, facilita ao profissional conhecer as características da família atendida, identificar as características das relações e antecipar possíveis dificuldades, além de contribuir com a comunicação e a mediação entre os membros da própria família em um momento de amplificação dos conflitos, para o planejamento de uma morte digna junto ao paciente em cuidados paliativos e sua família.^{12,28}

A criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008²⁹ contribui para a manutenção dos casos de cuidados paliativos na APS, tendo em vista que o suporte de psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, geriatras entre outros profissionais aumenta a resolubilidade da equipe de APS e acrescenta em muito a gama de possibilidades de intervenções e orientações que podem ser oferecidas nesse nível de assistência.

Ainda assim, observa-se com frequência que os profissionais de APS/ESF enfrentam grandes dificuldades ao envolverem-se na palição de seus pacientes e famílias: a falta de formação em cuidados paliativos, a falta de suporte especializado, especialmente onde o NASF ainda não foi implementado, a desarticulação da rede de serviços de atenção à saúde no território, dificultando o estabelecimento de parcerias com serviços de emergência para o atendimento fora do horário de funcionamento das Unidades de Saúde da Família. Além disso, a sobrecarga de trabalho dificulta a necessária flexibilização das agendas para acolher as demandas nem sempre previsíveis desses pacientes e suas famílias.²

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) define quatro níveis de atenção em cuidados paliativos:

- *Ação paliativa – cuidado dispensado em nível comunitário por equipe vinculada ao Programa Saúde da Família (PSF), treinada para tal finalidade;*
- *Cuidado Paliativo de grau I – cuidado dispensado por equipe especializada em Cuidados Paliativos em nível hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, porém sem leito próprio. Exemplo: equipe consultora em Cuidados Paliativos;*

- *Cuidado Paliativo de grau II – cuidado dispensado por equipe especializada em Cuidados Paliativos em nível hospitalar, ambulatorial ou domiciliar que atua com leitos próprios de internação. Equivalem tanto às enfermarias em hospitais gerais quanto às unidades hospitalares independentes;*
- *Cuidado Paliativo de grau III – mesma característica do cuidado de grau II acrescida de capacidade para a formação de profissionais em Cuidados Paliativos (p.83)⁴.*

Nos dois primeiros níveis a APS tem um papel central, recebendo orientação dos serviços especializados quando necessário e coordenando a assistência.⁴ Nos demais níveis de cuidados paliativos, o cuidado é realizado predominantemente pelo serviço especializado mas a continuidade da assistência, como já apresentado nos resultados, pode garantir que o cuidado familiar e psicossocial seja mantido longitudinalmente e que as características socioculturais das famílias e pacientes sejam respeitadas.

Fica ainda a questão de se definirem quais os pacientes elegíveis para cuidados paliativos dentro da população adstrita atendida pelas equipes de APS. Alguns pesquisadores afirmam que devem ser considerados como candidatos para cuidados paliativos pacientes cujo profissional responsável responda “não” à pergunta “Você se surpreenderia se esse paciente morresse nos próximos 12 meses?”.⁴ No Manual de Cuidados Paliativos, a ANCP afirma que: “O período de 12 meses é bastante restrito se pensarmos em tempo de vida, mas insuportavelmente longo se corresponder a tempo de sofrimento” (p. 26).⁴

Considerações finais

Os profissionais da APS têm o privilégio único de acompanharem seus usuários ao longo de toda sua vida, nas mais variadas situações que levam a população a procurar os serviços de saúde. Da mesma forma que o nascimento é parte do cotidiano desses profissionais, sendo o ciclo gravídico-puerperal considerado prioridade para as ESF, o processo de morte também o é.

Os profissionais acompanham o envelhecimento e a fragilização de seus pacientes, os esforços das famílias para acomodarem as novas necessidades de cuidado de seus membros, os medos, a insegurança financeira e, por isso, não podem se esquivar nesse momento: é exatamente em situações assim que toda a potencialidade das ações da APS/ESF fica mais evidente. Nenhum outro serviço de saúde pode colocar-se lado a lado com essas famílias com tanta propriedade e enfrentar o caminho da palição com presença constante, orientação e acolhimento.

A partir dos temas que emergiram nesta revisão de literatura é possível declarar que, no trajeto percorrido por pacientes em final de vida e suas famílias, a atuação de qualidade da Atenção Primária à Saúde é mais importante do que nunca. O acesso facilitado, garantido, próximo ao lar, o manejo dos sintomas constantes e a sensibilidade e o respeito às realidades vivenciadas em nossas comunidades podem não mudar o desfecho clínico (a morte), mas certamente, o cuidado paliativo faz toda a diferença aos pacientes e seus familiares nessa etapa de finitude da vida.

Referências

1. Schneider N, Lueckmann SL, Kuehne SLF, Klindtworth K, Behmann M. Developing targets for public health initiatives to improve palliative care. *BMC Public Health*. 2010; 10:222. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-10-222>
2. Florianí CA, Schramm SR. Moral and operational challenges for the inclusion of palliative care in primary health care. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(9): 2072-80. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000900015>
3. World Health Organization. Palliative care for older people: better practices. Denmark: WHO; 2011. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.pdf
4. Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009.
5. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). Cuidado Paliativo. São Paulo: CREMESP; 2008.
6. Brasil. Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*; Abr 2002. [acessado 2012 Jun 6]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10424.htm

7. Rabelo CAFG, Rodrigues PHA. Saúde da Família e cuidados paliativos infantis: ouvindo os familiares de crianças dependentes de tecnologia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(Supl. 2): 3157-66. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-1232010000200013>
8. Borgsteede SD, Deliens L, Wal GVD, Francke AL, Stalman WAB, Eijk JTME. Interdisciplinary cooperation of GPs in palliative care at home: A nationwide survey in the Netherlands. *Scand J Prim Health Care*, 2007. 25: 226-31. <http://dx.doi.org/10.1080/02813430701706501>
9. Barnes EA, Fan G, Harris K, Barbera L, Tsao M, Doyle M et al. Involvement of Family Physicians in the Care of Cancer Patients Seen in the Palliative Rapid Response Radiotherapy Program. *J Clin Oncol*. 2007; 25(36): 5758-62. <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2007.13.3082>
10. Verhoeven AAH, Schuling J, Maeckelber ELM. The death of a patient: a model for reflection in GP training. *BMC Fam Pract*. 2011; 12(2): 8-15. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-12-8>
11. Walshe C, Todd C, Caress AL, Graham CC. Judgements about fellow professionals and the management of patients. *Br J Gen Pract*. 2008; 58: 264-72. <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp08X279652>
12. McDaniel SH, Campbell ThL, Hepworth J, Lorenz A. *Family-Oriented Primary Care*. New York: Springer; 2005.
13. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília; 1997. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf
15. Whittemore R, Knafelz K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005; 52(5): 546-553. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
16. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;(3): 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
17. Fereday J, Muir-Cochrane E. Demonstrating Rigor using thematic analysis: a hybrid approach of inductive and deductive coding and theme development. *Int J Qual Methods*. 2006; 5(1): 8-15. <http://dx.doi.org/10.1063/1.2011295>
18. Neergaard MA, Vedsted P, Olesen F, Solkolowski I, Jensen AB, Sondergaard J. Associations between successful palliative trajectories, place of death and GP involvement. *Scand J of Prim Health Care*. 2010; 28: 138-145. <http://dx.doi.org/10.3109/02813432.2010.505316>
19. Marshall D, Howell D, Brazil K, Howard M, Taniguchi A. Enhancing family physician capacity to deliver quality palliative home care: An end-of-life, shared-care model. *Can Fam Physician*. 2008; 54: 1703.e1-7 Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2602612/?tool=pubmed>
20. Han PKJ, Rayson D. The Coordination of Primary and Oncology Specialty Care at the End of Life. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2010; 40: 31-7. <http://dx.doi.org/10.1093/jncimonographs/lgq003>
21. Valente SH, Teixeira MB. Estudo fenomenológico sobre a visita domiciliar do enfermeiro à família no processo de terminalidade. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(3): 665-61. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000300022>
22. Benedetto MAC, Castro AG, Carvalho E, Sanogo R, Blasco PG. From suffering to transcendence: Narratives in palliative care. *Can Fam Physician*. 2007; 53(8): 1277-79. Disponível em: <http://www.cfp.ca/content/54/12/1703.full>
23. Shipman C, Gysels M, White P, Worth A, Murray SA, Barclay S et al. Improving generalist end of life care: national consultation with practitioners, commissioners, academics, and service user groups. *BMJ*. 2008; 11: 337(7674). <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.a1720>
24. Pinheiro TRP, Benedetto MAC, Levites MR, Giglio A, Blasco PG. Teaching Palliative Care to Residents and Medical Students. *Fam Med*. 2010; 42(8): 580-2. Disponível em: <http://www.stfm.org/fmhub/fm2010/September/Thais%20Raquel580.pdf>
25. McGrath P. Care of the hematology patient and their family The GP viewpoint. *Aust Fam Physician*. 2007; 36(9): 779-81.
26. Groot MM, Vernooij-Dassen MLFL, Verhagen SCA, Crul BJP, Grol RPTM. Obstacles to the delivery of primary palliative care as perceived by GPs. *Palliat Med*. 2007; 21(8): 697-703. <http://dx.doi.org/10.1177/0269216307083384>
27. Johansen ML, Holte Dahl KA, Rudebeck CE. A doctor close at hand: How GPs view their role in cancer care. *Scand J Prim Health Care*. 2010; 28: 249-55. <http://dx.doi.org/10.3109/02813432.2010.526792>
28. Silva MCLSR, Silva L, Bousso RZ. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(5): 1250-1255. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000500031>
29. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM 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; 25 Jan 2008. [n. 18]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis./gm/2008/prt0154_24_01_2008.html

Acne vulgar: diagnóstico e manejo pelo médico de família e comunidade

Acne vulgaris: diagnosis and management by the family physician

Acné vulgar: diagnóstico y manejo por el médico familiar y comunitario

Ana Margarida Ferreira da Silva. Unidade de Saúde Familiar das Ondas, Aces Porto IV. Póvoa de Varzim, Vila do Conde, Portugal. amargferreiradasilva@gmail.com (*Autora correspondente*)

Francisco Pinto da Costa. Unidade de Saúde Familiar das Ondas, Aces Porto IV. Póvoa de Varzim, Vila do Conde, Portugal. franciscopintodacost@gmail.com

Margarida Moreira. Unidade de Saúde Familiar das Ondas, Aces Porto IV. Póvoa de Varzim, Vila do Conde, Portugal. mmargmoreira@gmail.com

Resumo

A acne vulgar é a doença cutânea mais frequente, afetando 85 a 100% da população em algum momento da vida; constituindo, por isso, um motivo frequente de consulta na atenção primária à saúde. Geralmente, tem início na puberdade, situando-se o pico de incidência entre os 14 e 17 anos nas adolescentes, e entre os 16 e 19 anos nos rapazes, sendo mais grave e prevalente no sexo masculino. Apesar de extensamente debatida, a acne vulgar requer uma atualização constante. Foi feita uma revisão das diretrizes clínicas, meta-análises e revisões sistemáticas publicadas nos últimos 15 anos, relacionadas à acne vulgar e seu tratamento. Esta patologia é normalmente dividida em três tipos clínicos: comedônica, pápulo-pustulosa e nódulo-cística. O diagnóstico é clínico, contudo outros diagnósticos diferenciais devem ser considerados. Das várias opções terapêuticas farmacológicas disponíveis, destacam-se os retinoides, os antimicrobianos e a terapêutica hormonal, cuja utilização deve ser ponderada, tendo-se em conta as suas indicações – tipo de acne e sua gravidade – e os seus efeitos colaterais. Assim, o médico de família e comunidade desempenha um papel de primeira linha na abordagem da acne vulgar, desde o diagnóstico à gestão das opções terapêuticas.

Abstract

Acne vulgaris is the most common skin disease worldwide. It affects 85-100% of the population at any point in life. Consequently, it is a frequent reason for primary care visits. It usually begins at puberty, reaching its peak between the age of 14-17 in girls, and 16-19 in boys, and it is more severe and prevalent in males. Although widely discussed, Acne vulgaris still requires constant updating. We conducted a survey of clinical guidelines, systematic reviews, and meta-analyses published over the past 15 years, concerning acne vulgaris and its treatment. Acne vulgaris is usually divided in three clinical types: comedonal, papulopustular, and nodular. The diagnosis is based on clinical signs; however, other conditions should be considered. There are several pharmacological therapies available, especially retinoids, antimicrobials, and hormone therapy, which should be used after considering its indications (type of acne and its severity) and side effects. Thus, the family physician plays a leading role in addressing acne vulgaris, from diagnosis to management of therapeutic options.

Resumen

El acné vulgar es la enfermedad cutánea más frecuente, afectando del 85 al 100% de la población en algún momento de su vida, lo que hace que sea un motivo frecuente de consulta en la atención primaria de salud. Generalmente se inicia en la pubertad, con un pico de incidencia entre las adolescentes de 14 a 17 años y entre los adolescentes de 16 a 19 años, siendo más grave y prevalente en el sexo masculino. A pesar de que éste sea un tema ampliamente discutido, precisase de una actualización constante, y, por eso motivo, se ha realizado una investigación de las directrices clínicas, metaanálisis y revisiones sistemáticas, publicadas en los últimos 15 años, relacionadas con el acné vulgar y su tratamiento. Esta patología normalmente se divide en tres tipos clínicos: comedónica, pápulo-pustulosa e nódulo-quística. El diagnóstico es clínico, sin embargo deben considerarse otros diagnósticos diferenciales. Dadas las distintas opciones terapéuticas farmacológicas disponibles, destacan los retinoides, los antimicrobianos y la terapêutica hormonal, cuya utilización debe ponderarse teniendo en cuenta sus indicaciones (tipo de acné y su gravedad) y sus efectos colaterales. Por este motivo, el médico familiar y comunitario desempeña un papel de primera línea en el abordaje del acné vulgar, desde el diagnóstico hasta la gestión de las opciones terapêuticas.

Como citar: Silva AMF, Costa FP, Moreira M. Acne vulgar: diagnóstico e manejo pelo médico de família e comunidade. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(30):54-63. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)754](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(30)754)

Palavras-chave:

Acne vulgar
Terapêutica
Atenção Primária à Saúde

Keywords:

Acne Vulgaris
Therapeutics
Primary Health Care

Palabras clave:

Acné Vulgar
Terapêutica
Atención Primaria de Salud

Fonte de financiamento:

declaram não haver.

Parecer CEP:

não se aplica.

Conflito de interesses:

declaram não haver.

Recebido em: 13/05/2013

Approved em: 09/01/2014

Introdução

A acne vulgar é a doença cutânea mais frequente, afetando 85 a 100% da população em algum momento da vida. É caracterizada por lesões que resultam da ação dos hormônios sobre as glândulas sebáceas da pele, afetando as áreas com maior densidade de folículos sebáceos.¹ Geralmente, tem início na puberdade, situando-se o pico de incidência nas adolescentes entre 14 e 17 anos, e nos rapazes entre 16 e 19 anos. A duração da doença é variável, podendo persistir na idade adulta em 50% das pessoas acometidas,² e é possível, em alguns casos, deixar sequelas. Atinge ambos os sexos, sendo mais grave e prevalente no sexo masculino.³

É uma doença crônica do folículo pilossebáceo, cuja fisiopatologia é complexa e não totalmente compreendida.⁴ Envolve quatro fatores fisiopatológicos primários:

1. Hiperplasia das glândulas sebáceas e produção excessiva de sebo;
2. Hiperqueratinização folicular;
3. Colonização do folículo piloso pelo *Propionibacterium acnes* (*P.acnes*);
4. Inflamação e resposta imunológica.

Embora a acne não esteja associada a situações de morbidade severa, incapacidade física ou mortalidade, tem significativas repercussões físicas (cicatrizes), psicológicas (baixa autoestima, inibição social, depressão e ansiedade) e sociais (desemprego), que poderão ser minimizadas com um tratamento precoce e adequado.⁵ Nos adolescentes tem um efeito negativo maior do que doenças como a asma e a epilepsia.⁶ Este distúrbio é frequentemente encarado como um processo normal do desenvolvimento e como um problema menor pelos pais, condicionando um atraso na procura por ajuda. O objetivo deste artigo é revisar a abordagem da acne vulgar em Atenção Primária.

Estratégia de busca

Revisão clássica narrativa com pesquisa, em março de 2012, na *Medline* e em sítios de Medicina Baseada em Evidências (*National Guideline Clearinghouse, NHS Evidence, Canadian Medical Association, Evidence Based Medicine, InfoPOEMs, TRIP, The Cochrane library, DARE, Bandolier*), de artigos publicados nos últimos 15 anos, com limite aos idiomas Português, Inglês e Espanhol. Utilizou-se como palavra-chave o termo MeSH 'Acne vulgaris'.

Mitos e verdades

Na sociedade atual, entre médicos e pacientes, persistem mitos e equívocos sobre a acne. Da mesma forma, algumas crenças, que antes se acreditava serem mitos, vêm sendo apoiadas por evidências que sustentam sua veracidade. A seguir, apresentamos as crenças mais frequentes a respeito da acne, juntamente com as evidências que as apoiam ou refutam:

- Dieta – Apesar de poucos estudos fidedignos correlacionarem a dieta com a acne, existe uma diferença de prevalência entre as sociedades industrializadas e não industrializadas, sugerindo-a como fator a considerar. Recentemente, foi encontrada uma relação entre a ingestão de alimentos com carga glicêmica elevada e a patogênese da acne, através da hiperinsulinemia provocada por tais alimentos.^{1,7}
- Higienização – Ainda persiste a ideia de que a acne está associada à higiene deficiente.¹ Uma má higienização não só não provoca acne, como a evidência científica do papel da limpeza do rosto na patogênese da acne é de má qualidade. No entanto, sabe-se que a lavagem facial frequente e intempestiva tem sido proposta como sendo traumatizante, aumentando os efeitos de irritação cutânea da tretinoína tópica e da isotretinoína.⁷⁻¹⁰ Assim, o consenso geral é de que a limpeza do rosto deve ser efetuada uma vez por dia, com agente de limpeza ajustado ao tipo de pele, como preparação para a aplicação dos tratamentos posteriores. O recurso da maquiagem e das técnicas de camuflagem, desde que os produtos sejam não comedogênicos, não estão contraindicados.^{11,12}

- Estresse – Desde longa data tem sido evocada a relação causal entre o estresse e a acne, mas, apenas recentemente, Chiu et al.¹³ demonstraram correlação positiva entre o agravamento da acne e a existência de níveis elevados de estresse durante o período dos exames escolares.
- Atividade sexual – A prática sexual não demonstrou ter qualquer relação com a acne, pois são as alterações hormonais normais da puberdade que estão implicadas na sua patogênese.¹
- Período menstrual – O agravamento pré-menstrual da acne pode ser parcialmente explicado pela diminuição do diâmetro de abertura do folículo dois dias antes do início da menstruação.¹
- Exposição solar – Não existe evidência científica convincente do benefício da radiação ultravioleta sobre a acne. Recentes estudos sugeriram a eficácia de vários espectros de luz artificial, mas tais efeitos não podem ser extrapolados para a luz solar. Além disso, a fotossensibilidade é um efeito colateral comum a muitos tratamentos médicos para a acne.⁷

Classificação

Não existe um sistema universal de classificação da acne vulgar. Neste artigo, adotamos um sistema de classificação em que, com base no predomínio de lesões elementares encontradas (Quadro 1), se definem três tipos de acne: comedônica, pápulo-pustulosa e nódulo-cística – ou apenas nodular.^{1,14} Isso não significa, entretanto, que, em um tipo de acne, não possam estar presentes outros tipos de lesões.¹⁴

O estadiamento da acne deve levar em conta uma avaliação global da gravidade – classificada em leve, moderada ou grave/severa –, representando uma síntese entre tipo, número, tamanho e extensão das lesões, e auxiliando na seleção de agentes terapêuticos apropriados e na avaliação da resposta ao tratamento.¹⁵

Diagnóstico diferencial

O diagnóstico da acne vulgar é clínico, sendo geralmente fácil distinguir as diferentes formas – comedônica, pápulo-pustulosa e nódulo cística (Figuras 1, 2 e 3). Porém, pontualmente podem surgir dificuldades, devendo ser levados em consideração alguns diagnósticos diferenciais (Quadro 2),^{1,14,16} cujas imagens podem ser consultadas em www.dermis.net¹⁷ (considerar que a nomenclatura pode ser ligeiramente diferente).

Quadro 1. Termos utilizados para descrição das lesões.¹

Comedão	Lesão elementar da acne, surgindo em consequência da hiperqueratose de retenção do folículo pilosebáceo.
Pápula	Área de eritema e edema em redor do comedão, com pequenas dimensões (até 3 mm).
Pústula	Conteúdo purulento e normalmente doloroso, acompanhado de prurido.
Nódulo	Idêntico à pápula, mas com dimensões de até 2 cm.
Cisto	Grande comedão que sofre várias rupturas e recapsulações, contendo um conteúdo pastoso e caseoso.
Cicatriz	Depressão irregular coberta de pele atrófica, resultante da destruição do folículo pilosebáceo por reação inflamatória.

Quadro 2. Diagnósticos diferenciais a serem considerados.^{1,14,16}

Mília	Pequenas pápulas esbranquiçadas e de localização periorbitária.
Ceratose pilar	Hiperqueratose folicular com pequenas pápulas agrupadas ou dispersas nas faces laterais do rosto.
Foliculites bacterianas	Limitam-se à área da barba e podem ser causadas por Estafilococos ou Gram-negativos. Podem apresentar-se como pápulo-pústulas ou nódulos deprimidos.
Pseudofoliculite da barba	Frequente na etnia negra, caracteriza-se por pápulas, por vezes pústulas e cicatrizes, com localização preferencial na região cervical.
Acne iatrogênica	Pápulo-pústulas monomorfias, de pequenas dimensões, em relação temporal com o fármaco.
Dermatite perioral	Pequenas pápulas e pústulas sobre base eritematosa, tipicamente poupando uma margem de pele sã em torno dos lábios.
Rosácea	Pequenas pápulo-pústulas eritematosas sobre fundo telangiectásico, distribuídas pelas áreas convexas do nariz, regiões malares, frontais e mento, sobretudo na mulher pré-menopáusia.
Pioderma facial	Pápulo-pústulas e nódulos coalescentes no mento e nas regiões nasogenianas e frontais, podendo ser acompanhado de sintomas sistêmicos (Figura 4).



Figura 1. Acne comedônica.
Fonte: Dermatology Online Atlas.¹⁷



Figura 2. Acne pápulo-pustulosa.
Fonte: Dermatology Online Atlas.¹⁷



Figura 3. Acne nódulo-cística.
Fonte: Dermatology Online Atlas.¹⁷



Figura 4. Pioderma facial.
Fonte: Dermatology Online Atlas.¹⁷

Exames auxiliares de diagnóstico

Na maioria dos casos, tais exames não são necessários. No entanto, perante suspeita de hiperandrogenismo (dada por hirsutismo, irregularidades menstruais e alopecia androgenética, por exemplo), preconiza-se ponderar pedido de estudo hormonal.¹

Tratamento

Para aumentar a adesão, é fundamental utilizar esquemas simples adaptados, com não mais de três fármacos, desfazer mitos e capacitar a pessoa em relação à doença e ao seu tratamento.^{18,19} Na orientação do tratamento da acne, optamos por seguir o algoritmo da *Global Alliance*³ (Figura 5).

Tratamento tópico

A aplicação tópica deve ser realizada sobre toda a área afetada, com preparações de baixa concentração, com aumento posterior da frequência ou da dose, se necessário.¹⁹ Dentro dos tratamentos tópicos, preferir cremes em caso de pele seca; preparações na forma de gel, em caso de pele oleosa; e soluções, se necessário aplicar em zonas extensas ou com grande densidade pilosa.^{3,18,19}


							
		Na gravidez	Comedônica	Misto e papulo-pustulosa	Misto e papulo-pustulosa	Nodular (nódulos < 5 mm)	Nodular/Conglobata
1ª Escolha		Adiar até pós-amamentação ¹⁹	Retinóide tópico	Retinóide tópico + Antimicrobiano tópico	Antibiótico oral + Retinóide tópico +/- PB	Antibiótico oral + retinóide tópico + PB	Isotretinoína oral
Alternativas	Parece não haver risco com PB, eritromicina tópica e ácido azelaico; Acne grave: eritromicina oral isolada/ com suplementos de sais de zinco ¹⁹		Outro retinóide tópico ou Ácido azelaico ou Ácido salicílico	Outro antimicrobiano tópico + Outro retinóide tópico ou Ácido azelaico	Outro antibiótico oral + Outro retinóide tópico +/- PB	Isotretinoína oral ou Outro antibiótico oral + Outro retinóide tópico +/- PB	Alta dose de antibiótico oral + Retinóide tópico + PB
Alternativas para mulheres		-	Igual a 1ª escolha	Igual a 1ª escolha	Terapêutica hormonal + Retinóide tópico/Ácido azelaico +/- Antimicrobiano tópico	Terapêutica hormonal + Retinóide tópico +/- Antibiótico tópico ou oral	Alta dose de terapêutica hormonal + Retinóide tópico +/- Outro antimicrobiano tópico ou oral
Terapia de manutenção		-	Retinóide tópico		Retinóide tópico +/- PB		

Figura 5. Algoritmo de tratamento da acne (adaptado de *Global Alliance Acne Treatment Algorithm*).³
PB - peróxido de benzoíla.

Retinoides tópicos

Atuam como comedolíticos e anticomedogênicos, mas têm também efeitos anti-inflamatórios e facilitam a penetração de outros agentes tópicos.^{3,18}

São considerados produtos de primeira linha (de forma isolada ou em combinação) na acne leve a moderada.²⁰ Os mais comuns são o adapaleno, a isotretinoína e a tretinoína, todos apresentando atividade comedolítica semelhante (Quadro 3).²⁰

A isotretinoína e a tretinoína têm, como potenciais efeitos adversos, irritação, intolerância solar e secura cutânea, necessitando ser aplicadas à noite. O adapaleno está associado a menor potencial irritante e é mais estável à luz (pode ser aplicado de manhã).²⁰

Para evitar efeitos colaterais, os retinoides tópicos podem ser iniciados em baixas concentrações, podendo mesmo ser utilizados em noites alternadas inicialmente, após lavar a face com agente de limpeza suave. Deve-se ainda aplicar diariamente hidratante com proteção solar.¹⁹

Todos os retinoides são contraindicados na gravidez e na amamentação. As mulheres em idade fértil devem utilizar métodos contraceptivos eficazes.¹⁹

Peróxido de benzoíla (PB)

É uma preparação segura com ação comedolítica e antimicrobiana, podendo ser usada isoladamente ou em associação com retinoides tópicos ou antibióticos tópicos ou orais.¹⁹

Devido à oxidação da tretinoína pelo PB, esses fármacos não devem ser aplicados de forma concomitante; se for necessário o uso combinado, deve-se aplicar o PB de manhã e a tretinoína à noite. A associação mais habitual é a de PB com adapaleno, à noite.^{20,21}

Uma associação frequentemente recomendada é a de PB com antibiótico tópico ou oral, pois a ação bactericida do PB promove um menor desenvolvimento de resistência bacteriana e melhor tolerabilidade, sendo que ambos os fármacos atuam sinergicamente na redução do *P. acnes*.^{3,20,21}

Está recomendado o uso de PB em concentrações baixas (2,5% ou 5%), uma vez que é menos irritante e igualmente eficaz.¹⁹ Deve-se advertir para o fato de este causar descoloração do cabelo e roupas.^{18,20,21}

Antibióticos tópicos

Parecem atuar sobre a acne inflamatória leve através de ação antimicrobiana sobre o *P. acnes* e ação anti-inflamatória.^{19,20} Estão disponíveis a clindamicina e a eritromicina, que devem ser aplicadas duas vezes ao dia (Quadro 3).²²

Devido à preocupação com o desenvolvimento de resistência bacteriana, defende-se que o uso dos antibióticos tópicos seja interrompido logo que as lesões inflamatórias comecem a se resolver, o que ocorre em 2 a 6 semanas, devendo as lesões ser reavaliadas em 6 a 8 semanas e ponderando-se substituição por PB.^{20,21}

Quadro 3. Fármacos e formulações disponíveis para o tratamento da acne.^{18,19,20,22}

Retinoides	
Adapaleno	Creme: 1mg/g Gel: 1mg
Isotretinoína	Gel: 0,05% Creme: 0,5mg Comprimido: 10mg, 20mg
Tretinoína	Creme: 0,025%, 0,05%, 0,1% Gel: 0,01%, 0,025%, 0,05%
Antibióticos	
Tetraciclina	
Tetraciclina	Comprimido: 500mg
Doxiciclina	Comprimido: 100mg
Minociclina	Comprimido: 50mg, 100mg
Macrólidos	
Eritromicina	Gel: 20mg/g Solução tópica: 20mg/mL Comprimido: 500mg
Azitromicina	Comprimido: 500mg Suspensão oral: 600mg/15mL
Clindamicina	
	Gel: 10mg/g Comprimido: 300mg
Trimetoprim/Sulfametoxazol	
	Comprimido: 160mg/800mg
Peróxido de benzoila	
	Tópico: 2,5%, 5%, 10%
Ácido salicílico	
	Tópico: 1-5%
Ácido azelaico	
	Gel: 150mg/g Creme: 200mg/g
Terapêutica combinada	
Eritromicina + Isotretinoína	Gel: 20mg/g + 0,5mg/g
Adapaleno + PB	Gel: 1mg/g + 25mg/g
Adapaleno + Clindamicina	Gel: 10mg/g + 1mg/g
Clindamicina + PB	Gel: 10mg/g + 50mg/g
Terapêutica hormonal (comprimido)	
COC segunda geração	Levonorgestrel + EE (doses variáveis)
COC terceira geração	Desogestrel + EE (doses variáveis) Gestodeno + EE (doses variáveis)
COC quarta geração	Trimegestona 0,125mg + estradiol 1mg
COC com antiandrogênicos	EE 35µg + acetato de ciproterona 2mg EE 30µg + dienogeste 2mg EE 20 ou 30µg + drospirenona 3mg EE 30µg + clormadinona 2mg

COC - contraceptivo oral combinado; EE - etinilestradiol; PB - Peróxido de benzoila.

Outros tratamentos

Ácido azelaico

Possui propriedades antimicrobianas, comedolíticas e anti-inflamatórias, sendo usado como segunda linha. Pode causar hipopigmentação.¹⁹ Recomenda-se a aplicação inicial noturna (creme a 20%), podendo-se aumentar até 2 a 3 vezes por dia. Pode ser usado na gestação e é útil no verão e em pessoas que não toleram os retinoides tópicos, pois não produz fotossensibilidade.^{18,21}

Ácido salicílico

É um esfoliante, com características queratolíticas e anti-inflamatórias, podendo associar-se a retinoides tópicos no tratamento da acne comedônica ou como tratamento de segunda linha. Não há estudos que apoiem a utilização rotineira do ácido salicílico em detrimento de outras terapias.¹⁹

Tratamento oral

Antibióticos orais

São normalmente usados nos casos de acne mais grave, acne predominantemente no tronco e acne que não responde à terapia tópica, ou em pacientes com maior risco de cicatrizes, uma vez que têm início de ação mais rápido que os antibióticos tópicos e são igualmente bem tolerados.^{19,20}

Os antibióticos orais preferidos são as tetraciclinas e os macrolídeos (Quadro 3).^{18,19} Das tetraciclinas, as opções são a doxiciclina e a minociclina, na dose de 100-200mg/dia, em tomada única diária, reduzindo para 50mg/dia quando há melhora, e a tetraciclina na dose de 500mg/dia, não podendo esta ser ingerida com lácteos ou alimentos (ingerir uma hora antes ou duas horas após).^{18,19}

Em relação aos efeitos colaterais, devemos alertar para a intolerância digestiva (devem ser tomados com água e fora das refeições, visto que os alimentos diminuem a sua absorção); no entanto, defende-se que, para melhor adesão, possa ser aconselhada a sua ingestão durante as refeições (exceto no caso da tetraciclina).¹⁸ As tetraciclinas também podem causar descoloração dentária e estão contraindicadas em gestantes e crianças.^{18,21}

A doxiciclina pode causar fotossensibilidade.²¹ A minociclina tem sido associada a distúrbios vestibulares, deposição de pigmento e, raramente, lúpus eritematoso sistêmico induzido por drogas, que geralmente ocorre no início do tratamento. Os pacientes que tomam minociclina devem avaliar a função hepática (através da dosagem das aminotransferases) a cada 3 a 4 meses.¹⁸

Os macrolídeos – eritromicina (250-500mg, 2 vezes/dia), azitromicina (500mg, 2 vezes/dia, 3 dias seguidos/semana) e, eventualmente, a claritromicina –, além de problemas de desconforto gastrointestinal, têm uma eficácia cada vez mais limitada dado o perfil de resistência do *P. acnes*, pelo que devem ser reservados para os casos de intolerância ou contraindicação às tetraciclinas, ou quando se pretende fazer tratamento no verão.^{18,20}

As quinolonas ou o sulfametoxazol-trimetoprim (800/160mg, 2 vezes/dia) devem ser considerados de terceira linha.^{18,20}

O uso de antibióticos tem sido associado a casos de resistência bacteriana, sobretudo quando utilizados em doses baixas por longos períodos; assim, recomenda-se que sejam usados por, no mínimo, 6 a 8 semanas e, no máximo, 4 meses, devendo ser interrompidos se não houver melhora.¹⁸⁻²⁰

O antibiótico oral nunca deve ser usado em monoterapia, mas sempre com um agente tópico – retinoide tópico, ou, nos casos de administração superior a 2 meses, com o PB, para reduzir a resistência bacteriana.¹⁸⁻²⁰ Nunca se deve associar o mesmo antibiótico tópico e oral.^{18,19} Em caso de recidiva, após tratamento bem sucedido, deve ser prescrito o mesmo antibiótico.¹⁸⁻²⁰

Se o paciente demonstra um agravamento da acne enquanto estiver usando antibióticos orais, tal pode ser causado por resistência bacteriana ou foliculite gram-negativa; esta requer a utilização de ampicilina ou, de preferência, isotretinoína.¹⁸ O desenvolvimento de foliculite gram-negativa, como resultado de tratamento com antibiótico oral, pressupõe a suspensão deste, não devendo ser reiniciado.

Terapêutica hormonal

É uma excelente escolha para as mulheres com agravamento pré-menstrual da acne, acne na idade adulta, acne envolvendo preferencialmente a metade inferior da face e pescoço, associada à seborreia; hirsutismo, e irregularidades do ciclo menstrual, com ou sem hiperandrogenismo, e para jovens sexualmente ativas com acne inflamatória.

Os contraceptivos orais combinados (COCs), contendo um estrogênio [etinilestradiol (EE)] associado a um progestágeno de segunda geração (levonorgestrel, noretindrona) ou de terceira geração (desogestrel, norgestimato e gestodeno), ou a um antiandrogênio (acetato de clormadinona, ciproterona, dienogeste, trimegestona e drospironona), são frequentemente prescritos (Quadro 3).^{18,20}

Contraceptivos só com progestágeno, incluindo o DIU com liberação de levonorgestrel, frequentemente pioram a acne e devem ser evitados em mulheres com acne sem contra-indicações para estrogênios.

Isotretinoína oral

É geralmente reservada para a acne nódulo-cística severa com cicatrizes ou acne resistente a outras terapias. É o fármaco que interfere de forma mais completa nos mecanismos fisiopatológicos da acne.²⁰

A administração de isotretinoína, por cerca de 20 semanas, resulta em cura clínica em aproximadamente 85% dos casos. O tratamento deve ser realizado com doses diárias de 0,5-1mg/kg por dia (em 2-3 tomadas/dia, após as refeições) ou um total de 120-150mg/kg ao longo da duração do tratamento (6 a 8 meses). Para evitar exacerbação da doença, pode-se iniciar com uma dose mais baixa (0,5mg/kg/dia) durante o primeiro mês e depois aumentar para 1mg/kg/dia.

A ingesta da medicação não deve ser associada a outros agentes comedolíticos tópicos (PB, retinoides) por agravamento da irritação cutânea, nem a tetraciclina por risco de diminuir o efeito antiacneico e de causar hipertensão intracraniana.

A isotretinoína causa fotossensibilidade, queilite seca, xerose, epistaxe e agravamento temporário de lesões, mas raramente graves o suficiente para causar a interrupção do tratamento. Devido à teratogenicidade associada, as pacientes em idade fértil devem usar método contraceptivo altamente eficaz, iniciando um mês antes do uso da isotretinoína até um mês após o término do uso. Testes de gravidez negativos devem ser obtidos antes, durante e 5 semanas após o término do tratamento. Segundo a portaria SVS/MS 344/98,²³ a receita deve ser acompanhada de Notificação de Receita para retinoides de uso sistêmico (C2), bem como pela assinatura de Termo de Consentimento Pós-Informação.

Poderão ocorrer alterações nos perfis lipídico e hepático e nas plaquetas, motivo pelo qual é aconselhável a realização de controle analítico antes do início e após 4-6 semanas de tratamento.²⁰

A prescrição de isotretinoína oral na Atenção Primária não é consensual. Contudo, uma diretriz¹⁵ sublinha que, dados os potenciais efeitos adversos deste fármaco, este deva ser prescrito unicamente por médicos que tenham conhecimento acerca da sua administração apropriada e monitorização. Tal não afasta por completo a possibilidade de esta poder ser usada no nível da Atenção Primária, mas exige experiência e confiança por parte do médico prescritor que deve proceder de acordo com a legislação em vigor.

Terapia de manutenção

É obrigatória após tratamento com sucesso, prevenindo o aparecimento de novas lesões e resolvendo as existentes.

Os retinoides tópicos são os candidatos ideais. Nos casos mais graves, a associação com um agente antimicrobiano pode ser necessária, podendo o PB ser adicionado.

Medidas gerais

O paciente deve ser aconselhado a lavar e secar suavemente a zona afetada, uma vez ao dia, com agente de limpeza próprio e suave. Devido ao efeito irritativo da terapêutica, devem-se usar cremes ou emulsões sem óleo, sendo fundamental evitar manipulação das lesões.²⁰

O tratamento tópico deve ser aplicado em toda a área afetada, após lavagem, com a pele seca, evitando o contato com mucosas. Quando se associam vários tratamentos tópicos, separadamente, deve-se intervalar a sua aplicação em pelo menos uma hora. Porém, as combinações de tratamentos tópicos assim comercializadas (retinoides + antibióticos, PB + antibióticos ou PB + retinoides) são mais eficazes do que a aplicação dos componentes isoladamente e favorecem uma maior adesão, pelo que, neste caso, são vantajosas (Quadro 3).²¹ A melhoria das lesões só aparece várias semanas após o início do tratamento.²¹

Prognóstico

A acne vulgar tende a desaparecer espontaneamente depois da adolescência. Desconhece-se por que persiste em alguns adultos. A melhoria das lesões não é imediata após início do tratamento, podendo mesmo piorar temporariamente. Inicialmente, deve-se reavaliar a cada 14 dias e depois mensalmente, para avaliar a evolução e os efeitos colaterais.²¹

Conclusão

O médico de família e comunidade desempenha um papel de primeira linha na abordagem da acne vulgar. Por este motivo, deverá estar apto a lidar com a maioria das situações apresentadas no cotidiano, provendo um suporte educacional e delineando estratégias terapêuticas atualizadas e apropriadas a cada caso. O objetivo terapêutico será o de proporcionar resolução das lesões existentes, prevenção do aparecimento de cicatrizes e de novas lesões, e um incremento da autoestima do indivíduo afetado. Além disso, é importante promover a adesão a um tratamento em que os resultados não são imediatos e devem ser reavaliados; note-se, também, que a autossuspensão da terapêutica pode representar um retrocesso.

Alguns casos merecerão referência ao dermatologista, nomeadamente situações em que os objetivos terapêuticos não sejam atingidos, com acne resistente ao tratamento, quando há cicatrizes significativas ou quando há suspeita de determinadas situações, como acne fulminante (acne severa, de aparecimento súbito, com febre e poliartralgias) ou complicações da acne.²² Quando o paciente tem indicação de isotretinoína oral, em geral é encaminhado para o dermatologista, embora médicos de família e comunidade possam prescrever esse fármaco desde que tenham experiência e segurança para isso, seguindo a legislação em vigor.¹⁵

Referências

1. Figueiredo A, Massa A, Picoto A, Soares AP, Basto AS, Lopes C, et al. Avaliação e tratamento do doente com acne – Parte I: Epidemiologia, etiopatogenia, clínica, classificação, impacto psicossocial, mitos e realidades, diagnóstico diferencial e estudos complementares. *Rev Port Clin Geral*. 2011 Jan-Feb;27:59-65.
2. Dréno B, Poli F. Epidemiology of Acne. *Dermatology*. 2003;206(1):7-10. <http://dx.doi.org/10.1159/000067817>

3. Thiboutot D, Gollnick H, Bettoli V, Dréno B, Kang S, Leyden JJ, et al. New insights into the management of acne: an update from the Global Alliance to improve outcomes in Acne group. *J Am Acad Dermatol*. 2009 May; 60(5 Suppl):S1-50. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2009.01.019>
4. Pawin H, Beylot C, Chivot M, Faure M, Poli F, Revuz J, et al. Physiopathology of acne vulgaris: recent data, new understanding of the treatments. *Eur J Dermatol*. 2004 Jan-Feb;14(1):4-12.
5. Carvalho A, Mourão A, Assunção C, Fonseca C, Gama D, Oliveira L, et al. Acne: prevalência e factores associados. *Patient Care. Edição Portuguesa*. 2010 Fev;15(156):59-65.
6. Mallon E, Newton J, Klassen A, Stewart-Brown SL, Ryan TJ, Finlay AY. The quality of life in acne: a comparison with general medical conditions using generic questionnaires. *Br J Dermatol*. 1999 Apr;140(4):672-6. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2133.1999.02768.x>
7. Magin P, Pond D, Smith W, Watson A. A systematic review of the evidence for myths and misconceptions in acne management: diet, face-washing and sunlight. *Fam Pract*. 2005 Feb;22:62-70. <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmh715>
8. Gollnick H, Cunliffe W. Management of acne: general management strategies in acne. *J Am Acad Dermatol*. 2003 Jul;49(1):S30-1.
9. Dunlap FE, Mills OH, Tuley MR, Baker MD, Plott Rt. Adapalene 0,1% gel for the treatment of acne vulgaris: its superiority compared to tretinoin 0,025% cream in skin tolerance and patient preference. *Br J Dermatol*. 1998 Oct;139(52):17-22.
10. Millikan LE. Pivotal clinical trials of adapalene in the treatment of acne. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2001;15(3):19-22.
11. Poli F. Soins cosmetiques et acne. *Rev Prat*. 2002 Avr;52(8):859-62.
12. Hayashi N, Imori M, Yanagisawa M, Seto Y, Nagata O, Kawashima M. Make-up improves the quality of life acne patients without aggravating acne eruptions during treatments. *Eur J Dermatol*. 2005 Jul-Aug;15(4):284-7.
13. Chiu A, Chon SY, Kimball AB. The response of skin disease to stress: changes in the severity of acne vulgaris as affected by examination stress. *Arch Dermatol*. 2003 Jul;139(7):897-900. <http://dx.doi.org/10.1001/archderm.139.7.897>
14. Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 7th edition. New York: McGraw-Hill Medical; 2008.
15. Strauss J, Krowchuck D, Leyden J, Lucky AW, Shalita AR, Siegfried EC, et al. Guidelines of care for acne vulgaris management. *J Am Acad Dermatol*. 2007 Apr;56:651-63. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2006.08.048>
16. Wolff K, Johnson R, Suurmond R. *Fitzpatrick Dermatologia - Atlas e Texto*. 5a ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2006.
17. Diepgen TL, Yihune G, Schuler G, Tanko Z, Lohrmann H, Paessler J et al. *Dermatology Online Atlas*. [acesso em 2013 Dez 9]. Disponível em: dermis.net
18. Katsambas AD, Stefanaki C, Cunliffe, WJ. Guidelines for treating acne. *Clin Dermatol*. 2004 Sep-Oct;22(5):439-44. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clindermatol.2004.03.002>
19. Williams HC, Dellavalle RP, Garner S. Acne vulgaris. *Lancet*. 2012 Jan;379(9813):361-72. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60321-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60321-8)
20. Figueiredo A, Massa A, Picoto A, Soares AP, Basto AS, Lopes C, et al. Avaliação e tratamento do doente com acne – Parte II: Tratamento tópico, sistêmico e cirúrgico, tratamento da acne na grávida, algoritmo terapêutico. *Rev Port Clin Geral*. 2011 Jan-Feb;27:66-76.
21. Martin-Zurro A, Cano Pérez JF. *Atención Primaria*. 5a ed. Madrid: Elsevier; 2003.
22. Feldman S, Careccia RE, Barham KL, Hancox J. Diagnosis and treatment of acne. *Am Fam Physician*. 2004 May; 69(9):2123-2130.
23. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. PORTARIA N° 344, DE 12 DE MAIO DE 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília, DF; 1998. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis./svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html

Declaração de Belém: o recrutamento e a retenção de profissionais de saúde em áreas rurais e remotas

The Belém declaration: recruitment and retention of health professionals in rural and remote areas

Declaración de Belém: reclutamiento y retención de profesionales de salud en áreas rurales y remotas

Leonardo Vieira Targa. Universidade de Caxias do Sul (UCS). Caxias do Sul, RS, Brasil. targalv@gmail.com (Autor correspondente)
André Luiz da Silva. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS). Porto Alegre, RS, Brasil. barmitzvar@yahoo.com.br
Dijon Hosana Souza Silva. Secretaria Municipal de Saúde de Floresta Azul. Floresta Azul, BA, Brasil. dijonhosana@hotmail.com
Enrique Falceto de Barros. Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria do Herval. Santa Maria do Herval, RS, Brasil. enriquefbarros@gmail.com
Fábio Duarte Schwalm. Universidade de Caxias do Sul (UCS). Caxias do Sul, RS, Brasil. fschwalm@gmail.com
Leonardo Caçado Monteiro Savassi. Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP). Ouro Preto, MG, Brasil. leosavassi@gmail.com
Monica Correia Lima. Prefeitura Municipal de Cajati. Cajati, SP, Brasil. monicalima@usp.br
Otávio Silva. Prefeitura Municipal de Alcântara. Alcântara, MA, Brasil. otaviocsilva@gmail.com
Ricardo César Garcia Amaral Filho. Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Manaus, AM, Brasil. amaral.mfc@gmail.com
Rodrigo Silveira. Universidade Federal do Acre (UFA). Rio Branco, AC, Brasil. ropsilveira@gmail.com
Magda Almeida. Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza, CE, Brasil. magnhets@gmail.com
Nilson Massakazu Ando. Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA). Manaus, AM, Brasil. nilsonando@yahoo.com

Resumo dos debates orientados pelas evidências científicas e experiências dos membros do Grupo de Trabalho de Medicina Rural da SBMFC

Tendo se reunido em Belém-PA, em maio de 2013, durante o 12º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, o Grupo de Trabalho de Medicina Rural da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), baseado em estudos prévios das evidências publicadas nacional e internacionalmente e na própria experiência como médicos rurais e estudiosos do tema, após debate e consenso, considerando que:

- O Brasil é um país continental e com enorme variedade locorregional;
- O conceito de ruralidade aqui utilizado será o da Declaração de Brasília;¹
- A saúde das populações rurais e remotas apresenta características específicas, que a difere da saúde das populações de grandes áreas urbanas e, em grande parte, os indicadores de saúde daquelas populações são inferiores às últimas;²⁻⁵
- As populações de áreas rurais e remotas têm a saúde como direito assegurado constitucionalmente, tanto quanto qualquer outra população;⁶
- O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro tem como pressupostos a atenção universal, integral e com equidade para os cidadãos brasileiros,⁶ entretanto não estão atualmente assegurados o acesso, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação do cuidado, nem a qualidade das ações de saúde para as populações rurais;³

Como citar: Targa LV, Silva AL, Silva DHS, Barros EF, Schwalm FD, Savassi LCM et al. Declaração de Belém: o recrutamento e a retenção de profissionais de saúde em áreas rurais e remotas. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(30):64-6. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)827](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(30)827)

Fonte de financiamento:
SBMFC.

Conflito de interesses:
declaram não haver.
Recebido em: 26/09/2013
Aprovado em: 04/10/2013

- Existe em todo o país escassez de recursos humanos para a saúde e este fato não pode ser explicado, exclusivamente, pela falta de profissionais, mas, preferentemente, pela má distribuição destes.^{3,7}

O GT de Medicina Rural da SBMFC declara:

- É essencial que o governo brasileiro, assegurando adequada participação social, assuma a responsabilidade da criação e sustentação de políticas públicas, direcionadas para a iniquidade da situação de saúde das populações rurais.
- Estas políticas devem ser, preferencialmente, adequadas regionalmente e, se necessário, localmente.
- Múltiplas estratégias devem ser adotadas simultaneamente, ao invés de escolherem-se estratégias isoladas, sendo que uma política adequada de recrutamento e retenção de recursos humanos, que englobe múltiplas estratégias, deve fazer parte das políticas anteriormente citadas, embora não sejam suficientes.⁸
- As políticas de recrutamento e retenção de recursos humanos em saúde não podem ser construídas separadamente das políticas de aprimoramento do sistema de saúde e da gestão, e deveriam estar relacionadas com maior orientação do sistema de saúde para a Atenção Primária à Saúde (APS).⁹
- Deve-se ter em mente que a prática do cuidado à saúde em áreas rurais não se constitui em cenários diferentes, da simples aplicação de evidências científicas descontextualizadas e portanto, as políticas voltadas para esta área não devem estar em desarmonia com as políticas de formação e treinamento.
- **Políticas de formação de profissionais de saúde**, tanto em nível de graduação como de pós-graduação, devem ser redirecionadas para a obtenção de profissionais com perfil generalista. O Médico de Família e Comunidade (MFC), em nosso país, deve ser o profissional de referência para a prática em áreas rurais e remotas, pois este é o perfil profissional que internacionalmente obtém melhores resultados nestas condições.⁹ O mesmo perfil deveria ser buscado nas demais profissões da saúde, preferencialmente, e o trabalho em equipe deve ser estimulado. A formação destes profissionais deve ser direcionada para as demandas das comunidades locais.
- **Estratégias de pré-seleção** de estudantes nas universidades para perfis voltados para a APS e para a Medicina de Família e Comunidade são internacionalmente relacionadas a melhores desfechos para esta necessidade e deveriam ser criadas juntamente com: (a) políticas de pré-seleção de estudantes de áreas rurais e remotas, carentes de profissionais de saúde; e (b) descentralização progressiva dos cursos da área da saúde.
- **Estratégias que aumentam o recrutamento temporariamente, mas não fixam o profissional nas áreas rurais**, como o serviço temporário obrigatório ou voluntário (assim como as que premiam o profissional ao terminar o prazo de serviço ou ao retornar para a cidade), não deveriam ser a primeira opção, tampouco prioritárias, visto que têm potencial de prejudicar a qualidade, a longitudinalidade e a integralidade do cuidado, além de, indiretamente, desestimular as melhorias dos sistemas de saúde locais e a busca de um perfil profissional adequado. Estas podem, entretanto, ser soluções opcionais quando outras alternativas se mostrarem infrutíferas, devendo ser reavaliadas periodicamente quanto à sua necessidade, devido ao seu caráter de solução a curto prazo. Ao se optar por premiação após o serviço rural, deve-se priorizar o estímulo às especialidades deficitárias e generalistas.
- **Estratégias de valorização do profissional rural** devem ser adotadas, por exemplo, premiações por longitudinalidade, o escopo mais amplo de habilidades e procedimentos, dificuldade de acesso.
- **Estratégias de diminuição do isolamento do profissional**, como o acesso adequado às tecnologias de informação, a existência de internet de boa qualidade, redes bem estruturadas de referência e consultoria presenciais e/ou a distância e o estímulo governamental às associações de profissionais rurais, conferências e publicações.
- **Estratégias de facilitação de inserção acadêmica**, como o mapeamento e apoio aos programas curriculares que incorporam estágios ou disciplinas de saúde rural, apoio à inserção em projetos de pesquisa e capacitação para tal, apoio à descentralização de cursos da área da saúde.
- **Estratégias de migração de profissionais estrangeiros** deveriam ser encaradas como soluções emergenciais, de curto prazo, somente após outras opções terem sido esgotadas e sempre respeitando as regras nacionais respectivas.

- **Estratégias de apoio à qualidade de vida do profissional e sua família**, visto que são fatores importantes diagnosticados para a não fixação em muitas áreas rurais. Exemplos clássicos são: o auxílio à moradia, obtenção de emprego para cônjuge, transporte, educação dos filhos e remuneração.

O GT de Medicina Rural define que:

De forma resumida, sem o fortalecimento do SUS, o aprofundamento de seu direcionamento para APS e a melhoria na gestão, com direcionamento adequado de recursos, não será possível uma solução duradoura e adequada para o problema da falta de recursos humanos em saúde.

Estratégias múltiplas e regionalizadas deveriam fazer parte de uma política mais ampla de recursos humanos, que necessariamente estivesse conectada com transformações na formação de profissionais para um perfil preferencialmente generalista e qualificado. Soluções de curto prazo, que recrutem e não fixem profissionais nas áreas rurais só podem ser tomadas como opção complementar não devendo ser prioritárias.

Referências

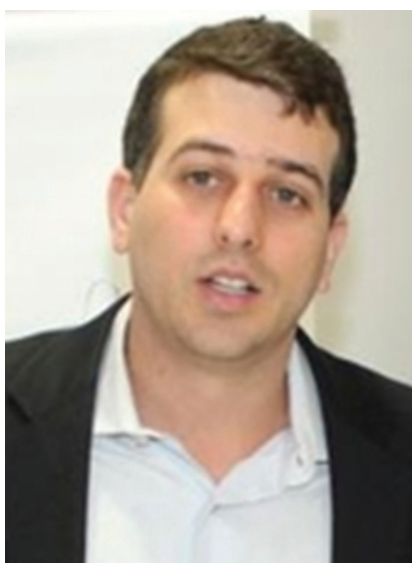
1. Ando NM, Targa LV, Almeida A, Silva DHS, Barros EF, Schwalm FD, et al. Declaração de Brasília: o conceito de rural e o cuidado à saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2011 Abr-Jun; 6(19): 142-4. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc6\(19\)390](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc6(19)390)
2. Brasil. Uma Análise da Situação da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Targa LV. Saúde Rural e a Medicina de Família e Comunidade. In: Gusso G, Ceratti JML. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade*. Porto Alegre: Artmed; 2012.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Um panorama da saúde no Brasil. Acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Departamento da População e Indicadores Sociais. *Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE; 1999.
6. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
7. Conselho Federal de Medicina. *Jornal do Conselho Federal de Medicina*, 2010. Resumo. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=9777&catid=3:portal.
8. Organização Mundial de Saúde – OMS. *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention*. Genebra; 2010.
9. Starfield B. *Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério de Saúde; 2002.

O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do município do Rio de Janeiro

The Family and Community Medicine Residency Program of the municipality of Rio de Janeiro

Programa de Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria del municipio de Rio de Janeiro

Daniel Ricardo Soranz. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMSRJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. danielsoranz@gmail.com (Autor Correspondente)



Daniel Ricardo Soranz é Subsecretário de *Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde* do Município do Rio de Janeiro desde 2009, ano em que a Atenção Primária à Saúde (APS) do município começou a ser reestruturada por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), ampliando de 3,5% (2009) para 42% (2013) a cobertura da APS dos mais de seis milhões de cariocas. Com a crescente ampliação surgiu, ao final de 2011, a necessidade de formar médicos de família e comunidade. Assim, em 2012, o município iniciou o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade-Rio de Janeiro (PRMFC-RIO) com abertura de 60 vagas. Em 2014, houve a ampliação para 100 vagas e a primeira turma da PRMFC-RIO acabou de formar no dia 01/02/2014 43 médicos de família.. Nesta entrevista, Dr. Daniel Soranz discorre sobre esta proposta desafiadora e suas perspectivas futuras.

A RBMFC esteve com o Dr. Daniel Ricardo Soranz na Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro em 23/01/2014. O tema da entrevista foi a formação em Medicina de Família e Comunidade e sua importância para a expansão e qualificação da Atenção Primária à Saúde no município.

“Talvez o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade seja um dos maiores legados olímpicos, que a Olimpíada pode deixar para a gente”.

RBMFC: *Em sua opinião, o que levou o município do Rio de Janeiro a investir na Atenção Primária à Saúde (APS) na modalidade da Estratégia Saúde da Família (ESF)?*

Daniel Soranz: O que levou o município a investir no 'Saúde da Família' foi a Política Nacional de Atenção Básica de 2006, que estabelece a Estratégia Saúde da Família como prioritária para a consolidação do Sistema Único de Saúde, bem como a análise das evidências de como funcionam os serviços de saúde em países que contam com um Sistema Universal de Saúde. Não há país hoje, com sistema único, universal e equânime, que não tenha a Atenção Primária como modelo forte e o 'Saúde da Família' como único modelo. Então, para nós, não existe outra possibilidade a não ser investir nesse modelo. O que nos levou a isso foram as evidências científicas que mostram que esse é o melhor modelo para um Sistema Universal de saúde.

RBMFC: *Como o Rio de Janeiro conseguiu viabilizar em curto prazo essa expansão da APS/ESF?*

Daniel Soranz: Essa expansão somente foi possível devido à determinação política do prefeito Eduardo Paes. O prefeito conheceu todos os outros sistemas de saúde das cidades olímpicas do mundo e tinha a determinação e a vontade de montar um Rio de Janeiro com o melhor sistema de saúde do País. Essa determinação do prefeito em melhorar o sistema de saúde da cidade do Rio de Janeiro e transformar esse sistema em um sistema realmente único foi o que impulsionou esse aumento da Atenção Primária. Então, a determinação e a vontade política do prefeito Eduardo Paes foram fundamentais para que conseguíssemos essa expansão em tão curto prazo, com a meta de chegar a 70% de cobertura até 2016.

RBMFC: *Uma vez contextualizado o processo, quais os principais motivos que levaram o município a implementar o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC-RIO)?*

Daniel Soranz: Não dá para montar um sistema em que o 'Saúde da Família' é a única estratégia de atenção se não tivermos médicos de família. Os médicos de família são fundamentais para esse sistema, por isso, todo esse investimento na residência. Hoje temos 100 vagas da própria Secretaria e mais cerca de 40 vagas das Universidades (UERJ, UFRJ, ENSP). Atualmente, o Rio de Janeiro é a cidade brasileira com o maior número de vagas de residência em Medicina de Família e Comunidade, o que está diretamente relacionado ao modelo de atenção escolhido, e é impossível pensar em uma boa equipe de saúde da família na qual os médicos não sejam especialistas na área. A nossa meta é que tenhamos 50% dos nossos médicos, até 2016, com o título de especialista em Medicina de Família e Comunidade.

RBMFC: *E isso significa a média de quantos?*

Daniel Soranz: Mais ou menos de 700 a 800 titulados.

RBMFC: *Quais os desafios e as estratégias para a reestruturação da Atenção Primária à Saúde e a expansão da Estratégia Saúde da Família?*

Daniel Soranz: Hoje o maior desafio que esse sistema tem é o subfinanciamento. A prefeitura do Rio de Janeiro gasta 21% de todo o seu orçamento em saúde e é fundamental aumentar o financiamento para a Atenção Primária. Uma das principais estratégias é o 'Saúde+10' em que os Secretários municipais cobram do governo Federal que aumente a porcentagem do orçamento que é investido em saúde. A média mundial hoje é de 10% de toda a arrecadação em saúde, nós gastamos muito menos do que isso e é importante que se tenha uma participação maior do governo federal nesse financiamento. Outra questão importante é a distribuição entre o gasto na Atenção Primária e gastos hospitalares. A maioria dos países no mundo gasta menos de 44% do seu orçamento com atenção hospitalar. O Rio de Janeiro gastava quase 80% do seu orçamento e agora gasta quase 70% com a atenção hospitalar. Isso é muito, e esse desequilíbrio entre gastos de atenção primária e gastos de atenção hospitalar também causa muitos danos a esse sistema. Quando o Ministério [da Saúde] começar a gastar mais de 50% de todo o seu orçamento com a Atenção Primária, nós teremos um sistema muito melhor e muito mais equilibrado, como os outros sistemas universais. Não é possível um gasto com a atenção hospitalar tão elevado como temos hoje e, por isso, além de aumentar o investimento total em saúde, deve-se mudar 'onde' é investido o dinheiro do Sistema Único de Saúde. Para a expansão, esse é um grande desafio e, para a residência, esse é um desafio ainda maior, pois se aplica à formação médica. Enquanto não tivermos a maior parte de nossas vagas de residência médica sendo em Medicina de Família e Comunidade, não teremos um sistema de saúde equilibrado. É uma missão, é um desafio não só da Secretaria, mas também do Ministério da Saúde, garantir que o maior número de vagas, mais de 50% de todas as vagas oferecidas aos médicos, seja em Medicina de Família e Comunidade, e o Rio está caminhando nessa direção.

RBMFC: *Quais os desafios e as estratégias adotadas para a implementação do PRMFC-RIO?*

Daniel Soranz: Eu acho que a principal estratégia foi a Portaria do Ministério que garante que possamos suplementar a bolsa do Residente em Medicina de Família e Comunidade. Esse incentivo é fundamental para que todas as vagas sejam ocupadas e para que tenhamos residentes envolvidos com o programa. Esse aumento da bolsa foi muito importante. Quais os nossos principais desafios? É ter bons preceptores. Gradativamente, quando formamos as primeiras turmas vamos melhorando a qualidade dos nossos preceptores. Atualmente é um desafio termos um bom preceptor. Contratamos e ainda precisamos contratar muitos de fora da cidade do Rio de Janeiro, pois é um desafio termos preceptores daqui da própria cidade. Isso será construído ao longo dos anos, conforme os nossos residentes atuais forem se formando e se qualificando. Convidamos professores e preceptores nacionais e internacionais para vir ajudar na formação desses preceptores e residentes. Outro desafio importante é garantir uma boa estrutura nas Unidades de Atenção Primária, para que tenhamos uma Unidade que possa resolver os problemas das pessoas, cumprir os itens da Carteira de Serviços e, de fato, prestar o atendimento com a qualidade que a população merece e necessita.

RBMFC: *Como está organizado o PRMFC-RIO?*

Daniel Soranz: Hoje quem coordena o Programa é o Dr. André Justino, um dos grandes nomes da Medicina de Família e Comunidade, juntamente com o Dr. José Carlos Prado Junior. Eles organizam nosso programa de residência em nossas melhores Clínicas da Família, então as nossas melhores clínicas e também os profissionais com o melhor desempenho recebem o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, onde cada preceptor é responsável por duas equipes, e cada equipe tem 2 residentes, um Residente do 1º ano (R1) e um Residente do 2º ano (R2).

RBMFC: *De que forma o PRMFC pode ser sustentável para o município? Não fica muito oneroso? Como mostrar a sustentabilidade da Residência?*

Daniel Soranz: O Programa de maneira nenhuma é oneroso, na verdade, além de todos os incentivos federais que o Programa tem, ele garante sua sustentabilidade. Mesmo que ele não se pague imediatamente, é um investimento a curtíssimo prazo, em dois anos teremos pessoas mais bem formadas atendendo a nossa população, que com isso, certamente, vai viver mais e melhor. Ter um médico de família na equipe com residência faz toda a diferença para um bom desempenho da Clínica da Família, então é um programa totalmente sustentável e não temos a menor dúvida de que isso vai dar um retorno em curto prazo para a população carioca, assim como para a população do Estado do Rio de Janeiro, gerando muitos indicadores positivos para a cidade. Talvez o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade seja um dos maiores legados olímpicos, que a Olimpíada pode deixar para a gente.

RBMFC: *Que estratégias o município tem adotado para atrair candidatos ao PRMFC-RIO e depois manter os residentes egressos no município?*

Daniel Soranz: Eu penso que para manter os residentes, para atrair bons candidatos, tem que, obrigatoriamente, oferecer um programa de qualidade. Nós temos parcerias com várias universidades e cidades nacionais e internacionais. Além disso, buscamos inserir a Residência nas Clínicas da Família, unidades de saúde com uma ótima qualidade. As Clínicas da Família hoje são reconhecidas por todo o País pela sua infraestrutura. Essa é a principal estratégia para atrair candidatos: a qualidade. A qualidade da estrutura, a qualidade dos processos da residência e boas parcerias nacionais e internacionais desse Programa. Também é estratégico oferecer um Programa que gere para esses residentes a sensação de que eles estão aprendendo, evoluindo e crescendo em suas habilidades e competências.

A estratégia para fixação dos residentes egressos é eles se sentirem felizes em trabalhar na cidade do Rio de Janeiro. Mesmo os residentes que não sejam oriundos da cidade do Rio - sejam eles do interior do Estado ou de outros Estados -, que eles sintam que podem viver bem e ter uma vida profissional feliz aqui nas nossas Unidades. Além disso, temos planos de carreira: os médicos de família ganham 20% a mais em seus salários se tiverem título ou residência em Medicina de Família e Comunidade; 20% a mais se tiverem mestrado; 20% a mais se tiverem doutorado; e se o médico for o responsável técnico, tem mais 20% de acréscimo no salário. Também implementamos um plano de incentivo financeiro para a fixação de profissionais em nossas unidades. Sempre quando abre uma vaga na rede, a prioridade é para os residentes em Medicina de Família e Comunidade, então, um dos critérios para realocação, para conseguir os melhores postos, é ter o título de especialista em Medicina de Família e Comunidade, isso conta muito.

Outra coisa importante na estratégia é o residente sentir que trabalhando naquela Unidade ele consegue demonstrar toda a sua potencialidade clínica, ou seja, mostrar que consegue fazer uma boa clínica ao longo desse período profissional. Essa vinculação entre o profissional e os usuários, eu penso que, talvez seja a maior estratégia para a fixação dos profissionais na rede.

“Outro ponto fundamental é que, se o gestor não tiver muita determinação para vencer os interesses - que nem sempre são os interesses da população e os interesses coletivos - é muito difícil para o gestor colocar um programa desses para frente. Tem que estar preparado para enfrentar algumas resistências que só beneficiam alguns lobbies individuais, alguns lobbies de algumas categorias profissionais.”

RBMFC: *Conhecendo um pouco da estrutura do PRMFC-RIO, qual o papel e a importância da Rede OTICS como estratégia na formação dos médicos residentes do município do Rio de Janeiro?*

Daniel Soranz: Os OTICS são os nossos Observatórios de Tecnologias de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde. São espaços físicos, em que há uma boa infraestrutura, uma Secretaria Acadêmica, têm salas de aula dentro das Unidades de Saúde, bons auditórios e um bom apoio operacional à Residência. Os OTICS apoiam nas suas bibliotecas, nas suas estruturas físicas e na sua estrutura acadêmica. Então, os OTICS cumprem muito bem seu papel pelo fato de oferecerem essa boa estrutura dentro das Unidades de Saúde. Outro aspecto importante é a disseminação de informação e de comunicação. Há alguns programas dentro do OTICS que é o ‘*Como eu faço*’, em que as Unidades gravam vídeos para apresentar para outras clínicas, para ensinar como fazer determinado procedimento, ou como aquele processo de trabalho acontece em cada uma de suas Unidades. Monta-se não uma rede hierarquizada de gestão do conhecimento, mas sim uma rede em que cada Unidade pode compartilhar com as outras aquele conhecimento que ela tem. Então é uma rede na qual todos são iguais e podem apresentar como fazem, como desempenham o seu trabalho. Esse é o objetivo da Rede OTICS: compartilhar a informação e gerar uma rede de conhecimento, em que o conhecimento não é hierarquizado, que alguém ensina, mas sim, ele é construído em conjunto, pela rede. Outro papel importante da rede OTICS é a análise dos dados e das informações produzidas pela equipe, assim como o desenvolvimento dos painéis de indicadores e análise desses indicadores, ou seja, como está o funcionamento de cada uma das Unidades, de cada uma das equipes, de cada um dos profissionais.

RBMFC: *E isso interfere também no trabalho dos residentes, da preceptoría?*

Daniel Soranz: Sim.

RBMFC: *Dada a recente expansão de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade vinculadas às Secretarias Municipais de Saúde, qual conselho você daria para esses gestores municipais?*

Daniel Soranz: Hoje é muito difícil ver um gestor de Atenção Primária, um Secretário Municipal ou um Secretário Estadual, que não tenha clareza de que o ‘Saúde da Família’ é a opção e a aposta correta para desenvolver o Sistema Único de Saúde. Penso que isso é um consenso. É difícil ter alguém que destoe em relação a isso. Só mesmo tendo pouca informação ou muito pouco conhecimento. O conselho que posso dar é que investir na formação do médico de família é investir na consolidação do modelo e na consolidação do Sistema Único de Saúde. Penso que todos os gestores já se preocupam muito com isso. Eu gostaria de aproveitar para fazer um convite a todos os gestores ou médicos de família do País que quiserem conhecer as Clínicas da Família, que quiserem conhecer o Programa de Residência, eu acho que esse intercâmbio é muito importante para a cidade do Rio de Janeiro e estamos de portas abertas para fazer esse intercâmbio com qualquer gestor que queira conhecer o Programa. Outro ponto fundamental é que, se o gestor não tiver muita determinação para vencer os interesses - que nem sempre são os interesses da população e os interesses coletivos - é muito difícil para o gestor colocar um programa desses para frente. Tem que estar preparado para enfrentar algumas resistências que só beneficiam alguns lobbies individuais, alguns lobbies de algumas categorias profissionais. Por isso, investir nesse programa também significa quebrar um modelo que nem sempre é o modelo mais hegemônico de saúde no País hoje.

Só para complementar, no município do Rio, as nossas metas para o futuro são: ampliar ainda mais o Programa de Residência - pretendemos chegar em 2016 com 150 vagas, é a nossa missão final. Precisamos ampliar para ganhar sustentabilidade, então, a missão é chegar em 150 vagas até 2016. Outra meta é chegar a 70% de cobertura com 1.300 equipes de ‘Saúde da Família’. Para isso temos trabalhado e construído as Clínicas da Família. A prefeitura do Rio, na primeira

gestão do prefeito Eduardo Paes, construiu 70 Clínicas, e o nosso planejamento, a nossa meta estratégica são mais 70 novas Clínicas da Família. Hoje já não temos mais nenhuma Unidade de Saúde no Rio de Janeiro que não tenha uma equipe de 'Saúde da Família' atuando. Esse é o modelo de Atenção Primária que pretendemos ter integralmente em nosso município, para 70% da nossa população até 2016, e para nós isso é muito importante. Aliado a isso, começamos neste ano o nosso Programa de Residência para Enfermagem em 'Saúde da Família'. Já desenvolvemos, desde 2006, o Programa de Residência Multiprofissional para o 'Saúde da Família'. Em 2014, começaremos o nosso Programa de Residência de Enfermagem em Saúde da Família. Acreditamos que isso também vai ser um componente muito importante para a consolidação desse sistema.

Sobre o entrevistado: Daniel Ricardo Soranz, graduado em medicina em 2003 pela Fundação Educacional Serra dos Orgãos (FESO) em 2007, recebeu o título de especialista em Medicina de Família e Comunidade pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade/AMB; é também especialista em Saúde Pública, formado em 2005 pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP); e tornou-se Mestre em Saúde Pública em 2008 pela Fundação Oswaldo Cruz. É Professor/pesquisador da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (FIOCRUZ) e, desde 2009, atua como Subsecretário de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde do Município do Rio de Janeiro. Tem experiência na área de Gestão, Vigilância em Saúde, Medicina de Família e Comunidade, com ênfase em Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: Atenção Primária à Saúde, Processo de Trabalho em Saúde, Sistema de Informações e Políticas Públicas.

Entrevista concedida a Thayse Palhano de Melo (Editora Adjunta da RBMFC) em 23/01/2014.

Transcrição: Thayse Palhano de Melo.

Edição de texto: Thayse Palhano de Melo e Josane Araujo Norman.

The UK Foundation Programme for newly qualified doctors: a SWOT analysis

O Foundation Programme do Reino Unido para médicos recém-formados: uma análise utilizando a matriz DAFO

El Foundation Programme del Reino Unido para los médicos recién titulados: un análisis utilizando la matriz DAFO

David Stephen Lawrence. Brighton and Sussex University Hospitals NHS Trust. Brighton. United Kingdom. davidlawrence@doctors.org.uk (Corresponding author)
Christopher Gareth Williams. Brighton and Sussex University Hospitals NHS Trust. Brighton. United Kingdom. cgwilliams@doctors.org.uk

Abstract

Introduction: After completing a five year undergraduate degree, all newly qualified doctors in the United Kingdom undertake a two-year Foundation Programme which aims to provide them with the necessary experience, supervision and guidance to prepare them for a career in clinical medicine. Foundation Doctors are paid members of the team and undertake a variety of clinical rotations with supervision from senior colleagues, a process that is regulated by a UK Foundation Programme Office. **Objective:** This paper aims to provide a reflective analysis of this programme to greater inform the international audience. **Methods:** A critical reflective analysis utilising the SWOT format (Strength, Weaknesses, Opportunities and Threats), conducted by two Foundation Doctors working in the UK. **Results and Discussion:** We identified a well-established programme which enabled graduates to gain a broad range of clinical experience as a paid doctor but one with considerable variation at both individual and group level. Long-standing shortcomings of being a junior-doctor including long hours and excessive paperwork were still prevalent. We highlighted potential opportunities and threats within the current system, some of which were dependent upon larger political systems governing the NHS in the UK. **Conclusion:** The Foundation Programme is a robust approach to the training and development of early career doctors. Further research and a deeper international dialogue on the best-practice in this field is needed.

Resumo

Introdução: Depois de completar os cinco anos do curso de graduação em medicina, todos os médicos recém-formados no Reino Unido cursam o Foundation Programme, com duração de dois anos, que visa proporcionar-lhes a experiência, supervisão e orientação necessárias para prepará-los para uma carreira clínica em medicina. Os médicos cursando o Foundation Programme são membros remunerados das equipes dos serviços e realizam várias rotações clínicas supervisionadas por médicos experientes, um processo que é regulado pelo UK Foundation Programme Office. **Objetivo:** Este trabalho visa fornecer uma análise reflexiva sobre o Foundation Programme para maior informar o público internacional. **Métodos:** Uma análise crítica e reflexiva utilizando a matriz DAFO (Debilidades, Ameaças, Fortalezas e Oportunidades) realizada por dois jovens médicos cursando o Foundation Programme do Reino Unido. **Resultados e Discussão:** Trata-se de um programa bem estabelecido, que permite aos graduados obterem uma ampla gama de experiência clínica, como médicos remunerados, porém com variações consideráveis, tanto a nível individual como coletivo. Problemas persistentes para os jovens médicos incluem jornadas longas de trabalho e ainda um predomínio de burocracia excessiva. Oportunidades e ameaças potenciais foram destacadas dentro do sistema atual, algumas delas dependentes do macro contexto político que rege o NHS no Reino Unido. **Conclusão:** O Foundation Programme é uma robusta iniciativa para a formação e desenvolvimento de médicos em início de carreira. São necessárias maiores investigações e um diálogo internacional mais aprofundado sobre as melhores práticas nesta área.

Resumen

Introducción: Al finalizar el curso de pregrado de cinco años en medicina, los médicos recién titulados en el Reino Unido participarán del *Foundation Programme*, con duración de dos años, destinado a darles la experiencia, la supervisión y la orientación necesarias para prepararlos para una carrera clínica en la medicina. Los médicos que atienden el *Foundation Programme* son miembros pagos de los equipos del servicio y realizan diversas rotaciones clínicas supervisadas por médicos con experiencia, un proceso que está regulado por el *UK Foundation Programme Office*. **Objetivo:** Este estudio tiene como objetivo proporcionar un análisis reflexivo sobre el *Foundation Programme* para mejor informar al público internacional. **Métodos:** Análisis crítico y reflexivo usando la matriz DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) realizado por dos jóvenes médicos que atienden al *Foundation Programme* del Reino Unido. **Resultados y Discusión:** Se trata de un programa bien establecido que permite a los graduados obtener una amplia gama de experiencia clínica, como médicos remunerados, pero con variaciones considerables, tanto al nivel individual como colectivo. Problemas persistentes para los médicos jóvenes incluyen largas horas de trabajo y aún el predominio de una burocracia excesiva. Potenciales oportunidades y amenazas se han destacado en el sistema actual, algunos de ellos dependientes del macro contexto político que rige el NHS en el Reino Unido. **Conclusión:** El *Foundation Programme* es una iniciativa robusta para la formación y desarrollo de los médicos en inicio de carrera. Se requiere una mayor investigación y un diálogo internacional más profundizado sobre las mejores prácticas en esta área.

Cite as: Lawrence DS, Williams CG. The UK Foundation Programme for newly qualified doctors: a SWOT analysis. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(30):72-6. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)874](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(30)874)

Keywords:

Health Human Resource
Training
Physicians, Junior
Education, Medical
Great Britain

Palavras-chave:

Capacitação de Recursos
Humanos em Saúde
Médicos Recém-Formados
Educação Médica
Reino Unido

Palabras clave:

Capacitación de Recursos
Humanos en Salud
Médicos Recién Graduados
Eduación Médica
Reino Unido

Funding:

none declared.

Competing interests:

none declared.

Provenance and peer review:

commissioned; not externally
peer reviewed.

Introduction

In the United Kingdom, medical graduates undertake a two year Foundation Programme (FP) which provides them with the necessary experience, supervision and guidance to prepare them for a career in clinical medicine.¹

The FP is composed of Foundation Year 1 (F1) and Foundation Year 2 (F2). Each year is formed of three or four rotations around different departments of internal medicine, surgery, medical specialities and General Practice. Each doctor is supported by a Clinical Supervisor, typically their named Consultant who assists with clinical and professional development during each rotation, and they also have access to an Educational Supervisor throughout the entire programme to provide guidance and advice in areas related to clinical and personal affairs, if required.

There exists a Foundation Programme Curriculum which sets out the framework for educational progression and all Foundation Doctors must demonstrate competency in a broad range of areas including communication and consultation skills, patient safety and team work as well as the more traditional elements of medical training.² In order to demonstrate a Foundation Doctor satisfies all the competences outlined in the Curriculum, an e-portfolio collates evidence provided over the course of the FP.³ A key component of this process is Supervised Learning Events involving in-depth discussion of cases and supervised examination of patients assessed by senior clinicians. Alongside this, Foundation Doctors record training courses, audit and research undertaken, as well as writing personal reflections on notable experiences during their clinical work.

F1 doctors hold a provisional registration with the General Medical Council (GMC) and must demonstrate they have met the core competences of the F1 Curriculum before progressing to F2. This forms the basis of the Annual Review of Competence Progression (ARCP) which, upon successful completion, enables a doctor to progress to F2 and also gain full registration with a licence to practice medicine with the GMC.⁴

Foundation Doctors are paid during this period: the basic F1 salary is £22,636 and for an F2 this increases to £28,076.⁵ As most clinical jobs include on-call shifts and working during the night or over the weekend, they are often subjected to a supplement to the salary ranging from an additional 10%-50%, dependent on the number of anti-social hours worked. All rotations are planned to be compliant with the European Working Time Directive (EWTD) which stipulates that doctors should not work more than an average of 48 hours per working week.⁶

All of the above is facilitated by the UK Foundation Programme Office (FPO) who continue to develop the FP across the UK and are jointly funded by Health Education England and other NHS departments. The FPO coordinate the recruitment of all newly qualified doctors through a quantitative scoring system: all graduates receive a score out of 100 based on their relative success compared to their peers during their undergraduate degree combined with their performance in a national Situational Judgement Test (SJT) which assesses their ability to prioritise actions in given clinical and professional scenarios. Applicants prioritise the 21 Foundation Schools across the UK and places are allocated based on their scores.

One variation of the above model is the Academic Foundation Programme, an opportunity for early-career academics to develop their skills during the FP by undertaking one four month period of research in a designated field during the two-year programme. Academic Foundation Doctors must meet the standard requirements of the Foundation Curriculum but also those outlined in the Foundation Programme Academic Compendium during their FP.⁷

There exists significant variation between countries in terms of both the undergraduate and early career programmes. After a predominantly study-based first two years, UK graduates spend the final three years of their degree in the clinical environment, particularly in the final year, contributing to teams in the hospital setting, before completing the two year FP. Other countries integrate elements of the FP into the final two years of their undergraduate degree, with students immersing themselves in clinical work but with fewer responsibilities and no salary during this time. For example, Foundation Doctors can freely prescribe most medication and make the decision to admit or discharge patients in the acute setting. Given this variation between countries, and the fact that doctors in the UK start their life as a qualified doctor earlier, the objective of this paper was to provide a reflective analysis of the Foundation Programme to greater inform the international audience.

Methods

The authors are both Foundation Doctors with the South Thames Foundation School, working at Brighton and Sussex University Hospitals NHS Trust. Dr Lawrence is an Academic F2 Doctor, and Dr Williams is an F1 Doctor. The authors undertook a critical reflective analysis of their personal experiences in the Foundation Programme using a Strength, Weaknesses, Opportunities and Threats (SWOT) Analysis format.

Results and discussion

Strengths

One of the key strengths of the FP is that doctors gain responsibility and experience caring for sick patients in busy hospitals across the UK. As a fully-fledged, paid member of the team, students become doctors and, with adequate supervision, are fully involved in admitting, treating, discharging and following up patients with a range of illnesses.

During the time as a medical student, future doctors can feel burdensome and are often forced to spend time seeking out the broadest range of presentations as possible, achieving sign-off of portfolios and juggling revision for regular examinations. As a full-time member of a team, a junior doctor feels more integrated into the medical profession and gains skills working as one part of a large multi-disciplinary team working together to improve the health of patients. This differs from some international contexts where, after the same number of years in training, people are still students and not practising doctors.

All Foundation Doctors undertake at least six different clinical rotations across different specialities of hospital medicine, with the option to opt into General Practice available to many. As doctors have a certain amount of choice over which rotations they undertake, they can gain a wide range of clinical exposure and this can inform decisions related to career choices for the future so that doctors rarely commence Speciality Training without having previous experience working in this field.

Clearly a huge benefit to the individual is a regular income. As medical school is a long, expensive process for many, finally being able to claim financial independence and start paying off the huge mounting debts relieves a great deal of pressure from the individual and enables them to focus solely on their work, as opposed to worrying about financial hardships or having to undertake a job outside of studying. This is not the case for everyone, as some still struggle with finances beyond graduation and others may have never had such concerns due to substantial parental contributions.

Finally, despite organisational fears over recent years that the number of doctors would exceed the number of Foundation posts available, this has not been the case and numbers have been well matched.⁸ This is a potential threat for the future.

Weaknesses

The FP is a large, ambitious operation which facilitates the training of all F1 and F2 doctors over the entire UK. Clearly, it would be unrealistic to expect that the FP provides the same experience for all those undertaking it. There is considerable variation between doctors in their overall experience: an annual survey of Foundation Doctors conducted by the GMC in 2013 found that the overall satisfaction with training was 77.7% (n=14,459), with teaching being excellent or good in just 56.5% of responses.⁹

Alongside this, even within one's FP, there can be huge variation in satisfaction between different rotations. In the GMC survey, there were considerable differences in satisfaction between specialities, with Anaesthetics providing the most satisfaction (90.8% in F1 and 90.9% in F2) and Surgery the lowest (71.4% in F1 and 72.7% in F2). Clearly, personal preference and interest will have a strong impact upon satisfaction levels but this level of variation shows that some specialities are not providing a meaningful training experience for Foundation Doctors.

From our personal experience, satisfaction with a post is often strongly influenced by the level of clinical supervision and the support provided by senior members of the team. According to the same survey, only 77.6% of F1 doctors said they agreed that in their current post they had access to a senior colleague at all time. Overall, 12% of Foundation Doctors

found it difficult to access their clinical supervisor and 9.4% said they were supervised by someone who they felt was not confident to do so: 1.5% on a daily basis, 3.3% on a weekly basis, and 4.6% on a monthly basis. One key concern of Foundation Doctors is of having to cope with clinical problems beyond their competence or experience, something 1.8% of respondents felt forced to cope with on a daily basis, 10.6% on a weekly basis and 15.9% on a monthly basis.

Foundation Doctors frequently possess an enthusiasm to immerse themselves in their new career, wanting to gain as much hands-on experience and competence in their field as possible. Unfortunately, a proportion of F1 and F2 jobs are supernumerary, whereby the doctor works a normal working week, typically in a very specialised area of medicine, such as Psychiatry or Intensive Care, and does not have the level of experience required to give a great input to the care of the patient. These are useful learning opportunities for those interested in the speciality, but doctors report feeling more like medical students helping out rather than giving meaningful contributions to patient care. A benefit to these is that doctors have a relatively low-stress job and more time to spend more time outside of the clinical environment.

One extremely time-consuming aspect of the FP is the e-portfolio where doctors keep a record of their achievements. A large number of assessments need to be completed to attain a positive ARCP outcome and these often depend on getting one-on-one time with supervisors to complete them. Alongside this, a significant amount of time is spent outside work completing the various components of the e-portfolio and preparing for the ARCP. This, on top of the large amount of paperwork that forms part of everyday work for the NHS, can be burdensome for juniors and is not always felt to be directly linked to their actual professional development. This is compounded by the complex interface and lack of user-friendliness of the online system. A counter-argument to this being that it enables doctors to build an evidence-base to their professional development.

One final weakness of the FP, and of working as a doctor in the NHS in general, is the extensive working hours. Despite claiming to be EWTD compliant, doctors are often expected to arrive to work earlier than their scheduled start time to prepare for the day and frequently work late, often without financial compensation. The GMC survey found that 69.9% of respondents said they worked beyond their rostered hours on a daily or weekly basis, with just 21.2% rarely or never working beyond these hours. Additionally, 32.1% of foundation doctors said their working pattern left them feeling short of sleep when at work on a daily or weekly basis. Being overworked and overtired has historically been seen as a given aspect of a junior doctor's life, often romanticised by seniors as a rite of passage. Despite this, tired doctors who are over-worked are more likely to be demotivated and make mistakes. Our personal experience reflects this reality.

Opportunities

The key opportunity identified for the FP is the existing rigorous monitoring and evaluation process undertaken by the FPO and their partners, such as the GMC, which facilitates an open culture of feedback to improve its operations. With these mechanisms already well-established and stakeholders frequently held to account, it is foreseeable that continuous improvement of the FP can be possible, providing resources are available to do facilitate this. Similarly, there is eagerness to conduct research into the effectiveness of the system, focused on improving the experiences of doctors and patients.

Currently the Foundation e-portfolio does not link with similar systems used by doctors further along in their career. Another opportunity is to have a universal system which allows continuity throughout career progression and reduces the amount of replication between systems.

Threats

One key threat to the integrity of the FP is a potential mismatch between the number of graduates and the number of posts available. As more medical schools open, and existing universities increase the number of enrolled students, it is foreseeable that we shall have an excess of doctors in the UK. This will be compounded by the increasing number of British nationals who leave the UK to train abroad and return after their studies in search of a job.

The NHS is currently approaching a tipping point, with an ageing population with complex comorbidities, more services being privatised, and ongoing financial concerns. It is beyond the scope of this article to discuss the potential ramifications of these changes on the training experience of junior doctors, but an awareness of the political, social and economic determinants of health in the UK is a key priority for all staff.

In Table 1 we present a summary of the main points discussed in this paper.

Table 1. A summary of the SWOT Analysis.

Strengths	Weaknesses
Gain responsibilities early in career	Variable experience (group and individual)
Broad range of medical specialities	Supernumerary posts
Choice of medical specialities	E-portfolio
Salaried job	Long hours
Doctors and vacancies well matched	
Opportunities	Threats
Mechanisms to facilitate improvement	Impending surplus of doctors
Linking e-portfolios with one another	Uncertainties regarding the future of the NHS

Conclusions

The above outlines the basic structure of the Foundation Programme as well as the perceived strengths, weaknesses, opportunities and threats based upon personal experience and feedback obtained from thousands of junior doctors. We demonstrate numerous strengths of a well-established system which enables graduates to gain a broad range of clinical experience under the supervision of senior clinicians in their role as fully salaried junior doctors. We describe key weaknesses of the system rooted in the variation of experience at the group and individual level and long-standing shortcomings of a junior doctor's career. Finally, we highlighted potential opportunities and threats within the current system, some of which are dependent upon larger political systems governing the NHS in the UK.

We acknowledge the limitations of this reflective review. This cannot be an exhaustive analysis and is based upon personal reflections of the authors who are both doctors at the same Foundation School. A lot of our observations are context specific and may not be a true representation of the greater population, something we try to ameliorate with the addition of population scale data. It is difficult to hypothesise whether a different system would induce similar criticisms, some of which are rooted more deeply in wider organisational issues within the NHS and medical training globally. Consequently, we advocate further research and a deeper international dialogue on the best-practice in this field.

References

1. Foundation Programme. [Internet]. UK: UKFPO; c2014 [cited 2014 Jan 17]. About the programme. Available from: <http://www.foundationprogramme.nhs.uk/pages/home/about-the-foundation-programme>
2. Foundation Programme. [Internet]. UK: UKFPO; c2014 [cited 2014 Jan 17]. The UK Foundation Programme Curriculum. The UK Foundation Programme Office. 2012. Available from: <http://www.foundationprogramme.nhs.uk/pages/home/curriculum-and-assessment/curriculum2012>
3. Foundation Programme. [Internet]. UK: UKFPO; c2014 [cited 2014 Jan 17]. E-portfolio. Available from: <http://www.foundationprogramme.nhs.uk/pages/foundation-doctors/e-portfolio>
4. Foundation Programme. [Internet]. UK: UKFPO; c2014 [cited 2014 Jan 17]. Foundation ARCP. Available from: <http://www.foundationprogramme.nhs.uk/pages/home/foundation-ARCP>
5. NHS Careers. [Internet]. UK: NHS; c2006 [cited 2014 Jan 17]. Pay for doctors. Available from: <http://www.nhs Careers.nhs.uk/explore-by-career/doctors/pay-for-doctors/>
6. NHS Employers. [Internet]. UK: NHS; c2014 [cited 2014 Jan 17]. European Working Time Directive. Available from: <http://www.nhsemployers.org/PlanningYourWorkforce/MedicalWorkforce/EWTD/Pages/EWTD.aspx>
7. Foundation Programme. [Internet]. The UK Foundation Programme: Academic Compendium. UK: UKFPO; 2013 Jul [cited 2014 Jan 17]. Available from: http://www.foundationprogramme.nhs.uk/download.asp?file=FINAL_C16029_UKFPO_ACADEMIC_COMPENDIUM_2013_PRINT.pdf
8. Jacques H. Foundation programme oversubscription is higher than in previous years. *BMJ Careers*. 2013 Jan 23. Available from: [HYPERLINK "http://careers.bmj.com/careers/advice/view-article.html?id=20010564"](http://careers.bmj.com/careers/advice/view-article.html?id=20010564) <http://careers.bmj.com/careers/advice/view-article.html?id=20010564#>
9. General Medical Council. National training survey 2013: foundation training. UK: General Medical Council; 2013 Dec. Available from: http://www.gmc-uk.org/NTS_2013_report___foundation_training.pdf_54580381.pdf

General Practice in the United Kingdom – A training evolution

A evolução do treinamento em Medicina de Família no Reino Unido

La evolución del entrenamiento en medicina familiar en el Reino Unido

Patrick Hutt. GP Principal Queensbridge Group Practice (London) & Clinical Associate Department of Primary Care and Population Health, University College London (UCL). United Kingdom. patrick.hutt@nhs.net (*Corresponding author*)

Abstract

This article will outline the current state of training for UK General Practice, specifying some of the steps that must be taken in order to qualify, the challenges that trainees often face, and the career opportunities that may await them once completed. A historical perspective will be used to demonstrate the extent to which General Practice has evolved during the last sixty years. A few of the examples and explanations used in this article are by necessity simplistic, designed to highlight key areas of UK general practice in a bid to encourage readers to explore further if they wish to do so.

Resumo

Este artigo descreve o contexto atual da formação do Médico de Família no Reino Unido, especificando os desafios que muitas vezes os residentes enfrentam, as oportunidades de carreira que os esperam, uma vez concluído seu treinamento, bem como, alguns dos passos que devem ser seguidos para que possam se qualificar como Médicos de Família. Será utilizada uma perspectiva histórica para demonstrar em que medida a prática da Medicina de Família evoluiu ao longo dos últimos 60 anos. Alguns dos exemplos e explicações usados neste artigo são necessariamente simplistas, a fim de destacar as principais áreas de medicina de família no Reino Unido em uma tentativa de incentivar os leitores a explorarem ainda mais o tema, caso desejem fazê-lo.

Resumen

Este artículo describe el contexto actual en la formación del médico de familia en el Reino Unido, detallando los retos que a menudo enfrentan los residentes, las oportunidades de carrera que ellos esperan una vez completado su entrenamiento, así como algunos de los pasos que ellos deben seguir para lograren habilitación como médicos de familia. Una perspectiva histórica será utilizada para demostrar de qué modo la práctica de la medicina familiar ha evolucionado en los últimos 60 años. Algunas de las explicaciones y ejemplos utilizados en este artículo son necesariamente simplistas con el fin de destacar las principales áreas de la medicina familiar en el Reino Unido en un intento de animar a los lectores a explorar el tema más a fondo, si desean hacerlo.

Keywords:

Family Practice
Education, Medical
Primary Health Care
Internship and Residency

Palavras-chave:

Medicina de Família e
Comunidade
Educação Médica
Atenção Primária à Saúde
Internato e Residência

Palabras clave:

Medicina Familiar y
Comunitaria
Educación Médica
Atención Primaria de Salud
Internado y Residencia

Funding:

none declared.

Competing interests:

none declared.

Provenance and peer review:

commissioned; not externally
peer reviewed.

In the beginning...

When looking back at the history of medicine, aspiring hospital consultants and surgeons in the UK might be tempted to draw a linear line from the present all the way back to Hippocrates and the Greek Island of Crete in the 4th Century BC. The Royal College of Physicians was founded in 1518 and the Royal College of Surgeons founded in 1505. The college of GPs, founded in 1952, was not granted royal stature until 1972. Nevertheless the concept of a family doctor has been present for a long time. The role of the generalist stems in part from the amalgamation of the apothecaries (herbalists who prescribed medicines) and the barber surgeons who carried out operations.

Arthur Conan Doyle (author of Sherlock Holmes) wrote in 1894, based on his own experiences as a qualified doctor, of doing house calls in East London in the book 'Round the Red Lamp', a ritual familiar to many community doctors today. At the turn of the 20th Century Britain began to ensure that there was healthcare provision on a far greater scale, often via a 'panel doctor' who was a general practitioner. The creation of the National Health Service (NHS) in 1948, enshrined the principle of healthcare for all and free at the point of delivery (celebrated in London's 2012 Olympic Opening Ceremony). Everyone was given the opportunity to register with a general practitioner. Nevertheless, there has always been a sentiment that to pursue a career in General Practice is to somehow have failed as a doctor. This attitude has thankfully reduced over time, which is in part a result of the way that undergraduate and postgraduate training has evolved.

Medical Education

Until the late 20th Century many UK doctors would qualify without having set foot in General Practice. The first three years of undergraduate training were traditionally done in the laboratory, dissection room, lecture theatres and seminar rooms. Students would spend the subsequent three years in hospital settings sitting their final examinations after three years. The brightest students might be allowed an opportunity to specialize in a laboratory-based discipline, helping to pave the way for a career in haematology or oncology, for example. An enquiry into medical careers led Lord Moran, then head of the Royal College of Physicians, to state in 1958, when asked whether hospital consultants and general practitioners were of equal worth, "No! Could anything be more absurd? I was Dean at St Mary's Hospital Medical School for 25 years, and all the people of outstanding merit, with few exceptions, aimed to get on the staff. It was the ladder off which they [general practitioners] fell."¹

Today many UK medical students have exposure to General Practice from their first few weeks in training. Sections of the undergraduate curriculum are now regularly delivered in the community.^{2,3} This has allowed students to gain exposure to chronic disease management, the interface between primary and secondary care, and practise their communication skills. Intercalated medical degrees, whereby a student will typically take a year out from their course, permit a range of options for greater in depth studies. While traditionally these courses were lab-based there are now options for students in the UK to study primary care and related disciplines.⁴

Greater exposure to community medicine during the undergraduate years means UK medical students have a better sense of what general practice involves. This arguably helps students to make more informed career decisions and to have a greater respect for their GP colleagues, even if a student decides on an alternative career path.

The Foundation Programme for junior doctors was introduced in 2005. It consists of two years (F1 and F2) of supervised medical practice, bridging the gap between undergraduate studies and specialty training programs, such as hospital medicine, general practice, or surgery. There are 21 Foundation Schools throughout the UK, helping to coordinate all the training rotations. Foundation Schools are a "conceptual group of organisations"⁵ responsible for delivering the curriculum. They tend to involve an NHS based regional training organisation (e.g. Health Education England), hospitals and university medical schools.

In 2013 there were just over 7500 junior doctors in each of the two foundation years.⁶ During the second year of training it is common for doctors to spend four months in general practice (In 2013 over 40% of F2 doctors spent a rotation in general practice).⁵ This allows trainees to see patients in a supervised manner – gaining a sense of what continuity of care, home visits and working within the primary care team might involve.

Such placements can be challenging for junior doctors. While a newly qualified doctor might occupy a clerk-like role in the hospital setting (ordering bloods, coordinating discharges, reviewing patients with a clear management plan etc.) they can find themselves relatively exposed in general practice, having to think through a far wider range of presentations, often with a strong psychological component. Equally trainees can find that they gain a strong set of transferable skills, helping to meet that broader aims of foundation programme; “[...] clinical effectiveness, leadership and the decision-making responsibilities that are essential for hospital and general practice specialty training.”⁷

It is during their second year of foundation training that UK doctors must decide on which specialty they wish to pursue; core surgical training, core medical training or general practice. By such a point a trainee may well have a better sense of what the different specialties involve, including general practice.

The foundation programme was introduced as part of wider reforms in postgraduate training, known as Modernising Medical Careers (MMC), which aimed to provide a clearer career path. The centralized applications for foundation posts replaced a more personalised model where by students often applied to work for a consultant they had trained under. Prior to the reforms it was possible to be more nomadic as a doctor, constructing a career which involved six month rotations in different hospital jobs (a process that could continue for some years) and during this time gaining clinical experience and getting a better sense of who they were as individuals. Doctors often decided to enter general practice having accrued years of experience elsewhere, bringing a depth of knowledge (e.g. psychiatry or child health) that could complement an existing primary care team. It is not impossible to make changes to career paths after the foundation years but there is arguably a little less room to manoeuvre.

Choosing general practice

So why do people in the UK choose general practice? Choosing a particular career path in medicine is by definition a personal choice. Currently 47% (35,782) of UK doctors are General Practitioners,⁸ with a government target to make this 50% by 2015. It is reported that upon leaving medical school 25% of newly qualified doctors choose general practice as their preferred career option,⁹ though figures from the foundation programme show that 36% of F2 doctors selecting further core training chose general practice (and that it was first choice for the overwhelming majority of them).¹⁰ Some of the themes that crop up for choosing general practice are a commitment to the role, the earning potential, and compatibility with having a family.

In 1982, Ronald Gibson a GP and former chair of the British Medical Association, wrote when looking back at this career, “The three great qualities of a GP in any century are compassion, sympathy, and understanding: the ability to feel at one with a patient in an illness and to show him that, once having consulted his GP, he is no longer alone in his struggle.”¹¹ It is fair to say that general practice has gone through various stages of popularity. In 1965 GPs were so unhappy about their working conditions (they were poorly paid relative to their hospital colleagues and typically worked from poor premises) that the vast majority threatened to resign. Currently in the UK the profession is arguably in greater shape: career paths in general practice are diverse and government policy aims to consolidate the role of general practice as more conditions are looked after in the community. Though it remains a point of contention that 90% of health encounters in the UK occur in primary care¹² but primary care attracts less than 10% of the health budget.¹³

General practice specialty training

Postgraduate training to become a general practitioner has changed significantly since the National Health Service was formed in 1948. It had been the case that once a doctor had completed medical school no formal training was required in order to work as a general practitioner. It was common for younger doctors, having spent some time in hospital medicine, to serve as apprentices to family doctors in order to learn the trade and eventually set up practice on their own, or join another doctor in partnership, often taking over from a retiring doctor.

During the 1960s the College of General Practitioners lobbied to highlight the importance of vocational training, although it was not until 1976 that it became a legal requirement for all GPs who wanted to run practices or set up new

services to have undertaken vocational training.¹⁴ In 2008 it became compulsory for all new doctors entering general practice to complete a three-year training programme, involving an exit examination, and become members of the Royal College of General Practitioners (RCGP).

Today prospective GP trainees must apply to regional schools, via a central application process, in an area that they wish to undertake their general practice training. These schools were previously known as 'Deaneries' in England but have changed in name to Health Education England. They serve a similar function to the foundation schools, but differ in that they are not as closely aligned to universities. A detailed explanation of the national application process for GP training can be found at www.gprecruitment.org.uk. Currently GP specialty training (ST) consists of three years, though there are some programmes which include an additional fourth year. The RCGP is currently lobbying to extend GP training in line with other specialty training undertaken by physicians and surgeons.¹⁵

ST1 and ST2 year

It is during the ST1 and ST2 years that trainees rotate through different specialties. These rotations are made up of a combination of 3-6 month placements in a variety of specialties. The majority of the ST1 and ST2 years will be made up of exposure to Accident and Emergency Medicine, Paediatrics or Community Paediatrics, General Medicine, Obstetrics and Gynaecology, Psychiatry or Palliative Medicine. There is also scope for including time in subspecialties such as Public Health, Ophthalmology, or ENT (ears, nose, and throat). It can sometimes be a struggle to ensure that the combination of rotations is balanced. Trainees have to accept that they will not experience everything needed to equip them to become a GP – and the emphasis is on continual professional development throughout one's career.

One of the key themes is that ST1 and ST2 doctors are on a career path to become general practitioners. Although a trainee may be attached to an emergency medicine department/obstetric unit, they are there to gain skills to become independent community practitioners. An online curriculum, learning log, and the need to complete key competences, help trainees stay on track. Also important is keeping in contact with other GP trainees. Local training schemes typically have time tabled half days/whole days throughout the year facilitated by course organisers. ST1, 2, and 3 trainees are supposed to have protected time to meet, ensuring that a GP curriculum can be delivered and case discussions, relevant to primary care, can be debated.

ST3 year

The ST3 year is similar to that of an apprentice many years ago. Trainees are assigned a trainer and a practice for twelve months. During this time trainees see patients in a community setting. Typically trainees start with 30-minute consultations, discussing most cases before the patient leaves, working towards 10-minute consultations and being relatively independent in the majority of management decisions by the end of the year. It is a steep learning curve. During the course of the ST3 year trainees typically undertake the examinations that are required to pass the Membership of the Royal College of General Practitioners, namely the Clinical Skills Assessment (CSA), a half-day simulated surgery (involving actors as patients) designed to reflect a typical morning or afternoon in general practice, and the Applied Knowledge Test (AKT), which involves multiple choice questions designed to see how well trainees can apply their knowledge. There is also an array of activities that must be undertaken as part of the e-portfolio, such as: getting satisfaction ratings from patients and colleagues, out of hours sessions (e.g. at the weekend or late in the evening), and reflecting on and writing up cases discussed with the GP trainer.

Current ST3 years are arguably a lot more supportive than the experience of David Morell, who wrote of his trainee year in 1957, "My vocational training lasted three days, because one of the partners [managing doctors] was in desperate need of a holiday and left a week after my arrival."¹⁶ Dr Mareni Raymond, a GP, reflected on her ST3 training experience. "Overall the year was challenging, as learning how to consult effectively, multitask managing the paperwork and results I received daily, as well as the anxieties that come with particular types of high risk patients, was very difficult to do at the time. On the plus side, general practice proved to be a much better learning environment for me than my previous posts."¹⁷

There is a lot to get through during the ST3 year and trainees often feel overwhelmed, particularly with the sense of having to do the work of looking after patients and at the same time record and reflect on the experience for the e-portfolio. This demand does not fully disappear once qualified in the UK as the appraisal process, a requirement for all practicing GPs, to keep a log of their learning activities throughout the year.

There are a limited number of ST4 posts which allow a select number of trainees to undertake further training in leadership positions, public health, academia and teaching. These posts are relatively new and allow trainees to develop particular skills sets whilst cementing their clinical knowledge by remaining attached to a GP practice. The RCGP and The British Medical Association (BMA) would like to see GP training extended to five years in line with hospital and surgical training.

Qualified decisions

The number of career paths within UK general practice is incredibly diverse. The traditional model for GPs, which persists today, is that of running a practice either on your own or, more often, with a number of other colleagues in partnership. In such instance the GP is responsible for the day-to-day management of the staff, premises and patient care. When the NHS was founded GPs maintained their independent contractor status and therefore operate as small businesses. For doctors who are keen to commit to a particular area and like the leadership challenge of delivering services, partnership can be particularly appealing. The other major permutation is working as a salaried GP, where a doctor is contracted to work a fixed number of clinical sessions during the week. This often permits clinicians to focus on providing clinical care rather than worrying about a leaking roof or whether there will be enough money to pay staff if there is a delay in receiving a payment from the local authority. Both forms of working, partnership and salaried, have their merits. Which appeals more will depend on the circumstances of an individual as well as what is available locally. In recent years partnerships have been better remunerated financially and in shorter supply, though this trend may be changing as government reforms make some partnerships financially unviable.

For doctors wishing to have more flexibility there are many who undertake locum work, which is done on a short-term basis (often deputising for doctors or where there are staff shortages). There are also some doctors by whom most of their work is undertaken in out of hours services, typically at the weekend/late in the evening ensuring that healthcare is accessible in the NHS 24 hours a day. It is now also common for GPs to develop sub specialties in family planning, ENT, or dermatology – allowing them to have an increasing portfolio career. Since the 1970s academic general practice has gained in stature and the reforms in medical training mean that GPs wishing to develop teaching and research skills can do so, combining medical practice with academic positions. There is also a tradition of GPs entering public health medicine and also using their transferable skill set overseas.

Conclusions

UK general practice training has evolved significantly over the last 100 years, which is probably true of all disciplines in medicine but especially true of general practice. It remains a rewarding career path for many, although the challenges facing modern health services mean that the status quo can only exist momentarily: further reforms and challenges are inevitable. UK general practice has established itself as a cornerstone of UK health service provision. In a globalized world it is important that countries continue to learn from each other, sharing examples of innovations from which many can learn. High quality primary care, both in the UK and around the world, is essential to ensure that the health needs of populations are appropriately met equitably and cost effectively.

Acknowledgements

I would like to thank Dr Joe Rosenthal and Jo McGovern for their helpful comments on this article.

References

1. Curwen M. Lord Moran's Ladder. *J Coll Gen Pract.* 1964; 7(1): 38-65 [online] [cited 2014 Jan 18]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1878217/>
2. University College London. UCL Research Department of Primary Care and Population Health. Community Based Teaching [online]. Available from: <http://www.ucl.ac.uk/pcph/undergrad/cbt>
3. Queen Mary Medical School. Institute of Health Sciences Education. Community Based Medical Education. [online]. Available from: <http://qplus.qmul.ac.uk/course/view.php?id=2605>
4. Jones M, Hutt P, Eastwood S, Singh S. Impact of an intercalated BSc on medical student performance and careers: a BEME systematic review: BEME Guide No. 28. *Medical Teacher.* 2013; 35(10): e1493-510. <http://dx.doi.org/10.3109/0142159X.2013.806983>
5. UK Foundation Programme Office. What are Foundation Schools? [online]. Available from: <http://www.foundationprogramme.nhs.uk/pages/home/deaneries-foundation-schools>
6. UK Foundation Programme Office. Foundation Programme Annual Report 2013 UK Summary [online]. UK Foundation Programme Office; Nov 2013. p. 4-13 [cited 2014 Jan 18]. Available from: <http://www.foundationprogramme.nhs.uk/index.asp?page=home/keydocs#fpar>
7. UK Foundation Programme Office. Foundation Programme [online]. Available from: <http://www.foundationprogramme.nhs.uk/pages/home/about-the-foundation-programme>
8. Jaques H. Number of consultants surges while that of GP partners falls. *BMJ Careers.* 2013 Mar 21 [online]. Available from: <http://careers.bmj.com/careers/advice/view-article.htm?id=20011384>
9. Svirko EI, Goldacre M, Lambert T. Career choices of the United Kingdom medical graduates of 2005, 2008 and 2009: Questionnaire surveys. *Medical Teacher.* 2013; 35(5): 365-375. <http://dx.doi.org/10.3109/0142159X.2012.746450>
10. UK Foundation Programme Office. F2 Career Destination Report 2013 [online]. [cited 2014 Jan 14]. Available from: <http://www.foundationprogramme.nhs.uk/pages/home/keydocs>
11. Gibson R. *The Family Doctor: His Life and History.* Allen and Unwin; 1981. p. 9.
12. Kings Fund. *Improving the quality of care in General Practice: report of an independent inquiry.* The Kings Fund; 2011.
13. British Medical Association - BMA. GP Committee, *Developing General Practice Today, Providing Healthcare Solutions for the Future.* BMA; 2013 [online] [cited 2014 Jan 14]. Available from: <http://bma.org.uk/working-for-change/negotiating-for-the-profession/bma-general-practitioners-committee/priorities/gpc-vision>
14. Tait I. *History of the College.* Royal College of General Practitioners; 2002 [online]. Edited and Updated by the Archivist, March 2012. [cited 2014 Jan 7]. <http://www.rcgp.org.uk/about-us/history-heritage-and-archive/history-of-the-college.aspx>
15. Shape of Training. *Shape of Training Final Report* [online]. Available from: www.shapeoftraining.co.uk/reviewsofar/1788.asp
16. Morrell D. Introduction and Overview. In: Loudon I, Horder K, Webster C, editors. *General Practice under the National Health Service 1948-1997.* Oxford: Clarendon Press; 1998. <http://dx.doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198206750.003.0001>
17. Raymond M, Rosenthal J. *General Practice Specialty Training.* In: Hutt P, Park S, editors. *A Career Companion to Becoming a GP.* Oxford: Radcliffe Publishing; 2011. p. 32.

Nem você acreditava que este lance daria tão certo, Carlos Grossman!
Neither had you believed that this move would work so well, Carlos Grossman!
¡Ni usted creía que esta jugada sería tan seguro, Carlos Grossman!

José Mauro Ceratti Lopes. Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Porto Alegre, RS, Brasil. jmauro.lobes@terra.com.br (Autor correspondente)

Bianca Niemezewski Silveira. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Porto Alegre, RS, Brasil. bianca.silveira@acad.pucrs.br

Eduardo Aires de Oliveira. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Porto Alegre, RS, Brasil. eduardo.aires@acad.pucrs.br

Francisco Souza Santos. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Porto Alegre, RS, Brasil. francisco.santos.002@acad.pucrs.br



Mais do que um médico, Dr. Carlos Grossman é um sábio que, como ele mesmo diz, soube aproveitar bem todas as oportunidades que a vida lhe proporcionou.

Filho de imigrantes russos, Carlos Grossman nasceu no dia 2 de janeiro de 1928 em Porto Alegre. A escolha pela medicina não foi simples. A profissão do pai – agrônomo e pesquisador – sempre lhe trouxe a certeza de que cursaria agronomia; entretanto, nos meses que antecederam a inscrição para as provas, Grossman começou a considerar a possibilidade de cursar medicina. Escolheu ambos, porém agronomia foi colocada como segunda opção. Para sua surpresa, Grossman foi aprovado em primeiro lugar no vestibular da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) de fevereiro de 1946 e, apesar de as dúvidas persistirem, deu início ao curso de Medicina.

Ao longo do curso, Carlos pouco expressou sua face humanista que tanto diferenciou posteriormente sua atuação – talvez pelo fato de que na época não era realizada a prática do estágio obrigatório pelas faculdades de medicina. Foi num estágio opcional na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre que Grossman conheceu o professor Maurício Seligmann, o qual promoveu o contato do jovem com os pacientes, despertando, talvez pela primeira vez, o interesse deste pela medicina.

Em 1951, Grossman formou-se e foi visitar a família nos Estados Unidos. Neste período, solicitou bolsas de estudo em genética e estatística – não havia, afinal, desistido inteiramente da pesquisa – e, enquanto esperava o resultado, observou que, naquele país, os médicos somente consideravam-se preparados a exercer a medicina após fazerem especialização através da residência – no Brasil, só havia tais programas no Rio de Janeiro e em São Paulo. Grossman se inscreveu na residência de Medicina Interna, em Washington, e teve como preceptor John Fitzgerald

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Recebido em: 07/11/2013

Aprovado em: 13/11/2013

Como citar: Lopes JMC, Silveira BN, Oliveira EA, Santos FS. Nem você acreditava que este lance daria tão certo, Carlos Grossman! Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(30):83-4.

Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)848](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(30)848)

Smith, renomado internista que discutia casos complexos com seus alunos, contribuindo fortemente para a formação da personalidade médica de Grossman. No segundo ano de residência, chegou resposta em relação a um de seus pedidos de bolsa: havia sido aprovado, mas recusou. Já havia se decidido pela medicina.

De volta ao Brasil, na década de 60, junto de Eduardo Faraco e Rubem Maciel, Grossman participou da criação da primeira Residência Médica do Rio Grande do Sul na UFRGS. Depois disso, tendo em vista a sua residência nos EUA e a sua experiência nessa criação, em 1975, Ellis Busnello e Isaac Lewin o convidaram para elaborar uma das primeiras Residências em Medicina de Família e Comunidade (MFC) do Brasil, no Centro de Saúde Escola Murialdo.

Em 1979, Grossman retornou ao Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) – onde já havia sido diretor por um breve período em 1973, quando se afastou por discordar da demissão injusta de uma auxiliar de enfermagem – para coordenar todos os programas de residência médica do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Assim, “com a faca e o queijo na mão” – como relata Grossman – criou a residência em MFC do GHC. Percebendo a necessidade de locais para os residentes atuarem, unido a Carlos Dora e José Mauro Lopes, Grossman em 1982 coordenou a implementação da Unidade de Medicina de Família do HNSC, a qual culminou na implementação do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) com doze Unidades de Saúde da Família em Porto Alegre. Grossman ressalta que todas essas iniciativas deram certo devido ao empenho dos profissionais que o fizeram pela satisfação em melhorar a saúde pública. No início da década de 90, avaliadores do Ministério da Saúde visitaram o SSC, impressionaram-se com a qualidade dos serviços ali prestados e usaram-no como modelo para criar, em 1993, o Programa Saúde da Família, auxiliando ainda mais no desenvolvimento da MFC.

Para Grossman, o médico de família e comunidade deve ser a “porta de entrada do SUS”: conhece e é conhecido por todos, é acessível à população e geralmente acerta seus diagnósticos. Para isso, é preciso que o médico seja qualificado e permaneça em sua comunidade. Tendo isso em vista e o fato de que, para ele, “aprender a atender é ver atender”, compreendemos por que ele aproveitou todas as oportunidades que teve para criar novas residências médicas e auxiliar na qualificação dos médicos em formação.

Além dessa trajetória de grandes feitos, Grossman também é muito conhecido pelo seu senso crítico e por seus ensinamentos. Para ele, há três questões cruciais para uma boa saúde: alta qualidade dos serviços, baixo custo e fácil acesso pelas pessoas. Sabendo da dificuldade de superar esses desafios na prática, ele sugere que “se use mais a cabeça (referindo-se ao aprimoramento dos exames realizados durante a consulta) e menos a caneta (diminuir gastos com exames, remédios e internações)”.

Outro legado de Grossman – marcado pelo seu bom-humor e sabedoria – é o de que a medicina também “se faz muito com a bunda”, pois, segundo ele, quem não tem tempo de sentar e ouvir o que o paciente tem a dizer devia fazer outra coisa. Ressalta também a importância de acreditar no que se ouve a fim de criar um vínculo de confiança com o paciente. Pensando nisso, podemos entender os seus “princípios”: (1) O paciente sempre tem razão; (2) O paciente sempre diz a verdade; (3) Sempre é orgânico; (4) Sempre duvide de si mesmo.

Hoje, ele possui um consultório no Hospital Moinhos de Vento, onde atua como clínico geral, e é instrutor de Residência de MFC no GHC. De maneira descontraída e divertida, Carlos Grossman resume sua vida até o momento como uma surpresa boa, a qual inclusive se encontra registrada numa inscrição feita em uma placa em sua homenagem pela equipe da Unidade de Saúde Floresta que diz: “Nem você acreditava que este lance daria tão certo!”¹⁻⁵

Referências

1. Silveira BN, Aires E, Santos FS. Entrevista com Carlos Grossman. Porto Alegre; 12 Jun 2012.
2. Camargo JJ. Palavra de Médico: “A dança dos modelos”. Porto Alegre: Zero Hora; 5 Maio 2012. Vida, n. 1,070, p. 2.
3. Lenz MLM, Langoni P. Boletim Informativo do SSC (O BIS). Out 2004.
4. Médicos gaúchos são elogiados. Porto Alegre: Zero Hora, 24 Abr 2008. Geral, p. 47.
5. Pena A. Entrevista com Carlos Grossman. Entrevista concedida a Andrea Pena para a elaboração do Boletim Eletrônico sobre os homenageados. 9º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Fortaleza; 2008. [Via e-mail].

Medicina de Família e Comunidade: breve histórico, desafios e perspectivas na visão de discentes de graduação

Family and Community Medicine: a brief history, challenges, and perspectives in the view of undergraduate students

Medicina Familiar y Comunitaria: breve historia, desafíos y perspectivas desde la visión de los estudiantes de pregrado

Vinicius Gomes de Oliveira. Fundação Universidade Federal do Tocantins (UFT). Palmas, TO, Brasil. viniciusgomes@uft.edu.br (Autor correspondente)

Fernanda Navarini Queiroz. Fundação Universidade Federal do Tocantins (UFT). Palmas, TO, Brasil. fenavarini@hotmail.com

Bruno Pereira Araújo. Fundação Universidade Federal do Tocantins (UFT). Palmas, TO, Brasil. brunimipatinga@hotmail.com

Cássio Marques Menezes Silva. Fundação Universidade Federal do Tocantins (UFT). Palmas, TO, Brasil. cassiomarkenze@hotmail.com

Flávio Dias Silva. Fundação Universidade Federal do Tocantins (UFT). Palmas, TO, Brasil. flaviodias@uft.edu.br

Resumo

A Medicina de Família e Comunidade (MFC) é fundamentada em princípios que estão diretamente vinculados à Atenção Primária à Saúde (APS), que é a base de um sistema para otimizar recursos e serviços em saúde. O presente artigo procura analisar a atual conjuntura da MFC na visão de discentes de graduação em medicina, com enfoque na APS. Faz-se, então, um breve resgate dos principais eventos históricos que nortearam a criação dessa especialidade no Brasil, tais como conferências, programas de Residência Médica e criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Por fim, retorna-se aos dias de hoje, para se estabelecer uma conexão entre as propostas iniciais e o contexto atual da saúde, oferecendo uma visão crítica acerca desses aspectos. Procura-se destacar o programa Mais Médicos e o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), ambos propostos recentemente pelo governo federal, com o intuito de corroborar as estratégias traçadas há algumas décadas.

Abstract

Family and Community Medicine (FCM) is grounded on principles that are directly linked to Primary Health Care (PHC), which is the basis of a system to optimize resources and health services. In this article, we analyze the current situation of FCM in the view of undergraduate medical students with a focus on PHC. We then present a brief account of the major historical events that guided the creation of this specialty in Brazil, such as conferences, medical residency programs, and the inception of the Unified Health System (SUS). Finally, we return to our present time to establish a connection between the initial proposals and the current context of health care, offering a critical view of these aspects. We seek to highlight the "Mais Médicos" programme and the "Programa de Valorização da Atenção Básica" (PROVAB), both recently launched by the Brazilian Federal Government, in order to corroborate the strategies outlined a few decades ago.

Resumen

La Medicina Familiar y Comunitaria (MFC) se fundamenta en principios que están directamente vinculados a la Atención Primaria de Salud (APS), que es la base de un sistema para optimizar los recursos y servicios de salud. En este artículo se analiza la situación actual del MFC desde la visión de los estudiantes de pregrado en medicina, con un enfoque en la APS. A continuación se hace un breve rescate de los principales acontecimientos históricos que guiaron la creación de esta especialidad en Brasil, tales como conferencias, programas de residencia médica y la creación del Sistema Único de Salud (SUS). Por último, se vuelve a la actualidad, para establecer una conexión entre las propuestas iniciales y el contexto actual de la salud, ofreciendo una visión crítica de estos aspectos. Se pretende dar a conocer el programa Más Médicos y el Programa de Valorización de la Atención Básica (PROVAB), ambos propuestos recientemente por el Gobierno Federal Brasileño, con el fin de corroborar las estrategias esbozadas hace algunas décadas.

Palavras-chave:

Medicina de Família e Comunidade
Atenção Primária à Saúde
Sistema Único de Saúde
Políticas, Planejamento e Administração em Saúde

Keywords:

Family Practice
Primary Health Care
Unified Health System
Health Policy, Planning and Management

Palabras clave:

Medicina Familiar y Comunitaria
Atención Primaria de Salud
Sistema Único de Salud
Políticas, Planificación y Administración en Salud

Fonte de financiamento:

declaram não haver.

Parecer CEP:

não se aplica.

Conflito de interesses:

declaram não haver.

Como citar: Oliveira VG, Queiroz FN, Araújo BP, Silva CMM, Silva FD. Medicina de Família e Comunidade: breve histórico, desafios e perspectivas na visão de discentes de graduação. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(30):85-8. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)850](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(30)850)

Recebido em: 12/11/2013

Aprovado em: 29/12/2013

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a base organizacional de um sistema que busca otimizar recursos e serviços em saúde. Tem como ponto central a prevenção de doenças, bem como a promoção e a manutenção da saúde por meio de uma prestação de serviços continuada, centrada no indivíduo e no contexto em que ele está inserido. Funciona como o primeiro contato da população com o sistema de saúde, por meio do qual esta será direcionada aos demais níveis de atenção, caso necessário.¹

A Medicina de Família e Comunidade (MFC) é uma especialidade que se fundamenta em princípios que envolvem a atuação na APS, a atenção centrada na pessoa, a educação médica continuada, o humanismo e a formação de liderança. Trata-se, portanto, de uma área médica fundamental para o bom desenvolvimento da APS e consequentemente para a consolidação de um sistema de saúde resolutivo, abrangente e capaz de gerenciar de forma eficaz seus recursos.^{2,3}

Este artigo tem como objetivo apresentar um breve histórico e o contexto atual da MFC no Brasil, bem como discutir pontos-chave para a qualificação da APS, a fim de oferecer um atendimento resolutivo à população.

Breve histórico da Medicina de Família e Comunidade no Brasil

A MFC teve início no Brasil em meio a um modelo médico voltado para o atendimento hospitalar e um crescimento das subespecializações. Inicialmente marginalizada, a MFC ganhou maior visibilidade após a expansão do Programa Saúde da Família.⁴ A MFC não é uma novidade no Brasil ou no mundo e, em busca de se entender o seu processo de formação, faz-se necessário um breve resgate de sua história.

A necessidade de aperfeiçoamento para suprir as carências da população nos níveis primários da atenção à saúde fez com que, em 1976, fosse criado o Programa de Residência Médica (PRM) em Medicina Geral e Comunitária, atual Medicina de Família e Comunidade. Os projetos pioneiros foram o do Centro de Saúde Escola Murialdo, em Porto Alegre-RS; o do Projeto Vitória de Santo Antão, em Santo Antão-PE; e o do Serviço de Medicina Integral da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), no Rio de Janeiro-RJ, na época ainda sem respaldo legal. Essa pode ser considerada uma fase experimental da área no Brasil. Uma dificuldade em especial era que o único mercado de trabalho disponível consistia nos próprios serviços que mantinham os PRM. Assim, a maioria dos profissionais formados nestes programas logo considerava a mudança de especialidade, migrando para a saúde pública.⁵

Em 1978, o *slogan* “Saúde para todos” surgiu durante a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata.⁵ Os países participantes foram convidados a modificar seus sistemas de saúde de modo a tornar a APS um direito básico dos cidadãos, fato que a expandiu para o mundo. Nesse encontro, discutiu-se o conceito de atenção primária:

“[...] a atenção essencial à saúde baseada num modelo prático, com base científica, que possui métodos e tecnologias universalmente acessíveis aos indivíduos e famílias dentro das comunidades, sendo o primeiro nível de contato do indivíduo com o sistema de saúde do país e condição essencial para o desenvolvimento social e econômico da comunidade (p.27).”⁶

Apesar do surgimento dos primeiros programas de residência em 1976, somente no ano de 1981 a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) formaliza os programas de residência médica em Medicina Geral e Comunitária (MGC), oficializando esta como uma especialidade médica no Brasil. Em novembro do mesmo ano, tem-se a criação da Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária (SBMGC). Em 1986, o Conselho Federal de Medicina (CFM) reconhece esta especialidade e a SBMGC como sua representante.⁵

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988, posteriormente regulamentado pela Lei 8.080 de 1990 (Lei Orgânica de Saúde), e a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, a APS se expandiu.⁶ A implantação do PSF procurava reorganizar a atenção em saúde para uma substituição do modelo tradicional, tendo início a construção de um modelo de assistência com base na promoção e proteção da saúde, no diagnóstico precoce e na recuperação dos agravos à saúde, de acordo com as diretrizes e os princípios do SUS.⁷

O mercado de trabalho para a MGC cresceu, mas existiam poucos especialistas na área e a qualidade da formação era, em muitos casos, abaixo do desejado. Buscando minimizar esses problemas, foram criadas especializações, cursos de curta duração, polos de capacitação, entre outros, nem sempre com a qualidade necessária.⁶

Em 2001, ocorreu a mudança do nome da especialidade para Medicina de Família e Comunidade (MFC). No mesmo ano, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) que propunha Especialização Multiprofissional em Saúde da Família por meio de treinamento em serviço e ensino a distância, coordenado pelos Núcleos e Polos de Capacitação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e PSF. Esse método foi criticado pelas entidades defensoras da MFC, devido à formação insuficiente de muitos profissionais.⁵

Desde sua criação, o PSF (atualmente Estratégia Saúde da Família) vem se expandindo em todo o País. De acordo com o Ministério da Saúde, existem mais de 34 mil equipes de saúde da família cadastradas no Brasil, no entanto, muitas ainda estão incompletas. Com o aumento de sua dimensão, é crescente a diferença entre a ampliação do mercado de trabalho e a pequena escala de formação e capacitação de profissionais para a APS.⁸

A Atenção Primária à Saúde no contexto atual

Em 2012, foi implantado o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e em 2013 o governo federal criou o Programa Mais Médicos, por meio da medida provisória 621 (MP 621). São duas ações que, apesar de apresentarem grandes dúvidas quanto a seu real impacto na saúde, se mostram marcantes para a APS no País à medida que rompem com a priorização hospitalar e de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) que vinha sendo vivenciada.⁸⁻¹⁰

O PROVAB objetiva criar incentivos a médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas para que atuem na APS de municípios carentes desses profissionais, em áreas de extrema pobreza e periferias das regiões metropolitanas. Ao mesmo tempo, busca consolidar a integração ensino-serviço-comunidade e a educação pelo trabalho, por meio da supervisão dos profissionais por instituições de ensino previamente cadastradas, implantação e manutenção de Núcleos de Telessaúde nas instituições supervisoras e oferecimento de cursos de especialização em Saúde da Família.⁹

Por outro lado, o Programa Mais Médicos tem como finalidade prover recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS) por meio do fornecimento de bolsa e supervisão de instituições de ensino superior para médicos, brasileiros e estrangeiros, que exercerão suas atividades no âmbito de ensino, pesquisa e extensão em locais pré-determinados pelo Ministério da Saúde. Objetiva, ainda, a ampliação de vagas para os cursos de medicina, bem como para programas de residência médica, além de aumentar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS.¹⁰

Todas essas são medidas importantes no que diz respeito à valorização da APS, ponto fundamental para se alcançar um sistema de saúde eficaz e de qualidade. Em contrapartida, há uma série de questionamentos que são pertinentes sobre estes programas.

O provimento de médicos para regiões carentes e distantes dos grandes centros, buscando minimizar as discrepâncias nos serviços de saúde em todo o País, é de fundamental importância, porém é necessário monitorar a qualidade e o perfil desses profissionais, bem como as condições de trabalho oferecidas.

A APS não deve ser vista como algo simples e fácil, trata-se de uma área que requer habilidades e competências especializadas e complexas. Busca-se o atendimento integral à saúde, na qual o personagem central é o indivíduo, levando-se em consideração o ambiente, os costumes e a realidade na qual está inserido. Faz-se necessário aumentar a capacidade de formação de especialistas em MFC, bem como manter atualizados os profissionais já existentes. Para tanto, seria interessante o aumento das vagas de residência médica nessa área e a criação de meios que incentivassem profissionais a se enveredar por estes caminhos; uma sugestão, por exemplo, seria equiparar as bolsas de residência às bolsas oferecidas aos médicos participantes do PROVAB e Mais Médicos.^{11,12}

Outro ponto a ser levado em consideração é a necessidade de políticas que visem à valorização e fixação dos profissionais na APS, não apenas em relação a médicos, mas de toda a equipe multiprofissional. Medidas que melhorariam esse cenário seriam, por exemplo, a abertura de concursos para a contratação desses profissionais e o estabelecimento de pisos salariais, bem como de gratificações, de acordo com o local de trabalho.

A MP 621 não tem como ponto central a fixação dos médicos. Trata-se de uma medida paliativa com prazo para terminar (3 anos, podendo se estender por mais 3 anos), o que a torna pouco efetiva. Além disso, não exige formação dos profissionais para a APS, não resolvendo, portanto, o problema de baixa resolutividade e a sobrecarga de alguns serviços em detrimento de outros no SUS.

O recrutamento de médicos estrangeiros, apesar de ser uma medida adotada em vários países e se mostrar útil e de grande valia, deve ser feito com ponderação e por meio de revalidação do diploma para garantir a segurança da população assistida.

Outro aspecto importante seria aumentar o número de médicos na APS, investindo-se em infraestrutura e insumos, para proporcionar serviços de qualidade. O MFC tem como uma de suas atribuições, por exemplo, fazer alguns procedimentos e pequenas cirurgias, que, muitas vezes, por falta de condições estruturais, se tornam inviáveis e acabam por sobrecarregar outros serviços.

Por fim, a universidade também necessita de uma mudança de visão sobre a APS e a MFC. As escolas médicas não têm conseguido inserir prioritariamente a disciplina da Medicina de Família e Comunidade em seus currículos e sequer proporcionam a quantidade necessária de docentes qualificados para a área. Seria importante, dessa maneira, estimular as instituições de ensino superior para dar respostas adequadas para a resolução destes problemas.¹³

Conclusão

A MFC, bem como a APS, estiveram sempre à margem dos investimentos em saúde no Brasil em virtude de uma visão hospitalocêntrica e superespecializada. Porém, o País encontra-se em um processo de crescimento e estruturação da MFC, o que representa um terreno fértil para a implementação de ideias e atitudes, com a finalidade de não somente suprir as carências populacionais relacionadas à APS, mas também de criar uma cultura de serviços de qualidade e profissionais preparados para atender a essas demandas.

É de suma importância aproveitar o momento de discussão criado pelos programas do governo (PROVAB e Mais Médicos), que têm como ponto central a APS, para fomentar os incentivos e investimentos nessa área, possibilitando uma reforma no SUS de modo a garantir uma saúde integral e de qualidade à população. Entretanto, uma visão mais ampla a médio e longo prazo é essencial para a sustentabilidade de um projeto de estruturação definitiva da APS no SUS.

Referências

1. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726 p.
2. Janaudis MA. Princípios da Medicina de Família: quatro pilares que definem sua identidade. *O Mundo da Saúde*. 2010 Jul-Sep;34(3):300-310.
3. Anderson MIP, Gusso G, Castro Filho ED. Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade. *Revista APS*. 2005 Jan-Jun;8(1):61-67.
4. Giovannella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009 May-Jun;14(3):783-794. PMID:19547778. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300014>
5. Falk JW. A Medicina de Família e Comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2004 Jan-Mar;1(1):5-10.
6. Janaudis MA, Blasco PG, Haq C, Freeman J. Formando médicos para a Medicina de Família e Comunidade. *Revista Bioética*. 2007 Jan-Jun;15(1):27-36
7. Ministério da Saúde (BR). Programa de Saúde da Família. Brasília: COSAC; 1994.
8. Ministério da Saúde (BR), SAS, DAB; IBGE. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. [Internet]. 2013 Sep. [acesso em 2013 Dez 02]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php
9. Brasil. Portaria Interministerial 2.087 de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. [Internet]. [acesso em 2013 Out 9]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html
10. Brasil. Medida Provisória nº 621 de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. [Internet]. [acesso em 2013 Out 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/mpv/mpv621.htm
11. Anderson MIP, Rodrigues RD. Formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: dilemas e perspectivas. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2011 Jan-Mar;6(18):19-20. <http://dx.doi.org/10.5327/Z1809-59092011001800005>
12. Levites M, Blasco PG. Competencia y humanismo: la Medicina Familiar en busca de la excelência [Editorial]. *Arch Med Fam General*. 2009 Jul-Dez;6(2)2-9. Disponível em: <http://archivos.famfyg.org/revista/index.php/amfyg/article/view/88/84>
13. Anderson MIP, Demarzo MMP, Rodrigues RD. A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o Ensino de Graduação: recomendações e potencialidades. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 200 Out-Dez; 3(11):157-172. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/334>

Modalidade de educação a distância na formação profissional em saúde da família: relato de experiência

Distance education in vocational training in family health: experience report

La modalidad de educación a distancia en la formación profesional en salud familiar: relato de experiencia

Francisco Rogerlândio Martins-Melo. Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, CE, Brasil. rogerlandio@bol.com.br (Autor correspondente)

Mauricélia da Silveira Lima. Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, CE, Brasil. mauricelia_lima@yahoo.com.br

Alberto Novaes Ramos Júnior. Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, CE, Brasil. novaes@ufc.br

Jorg Heukelbach. Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, CE, Brasil. heukelbach@web.de

Márcia Oliveira Coelho Campo. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Fortaleza, CE, Brasil. oc.marcia@gmail.com

Resumo

O presente estudo relata a experiência de um aluno/profissional na realização do curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, oferecido por meio da estratégia de educação a distância. O curso teve como público-alvo médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas inseridos na Estratégia Saúde da Família nos municípios do estado do Ceará. Foi utilizado o ambiente virtual de aprendizagem Moodle, um sistema de ensino-aprendizagem *on-line* em que diversas ferramentas de comunicação estavam integradas em uma página da *internet*, na qual se acessavam as disciplinas ofertadas e se interagiu com um professor/tutor. Os pressupostos pedagógicos do curso foram baseados na educação contextualizada descentralizada, na aprendizagem colaborativa, significativa e problematizadora, além da articulação entre teoria-prática e ensino-serviço. A incorporação da educação a distância aos processos de formação/capacitação de profissionais na atenção primária aqui realizada se constitui em exemplo e incentivo para outras iniciativas de formação/qualificação de profissionais com atuação em outras áreas do Sistema Único de Saúde no Brasil.

Abstract

The present study reports the experience of a student/professional undertaking a Distance e-learning (DeL) specialization course in Family Health at the Federal University of Ceará, Brazil. The target group consisted of physicians, nurses and dentists of the primary health care teams in the Family Health Strategy of the municipalities of Ceará state. The Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment (Moodle) was used. This is an online teaching and learning system with various communication tools integrated in a web page, where the disciplines offered are accessed and interaction with a teacher/tutor occurs. The pedagogical assumptions of the course were based on contextually decentralized education and collaborative problematizing learning processes articulated through theory-practice and teaching-health service demands. The incorporation of DeL into the vocational training processes of primary health care professionals constitutes an example, as well as an encouragement, to other vocational and training initiatives for professional qualification throughout the Brazilian Unified Health System.

Resumen

Este estudio presenta la experiencia que un alumno/profesional tuvo del Curso de Especialización en Salud Familiar, ofrecido por la Universidad Federal do Ceará a través del sistema de Educación a Distancia (EaD). Acudieron a este curso médicos, enfermeros y dentistas incluidos en el Estrategia de Salud Familiar en los municipios del Estado de Ceará. Se utilizó el entorno virtual de aprendizaje Moodle, un sistema de enseñanza-aprendizaje *on line* en el que diversas herramientas de comunicación se integraron en una página web, desde donde se accedía a las asignaturas ofrecidas y se interactuaba con un profesor/tutor. Los presupuestos pedagógicos del curso se basaron en una educación contextualizada y descentralizada, en un aprendizaje colaborativo, significativo y problematizador, además de en la articulación entre teoría-práctica y enseñanza-servicio. La incorporación de la EaD a los procesos de formación/capacitación de los profesionales de atención primaria, se constituye en un ejemplo e incentivo para otras iniciativas de formación/calificación de los profesionales que trabajan en otras áreas del Sistema Único de Salud en Brasil.

Palavras-chave:

Programa Saúde da Família
Educação a Distância
Atenção Primária à Saúde
Saúde Pública

Keywords:

Family Health Program
Education, Distance
Primary Health Care
Public Health

Palabras clave:

Programa de Salud Familiar
Educación a Distancia
Atención Primaria de Salud
Salud Pública

Fonte de financiamento:

declaram não haver.

Parecer CEP:

dada a natureza deste estudo não foi necessária a aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Conflito de interesses:

declaram não haver.

Recebido em: 21/08/2012

Approved em: 24/05/2013

Introdução

O Programa Saúde da Família (PSF), operacionalizado no Brasil em 1994, apresenta-se como estratégia para reorientação do modelo assistencial de saúde mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades de Saúde da Família (USF), tendo como base os princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS) e como foco o trabalho com famílias e comunidades.¹⁻⁴ Atualmente, o PSF é definido como Estratégia Saúde da Família (ESF), visto que o termo programa designa uma atividade com início, desenvolvimento e finalização.⁴

A ESF surge como uma proposta formalizada de identificação com o trabalho de equipe, redefinindo o modo de atuação de diversos profissionais de saúde. Para garantir a integralidade no atendimento, esse novo modelo de atenção à saúde requer uma atuação multidisciplinar. As equipes de trabalhadores na ESF são compostas, minimamente, por um profissional médico, um enfermeiro, um auxiliar/técnico de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, que trabalham com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área.⁴ A equipe pode ser ampliada com a participação de um cirurgião-dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico de higiene dental.^{4,5}

Como processo organizativo, pretende-se que a ESF constitua a porta de entrada para o sistema local e o primeiro nível reorganizador de atenção à saúde, o que supõe a integração à rede de serviços mais complexos. Recomenda-se que cada equipe seja responsável pelo acompanhamento de um número definido de pessoas (entre 2.400 a 4.000), localizadas em uma área geográfica delimitada.⁴ As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde dessa comunidade.^{4,6}

A ESF teve uma grande expansão na última década (2000-2010), passando de 3.000 para 32.000 equipes em atividade.⁷ Apesar de alcançar uma cobertura em cerca de 95% dos municípios brasileiros e 50% da população, menos de 5% dos profissionais têm formação especializada em saúde da família, diminuindo a efetividade da estratégia.⁷ Na busca de contribuir para o enfrentamento dessa deficiência e qualificar o desempenho da estratégia, surgiu a proposta do Ministério da Saúde de promover a especialização em Saúde da Família em larga escala, por meio da Universidade Aberta do SUS (UnA-SUS).^{7,8}

Sua proposta é capacitar profissionais graduados em cursos da área da saúde que já atuem ou que desejem atuar na ESF, promovendo o aprimoramento da gestão e da organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), a qualificação da prática clínica, a institucionalização da avaliação e do monitoramento em saúde, a cidadania e a participação social.^{7,8} Essa proposta remete à conveniência da utilização de novas tecnologias de informação e comunicação que embasam a Educação a Distância (EaD).⁷

A EaD vem sendo compreendida como importante estratégia para a qualificação de profissionais no Brasil.^{9,10} A necessidade de construção de um novo perfil de trabalhadores para fazer frente aos desafios da saúde no Brasil,¹¹ juntamente com a necessidade da formação e capacitação de grande contingente de profissionais em saúde da família nos mais distantes recantos do país, coloca a EaD como estratégia frente ao desafio de integração de novos modelos pedagógicos que contribuam com propostas transformadoras da realidade, mediante a adoção de novos paradigmas sobre o conhecimento e a aprendizagem.⁹ Entende-se que o fortalecimento do SUS, mediante melhorias e mudanças nas práticas de saúde, está relacionado com transformações na formação e qualificação de seus trabalhadores.⁹

Com o propósito de promover a democratização do processo de ensino-aprendizagem aos trabalhadores da ESF dispersos no estado do Ceará, a incorporação da modalidade de EaD pode ser vislumbrada como uma decisão técnica e política implicada com o desafio de constituir indivíduos e coletividade ética e politicamente engajados com a construção do SUS.¹² No estado do Ceará, o curso de especialização em Saúde da Família se integra ao Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância (NUTEDS) da Universidade Federal do Ceará (UFC), mediante parceria com o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, integrando o Sistema UnA-SUS. Essa parceria busca atender às necessidades de formação e educação permanente dos trabalhadores do SUS, médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros, vinculados a ESF dos diversos municípios do estado.⁸

O presente artigo tem como objetivo descrever a experiência pessoal de realização do Curso de Especialização em Saúde da Família (CESF), na modalidade de EaD, ressaltando a aplicabilidade dos conhecimentos mediados pelo curso como ferramenta para a capacitação de práticas profissionais a serem desenvolvidas no contexto da ESF.

Contextualização e descrição

Trata-se de um relato de experiência, desenvolvido por meio da realização do CESF da UFC, segundo perspectiva do aluno/profissional, no período de abril de 2010 a julho de 2011. O curso teve como público-alvo médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas inseridos na ESF nos municípios do estado do Ceará.

O CESF é uma iniciativa do Ministério da Saúde que constituiu, em 2008, a UnA-SUS. Trata-se de programa que estabelece condições para o funcionamento de rede colaborativa de instituições acadêmicas, serviços de saúde e gestão do SUS, para atender às necessidades de formação e educação permanente no âmbito da Saúde Coletiva e da APS nos municípios brasileiros. O convênio foi firmado entre essas instituições para construir um complexo formador de profissionais em saúde com conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para a atuação competente na APS dentro da rede do SUS no estado do Ceará.⁸

O curso foi oferecido por meio de EaD, modalidade semipresencial (combinação de atividades virtuais com atividades presenciais), permitindo aos alunos o investimento na formação profissional, sem afastamento da cidade-domicílio e dos serviços nos quais atuavam.⁸

Foi utilizado o Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) *Moodle*, com conteúdos seguindo o padrão *Sharable Content Object Reference Model* (SCORM), possibilitando a permuta entre as diversas universidades brasileiras envolvidas no projeto da UnA-SUS. Os pressupostos pedagógicos do curso foram baseados na educação contextualizada descentralizada, na aprendizagem colaborativa, significativa e problematizadora. Além disso, o curso baseou-se na articulação entre teoria-prática e ensino-serviço.⁸ O aluno/profissional inter-relacionava os conhecimentos teóricos mediados pelo curso com experiências práticas vivenciadas na USF em que estava inserido. O acompanhamento dos alunos foi realizado por tutores a distância e orientadores acadêmicos virtuais/presenciais sediados na UFC.⁸

O AVA *Moodle* é um completo sistema de ensino-aprendizagem *on-line* no qual diversas ferramentas de comunicação estão integradas em uma página da *internet*,¹³ pela qual os alunos podem acessar as disciplinas ofertadas pelo CESF e interagir com um professor/tutor experiente na área selecionada, que os acompanha durante todo o processo de desenvolvimento da aprendizagem. Ao longo do curso, o aluno acessava o material didático e complementar no horário mais conveniente, participava de fóruns de discussão sobre temas pertinentes ao objeto do curso, trocava mensagens com o mediador de aprendizagem (tutor/professor) e registrava suas produções ou atividades. O aluno/profissional produzia as atividades referentes à sua monografia e desenvolvia produções textuais, participava de *chats* e fóruns coletivos de acordo com temas escolhidos no curso. Além disso, havia encontros presenciais, que no início do curso eram mensais e após seis meses de curso passaram a ser a cada dois meses.

O CESF foi constituído por disciplinas que integralizaram 24 créditos, totalizando 384 horas, cursadas em um período mínimo de 18 e máximo de 24 meses. A matriz curricular do curso foi composta por disciplinas (carga horária: 75% EaD e 25% presencial) apresentadas sob a forma de módulos, que compunham as Unidades Didáticas, conforme apresentado a seguir:⁸

- Unidade Didática I compreendeu quatro módulos/disciplinas obrigatórios: Educação a Distância; Processo de Trabalho em Saúde; Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde; e Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde. Esses módulos/disciplinas obrigatórios oferecem os conteúdos estruturantes do modelo assistencial da APS e foram cursados por todos os alunos/profissionais, constituindo a base do curso;
- Unidade Didática II compreendeu três módulos/disciplinas obrigatórios (Tecnologias para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade – Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde; Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família; e Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal), que foram cursados por todos. Além desses módulos, podia-se optar por quatro outras disciplinas, de acordo com a escolha do aluno/profissional em um universo de oito disciplinas (Saúde da Criança e do Adolescente; Saúde da Mulher no Ciclo Vital; Atenção Básica à Saúde da Família Diante das Endemias e Epidemias Locais: um Enfoque Estatístico; Saúde Mental e Violência; Atenção Básica em Saúde do Adulto, Trabalhador, Portador de Deficiência e Idoso; Realidade Sócio-Política-Econômica e Cultural Brasileira, Regional e Local; Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Problemas de Saúde; e Participação Social e Promoção da Saúde).⁸

A avaliação e o monitoramento dos alunos/profissionais foram conduzidos ao longo do curso, perpassando todas as fases de seu desenvolvimento. Na avaliação dos alunos durante os módulos/disciplinas do curso, foram utilizadas notas. Cada

aluno obteve uma nota, sendo consideradas, prioritariamente, as atividades obrigatórias. A avaliação nas disciplinas tinha caráter formativo, a qual considerava todo o processo de construção do conhecimento, desde as atividades de aprendizagem individuais e em grupo, até o momento presencial. Para efeito avaliativo, consideravam-se, ainda, os seguintes indicadores: domínio de conteúdo, cumprimento das tarefas, participação nos *chats*/fóruns de discussão, pontualidade no cumprimento das tarefas e assiduidade, sendo computada a partir do cumprimento das atividades propostas e do mapeamento do ambiente de aprendizagem.

O processo de avaliação de cada disciplina foi constituído também de avaliação do professor/tutor, material didático e autoavaliação por parte do aluno. A autoavaliação foi realizada com base em um instrumento estruturado disponível no AVA, no qual o aluno registrava aspectos positivos e negativos com relação ao material didático, à concepção metodológica e ao desenvolvimento das atividades. O aluno registrava também a sua opinião em relação à contribuição da disciplina para a vida pessoal e profissional, além de listar os aspectos facilitadores e limitadores vivenciados durante o processo e, finalmente, apresentava sugestões para novas experiências.

Durante o curso, entre as várias atividades propostas, o aluno sistematizava o conhecimento adquirido ao final de cada disciplina mediante a produção de portfólio¹⁴ (documento com o registro individual de habilitações e/ou experiências) que foi avaliado pelo professor/tutor. Ao final do curso, os portfólios das disciplinas cursadas foram apresentados no formato de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), submetido a uma comissão avaliadora que julgava quanto à aprovação ou não para a obtenção do título de especialista em Saúde da Família. Os portfólios construídos durante a formação em Saúde da Família, além das atividades de avaliação e do trabalho de conclusão do curso, consistiram na coleção de todo trabalho relacionado ao alcance dos objetivos que se pretendeu atingir, almejando práticas de ensino-aprendizagem, de produção de conhecimento e novas orientações ou práticas profissionais a serem desenvolvidas na APS. Sua composição foi feita a partir das atividades das disciplinas, das considerações pessoais, dos relatos de aprendizagem e das reflexões mediadas pelos fóruns de discussão. Foram também utilizadas informações referentes a experiências pessoais vivenciadas em USF e de fontes secundárias (base de dados de Sistemas de Informações em Saúde).

Discussão

O presente estudo apresenta um relato de experiência de realização de curso de especialização em Saúde da Família na modalidade a distância. O curso buscou permitir aos alunos/profissionais a apropriação de novas ferramentas tecnopedagógicas como instrumentos na sua prática diária e na construção coletiva de conhecimentos. A experiência de realização do CESF significou, principalmente, a possibilidade de qualificação/capacitação de profissionais da ESF, atualização e inovação ao programa de pós-graduação, por meio de articulação entre ensino/serviço.

O CESF proporcionou ao aluno/profissional um contexto de diálogo, interatividade e comunicação intergrupar. Os professores/tutores estabeleceram o desafio de realizar uma relação dialógica com os alunos/profissionais, por meio de acompanhamento e dinâmica de ensino que lhes dessem a certeza de que não estavam sozinhos e de que o processo ensino-aprendizagem fosse algo verdadeiramente compartilhado. Eles utilizaram estratégias que possibilitassem aos alunos/profissionais buscarem seu conhecimento pautado na experiência, ou seja, buscando a interatividade com a realidade apresentada. O uso desse tipo de abordagem educacional, ao fazer com que os alunos/profissionais conheçam ativamente a sua realidade e a discutam com suas equipes e/ou com os colegas, pode proporcionar a reflexão sobre o processo de trabalho e a mobilização de esforços para melhorá-lo e entender tanto os problemas enfrentados como as suas possíveis soluções.^{15,16}

O curso estimulou a troca de experiências entre os alunos/profissionais e o serviço, possibilitando uma reflexão sobre a prática e a conquista das competências necessárias à sua formação, buscando soluções para problemas comuns no processo de formação em saúde, na perspectiva de criar espaços para aproximação e/ou integração entre ensino-serviço. A utilização da EaD como tecnologia educacional, propicia que o aluno seja o principal responsável pelo seu processo de ensino-aprendizagem objetivando uma formação profissional crítico-reflexiva para atuar na ESF.⁹ O respeito e o resgate dos saberes prévios dos sujeitos constituem um dos princípios pedagógicos utilizados, assim como a utilização dos processos de trabalhos reais vivenciados pelos alunos/profissionais.¹⁵

Em relação aos recursos tecnológicos utilizados para o desenvolvimento do curso, houve dificuldades iniciais, principalmente à inaptidão para o acesso ao ambiente do curso por alguns dos alunos inscritos, por não dominarem as ferramentas de

informática. Apontou-se como fator facilitador para os alunos a manutenção de uma via de comunicação permanente com os professores/tutores, possibilitando a retroalimentação do processo de aprendizagem, à medida que as atividades eram realizadas. O processo de ensino-aprendizagem do curso foi considerado dinâmico e flexível, possibilitando aplicar os conceitos teóricos na prática profissional em APS.

A realização do CESF por meio de EaD também representou a possibilidade de realizar o processo ensino-aprendizagem sem muita rigidez quanto a espaço, tempo e ritmo. As atividades eram realizadas no tempo disponível, no próprio ritmo e no local mais viável, uma facilidade que o ensino a distância proporciona.¹⁷ Para a realização do curso, foi proposta uma metodologia pedagógica que adotava um currículo flexível e dinâmico, buscando a interatividade com a realidade apresentada.⁸ Desta forma, do contexto teórico-prático, no qual se desenvolve o processo de aprendizagem, o conteúdo vai sendo desenvolvido, possibilitando maior integração e favorecendo o processo de ensino-aprendizagem.^{16,17}

No que concerne ao material instrucional utilizado pelo curso, foi enfatizada a sua aplicabilidade na discussão da teoria, com base na experiência prática e na ampliação do conhecimento de interesse pessoal/profissional. Os módulos elaborados continham conhecimentos que correspondiam às competências que os alunos deveriam adquirir, abordando temas que problematizavam o cotidiano do trabalho, a realidade vivida, instrumentalizando-os para uma tomada de decisão em situações do seu cotidiano de vida pessoal e profissional. A literatura sugere que materiais instrucionais devem conter desafios cognitivos que promovam atividades significativas de aprendizagem, as quais permitam o desenvolvimento de novas competências, necessárias ao campo da ação. Além disso, devem ser dialógicos e ter como centralidade a relação entre os profissionais em formação/capacitação e os serviços de saúde.^{16,18}

A avaliação do processo de ensino-aprendizagem foi conduzida visando acompanhar o desempenho de cada aluno, de modo a identificar aspectos que demandassem maior atenção e formas de apoio, verificar se os objetivos e metas foram alcançados e obter subsídios para mudanças no curso.¹³ O *feedback* realizado por parte do professor/tutor foi fundamental para o desenvolvimento e planejamento das etapas subsequentes e teve como finalidade principal promover estratégia que permitisse ao aluno/profissional uma progressiva independência e controle de seu processo de aprendizagem.^{9,19}

A escolha do portfólio reflete uma avaliação dinâmica, realizada pelo próprio aluno, e que mostra seu desenvolvimento e mudanças ao longo do tempo.¹⁵ O portfólio tem sido utilizado pedagogicamente como uma estratégia que fornece elementos tanto para o profissional em formação como para o tutor acompanharem e avaliarem o processo ensino-aprendizagem. Desse modo, ao final do processo, o portfólio terá dados e análises que contribuirão tanto para a organização da prática diária do aluno/profissional, quanto para levantamento de temas a serem estudados com maior profundidade.¹⁴

A EaD é uma estratégia eficaz para atingir pessoas que querem ou precisam ser qualificadas, mas que por razões diversas, não podem se afastar do seu cotidiano de vida e de trabalho. Considerando-se a dimensão continental do País, representa estratégia importante para o alcance dos mais de 5.000 municípios. A distância entre alunos e docentes, característica da EaD, pode ser utilizada como possibilidade de engajar os alunos de forma dinâmica ao processo de aprendizagem, respeitando a independência e a autonomia, estabelecendo elos entre a aprendizagem e a experiência de vida e profissional. Desse modo, os educadores a distância devem utilizar essa característica da EaD, para contextualizar conteúdos, resgatar experiências, integrando ou consolidando novas habilidades e conhecimentos à sua experiência profissional e de vida, instrumentalizando-os para atuar nas situações concretas.^{9,10,18}

Apesar das potencialidades da EaD, assim como sua utilização no processo de formação em geral, sua incorporação aos processos de formação/qualificação dos profissionais de saúde ainda se depara com alguns desafios. Dentre estes, destacam-se as dificuldades de acesso às tecnologias de comunicação, informação e utilização de ferramentas de EaD, assim como um elevado grau de evasão de alunos quando comparado aos cursos presenciais.¹⁰ A EaD contribuirá para a ampliação e melhoria do acesso à educação de qualidade se a todos estiverem disponíveis tecnologias que facilitem o acesso à informação. Tendo em vista as importantes desigualdades regionais no país, torna-se necessária a expansão da rede. Vencendo o desafio da desigualdade de acesso, pode-se então dizer que a EaD tem a vantagem de eliminar, por meio de tecnologias de comunicação e informação, a maioria dos tradicionais empecilhos à conquista do conhecimento. Do contrário, ela própria será mais um processo de formação sem êxito no país.²⁰

O problema da evasão é uma realidade em muitas instituições que oferecem cursos na modalidade a distância. Esta foi também uma realidade vivenciada pelo CESF, na qual alguns alunos desistiram no decorrer do curso. Verifica-se que o diálogo e as interações mantidas em um AVA, entre aluno/tutor e aluno/aluno, podem influenciar no crescimento do aprendizado e na permanência deles em um curso ou disciplina na modalidade a distância. No diálogo, há construção de

conhecimento tanto por parte do tutor/educador como do aluno/profissional, e esta construção é influenciada por aspectos cognitivos e afetivos.²¹

Algumas limitações identificadas durante a realização do CESF precisam ser superadas para facilitar o processo de ensino-aprendizagem e educação permanente em Saúde da Família. Entre as quais, a falta de preparo de alguns professores/tutores em reconhecer a especificidade do aluno/profissional e lidar com ela. Muitas vezes, o professor/tutor acaba participando de forma pontual do curso, devido à sua excelência técnica sobre pontos específicos, faltando a vivência na realidade prática dos alunos/profissionais em ESF. O uso de metodologias ativas de ensino, especialmente a problematização,²² requer a inserção dos professores/tutores em contextos de APS, por meio de atividades de integração ensino-serviço, para que eles possam problematizar os assuntos que devem ser dominados pelos alunos/profissionais em seus próprios contextos de trabalho e induzir a reflexão sobre o seu processo de trabalho, ou seja, uma integração entre o que se aprende e o que se vivencia no cotidiano.¹⁸

Embora processos de avaliação estivessem presentes no curso, estes, geralmente, foram utilizados para detectar necessidades de mudanças pontuais ou responder a prestações formativas, não sendo frequentes reflexões mais amplas, que subsidiassem mudanças significativas. Além da avaliação de processo, seria importante que se realizassem também avaliações de resultado, cujo objetivo seria, sobretudo, avaliar a especialização em Saúde da Família como uma política pública, atentando para a sua eficácia em melhorar o processo de trabalho e os indicadores de saúde das populações sob a responsabilidade das equipes dos alunos/profissionais. Ressalta-se que, apesar de valorizados desde o início pouco se conhece sobre o real impacto dos cursos de especialização direcionados para a APS.¹⁸ Ao realizarem esse tipo de avaliação, de forma sistematizada e fundamentada, as universidades não avaliariam apenas suas próprias atividades, mas auxiliariam também a avaliar a política como um todo. Esse tipo de pesquisa é ainda mais relevante quando se considera que várias universidades públicas estão oferecendo cursos de especialização em Saúde da Família em larga escala por meio da UnA-SUS, embora o real impacto disso no SUS e nos indicadores de saúde da população seja ainda desconhecido.¹⁸ Esses resultados seriam importantes para que a política de educação permanente para a Saúde da Família pudesse se basear em evidências claras sobre o que funciona e o que não funciona.¹⁸

Conclusão

O CESF é parte de um desafio contemporâneo de formar profissionais da saúde no seu contexto de trabalho, com uma metodologia que permite a descentralização das atividades pedagógicas mediante o uso de EaD. Ao mesmo tempo, visa manter a qualidade de conteúdos e processos de aprendizagem, vinculando-se cada vez mais a uma prática cotidiana do uso das tecnologias de informação e de comunicação em benefício da sociedade. Destaca-se sua importância como processo de formação/capacitação e a construção do conhecimento a partir da realidade e dos desafios enfrentados pelas equipes que atuam na ESF, com enfoque nos problemas de grande relevância para a saúde da população sob sua responsabilidade e para o fortalecimento de um espaço de elaboração e construção de novas práticas de saúde.

O avanço nas iniciativas de EaD na área da saúde é fundamental para ampliar o acesso a uma formação de qualidade em um estado de grandes dimensões territoriais como o Ceará. A incorporação da EaD aos processos de formação/capacitação de profissionais da APS aqui realizada se constitui em exemplo e incentivo para outras iniciativas de formação ou qualificação de profissionais com atuação em outras áreas do SUS no Brasil.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas Públicas. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes../guia_psf1.pdf
2. Oliveira AKP, Borges DF. Programa de Saúde da Família: uma avaliação da efetividade com base na percepção dos usuários. *Rev Adm Pública*. 2008; 42(2): 369-389. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122008000200008>
3. Reis MAS, Fortuna CM, Oliveira CT, Durante MC. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. *Interface Comum Saúde Educ*. 2007; 11(23): 655-666. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832007000300022>

4. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. [acesso em 2011 Dez 15]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>
5. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família [online]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [acesso em 2011 Ago 12]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>
6. Escorel S, Giovanela L, Mendonca MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2007; 21(2): 164-176. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892007000200011>
7. Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Especialização em Saúde da Família – EAD – UFPel [online]. 2011 [acesso em 2011 Ago 20]. Disponível em: <http://unasus.ufpel.edu.br/site>
8. Universidade Federal do Ceará (UFC). Curso de Especialização em Saúde da Família [online]. 2011 [acesso em 2011 Ago 20]. Disponível em: <http://www.nuteds.ufc.br/cesf/index.php/o-curso>
9. Paim MC, Guimarães JMM. Importância da formação de docentes em EAD no processo de educação permanente para trabalhadores do SUS na Bahia. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2009; 33(1): 94-103. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/193>
10. Alves VS, Veloso R. Sistemas de Educação a Distância: subsídios para a construção do modelo de gestão desta modalidade de ensino no contexto da secretaria de saúde do estado da Bahia. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2009; 33(1): 86-93. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/192>
11. Anderson MIP, Rodrigues RD. Formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: dilemas e perspectivas. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2011; 6(18): 19-20. <http://dx.doi.org/10.5327/Z1809-59092011001800005>
12. Paim MC, Alves VS, Ramos AS. Projeto EAD SUS/BA: Incorporação do ensino a distância aos processos de educação permanente para profissionais do Sistema Único de Saúde do estado da Bahia. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2009; 33(1): 104-112. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/194>
13. Machado AC. O desenvolvimento de um curso a distância *on-line*: relato da experiência utilizando o sistema de gerenciamento de cursos – *moodle*, como ferramenta de aprendizagem colaborativa [online]. *Rev Paideia* 2008; 1(2) [acesso em 2011 Ago 25]. Disponível em: [http://revistapaideia.unimesvirtual.com.br/index.php?journal=paideia&page=article&op=view&path\[\]=45](http://revistapaideia.unimesvirtual.com.br/index.php?journal=paideia&page=article&op=view&path[]=45)
14. Harris S, Dolan G, Fairbairn G. Reflecting on the use of student portfolios. *Nurse Educ Today*. 2001; 21(2): 278-286. <http://dx.doi.org/10.1054/nedt.2000.0545>
15. Grillo MJC, Sena RR. Especialização em saúde da família a distância: uma possibilidade de educação permanente em saúde; *Convibra Saúde – Congresso Virtual Brasileiro de Educação, gestão e promoção da saúde*; 2012. [online] [acesso em 2013 Fev 20]. Disponível em: http://www.convibra.com.br/upload/paper/2012/59/2012_59_4330.pdf
16. Tomaz JBC, Molen HTVD. Compreendendo os profissionais de Saúde da Família como potenciais estudantes na Educação à Distância. *Rev Bras Educ Med*. 2011; 35(2): 201-208. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022011000200009>
17. Hernández F. Cultura visual, mudança educativa e projeto de trabalho. Porto Alegre: Artmed; 2000.
18. Aguiar RAT. A universidade e as políticas de educação permanente para a estratégia saúde da família: um estudo de caso. [Tese]. Belo Horizonte: Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais; 2010. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/BUOS-8D4KUK>
19. Bastos MAR, Guimarães EMP. Educação a distância na área da enfermagem: relato de uma experiência. *Rev Latino-Am Enferm*. 2003; 11(5): 685-691. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000500018>
20. Souza JWF Fº. Desafios e vantagens da Educação a Distância para uma aprendizagem significativa na Universidade [online]. 2011 [acesso em 2011 Ago 25]. Disponível em: <http://ueadsl.textolivre.pro.br/2011.1/papers/upload/100.pdf>
21. Favero RVM. Dialogar ou evadir: Eis a questão! Um estudo sobre a permanência e a evasão na Educação a Distância. [Dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/14846>
22. Pereira ALF. As tendências pedagógicas e a prática nas ciências da saúde. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(5): 1527-1534. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000500031>

Revisão de prontuário como estratégia de ensino-aprendizagem da medicina centrada na pessoa em um ambulatório universitário no município do Rio de Janeiro

Medical record review as a strategy of teaching and learning on patient-centered medicine at a university ambulatory care unit in the municipality of Rio de Janeiro

Revisión de registro médico como estrategia de enseñanza-aprendizaje de la medicina centrada en el paciente en un ambulatorio universitario en el municipio de Rio de Janeiro

Ana Cláudia Santos Chazan. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. anachazan@gmail.com (Autora correspondente)
Lia Márcia Cruz da Silveira. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. liadasilveira@gmail.com
Cesar Augusto Orazem Favoreto. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. cesarfavoreto@globo.com

Resumo

O objetivo do presente estudo é relatar a experiência do uso de um roteiro elaborado para orientar a revisão de prontuários em um ambulatório de um hospital universitário no município do Rio de Janeiro. O roteiro constava de questões fechadas e abertas abordando os seguintes itens: identificação do paciente, motivo e data da primeira consulta, informações subjetivas, informações objetivas, avaliação das necessidades de saúde do paciente, do plano terapêutico, dos registros, da longitudinalidade do cuidado e conclusões (resumo diagnóstico e terapêutico, proposições para a melhoria dos cuidados e necessidades de aprendizagem). Um prontuário foi escolhido aleatoriamente, copiado e distribuído a seis preceptores voluntários, juntamente com o roteiro. Percebeu-se que, na análise do prontuário, informações importantes de identificação dos usuários e da anamnese estavam ausentes ou desatualizadas. Observou-se concordância em 60% das respostas às perguntas fechadas. A heterogeneidade foi maior para perguntas abertas referentes à compreensão sobre risco, proteção, vulnerabilidade e necessidades não percebidas pelo usuário. Todos os preceptores consideraram o prontuário incompleto e observaram que os registros, centrados na doença, não eram assinados pelo preceptor. Além disso, foram identificados, como necessidades de aprendizagem, o conhecimento biomédico atualizado sobre as doenças de base do paciente e as habilidades sobre abordagem centrada na pessoa. A revisão do prontuário orientada pelo roteiro permitiu aos preceptores perceberem a necessidade de lerem os registros feitos pelos internos nos prontuários após a discussão dos casos, apontou temas para a educação permanente e os levou a refletir sobre o seu papel na formação profissional dos internos do curso de medicina.

Abstract

The objective of the present study is to report the experience of the use of a guideline elaborated to guide the review of medical records in an outpatient care unit of a University Hospital in the municipality of Rio de Janeiro. The guideline included open and closed questions regarding patient identification, reason and date of the first appointment, subjective and objective information, evaluation of patients' health needs, therapeutic plan, entries, continuity of care, and conclusions (diagnostic and therapeutic summary, propositions for improvement of care and learning needs). A medical record was randomly selected, copied and distributed to six voluntary preceptors together with the guideline. Through the analysis of the medical records, it was possible to notice that important information for identification and anamnesis of users was missing or not up-to-date. Concordance was observed in 60% of the closed questions. Heterogeneity was more frequently seen in open questions concerning the understanding about risk, protection, vulnerability, and unrecognized needs of users. All preceptors considered the records incomplete and observed that the entries, which were focused on the diseases, had not been signed by the preceptor. In addition, knowledge regarding patients' diseases and patient-centered clinical methods were identified as learning necessities. Therefore, the guideline-oriented review of the medical records allowed preceptors to recognize the need for reading medical students' notes in patients' records after discussing the cases, pointed out topics for their continuing medical education, and influenced a reflection about their role in the professional development of medical students.

Palavras-chave:

Registros Médicos
Atenção Primária à Saúde
Assistência Centrada no Paciente
Educação Médica

Keywords:

Medical Records
Primary Health Care
Patient-Centered Care
Education, Medical

Fonte de financiamento:

declaram não haver.

Parecer CEP:

Este estudo não foi submetido à aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa devido a sua natureza ecológica, sem intervenção nem identificação de pacientes, sendo um estudo ético e deontológico sobre a atividade médica, visando sua melhoria.

Conflito de interesses:

declaram não haver.

Recebido em: 07/02/2013

Aprovado em: 02/09/2013

Como citar: Chazan ACS, Silveira LMC, Favoreto CAO. Revisão de prontuário como estratégia de ensino-aprendizagem da medicina centrada na pessoa em um ambulatório universitário no município do Rio de Janeiro. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(30):96-103. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)700](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(30)700)

Resumen

El objetivo de este estudio es presentar la experiencia del uso de un guión diseñado para orientar la revisión de los registros médicos en un ambulatorio de un hospital universitario en el municipio de Rio de Janeiro. El guión contenía preguntas cerradas y abiertas que abordaban los siguientes temas: identificación del paciente, causa y fecha de la primera cita, informaciones subjetivas, informaciones objetivas, evaluación de las necesidades de salud del paciente, del plan de tratamiento, de los registros, de la atención longitudinal y las conclusiones (resumen diagnóstico y terapéutico, propuestas para mejorar la atención y las necesidades de aprendizaje). Se seleccionó aleatoriamente un registro médico, copiado y distribuido a seis preceptores voluntarios junto con el guión. En el análisis del registro médico se observó que no aparecían importantes informaciones de identificación de los usuarios y de la anamnesis, o, si aparecían, estaban desactualizadas. Hubo concordancia en el 60% de las respuestas a las preguntas cerradas. La heterogeneidad fue mayor para preguntas abiertas respecto a la comprensión del riesgo, la protección, la vulnerabilidad y necesidades desapercibidas para el usuario. Todos los preceptores consideraron incompleto el historial y observaron que los registros, centrados en la enfermedad, no estaban firmados por el preceptor. Además, el conocimiento biomédico actualizado sobre las enfermedades de base del paciente y las habilidades de abordaje centrados en la persona se identificaron como necesidades de aprendizaje. La revisión del historial médico, orientada por el guión, permitió que los preceptores comprendieran la necesidad de lectura de los registros hechos por los estudiantes en los historiales después de la discusión de los casos, indicó temas para su educación permanente y provocó una reflexión en relación a sus roles en la formación profesional de los estudiantes de medicina.

Palabras clave:

Registros Médicos
Atención Primaria de Salud
Atención Dirigida al Paciente
Educación Médica

Introdução

O método clínico centrado na pessoa (MCCP) pressupõe mudanças na atitude médica para uma compreensão mais abrangente do processo de saúde e adoecimento das pessoas. Esse método é preconizado pela Medicina de Família e Comunidade (MFC) e fundamenta-se na investigação, de forma equilibrada, tanto da doença, seus “aspectos objetivos”, quanto da experiência de estar doente e o contexto de vida da pessoa.¹

Desse modo, seria possível ao médico de família qualificado reconhecer não apenas os sentimentos e as ideias das pessoas sobre sua condição, mas também identificar possíveis danos funcionais e expectativas dos usuários em relação ao atendimento buscado.²

Na perspectiva dos princípios que orientam este método clínico, a doença não está separada da pessoa e a pessoa não está separada de seu ambiente. O uso apropriado do MCCP requer uma escuta cuidadosa da história e das necessidades da pessoa e uma atenção apurada para possíveis sinais em sua narrativa (verbais ou não verbais) que favoreçam a compreensão e a condução da situação, além da avaliação das circunstâncias que acompanham o início dos sintomas.³

Nesse sentido, é fundamental o investimento na relação médico-paciente/usuário, que se estabelece com base na empatia e no desenvolvimento da confiança mútua, para a construção do vínculo e da aliança terapêutica, sendo necessário ao médico ter consciência de si mesmo e dos aspectos inconscientes que permeiam esta relação, como a transferência e a contratransferência.^{1,3}

As disciplinas de Medicina Integral I, II e III, que tratam respectivamente da abordagem comunitária, familiar e da pessoa, foram criadas em 2002, pelo Departamento de Medicina Integral Familiar e Comunitária (DMIF), dentro do processo institucional da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) de adequação do ensino médico às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina⁴ e têm o objetivo de apresentar aos estudantes os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS), por meio dos princípios e práticas da MFC.⁵

Desde então, seus conteúdos têm passado por processos avaliativos permanentes para adequação da integração entre teoria e prática e para a aquisição de habilidades e atitudes adequadas ao exercício do (MCCP). Além disso, pretende-se que, ao longo dos três semestres em que as disciplinas são oferecidas, os estudantes avancem na compreensão do Sistema Único de Saúde (SUS) como uma rede de serviços de saúde articulados, em que a qualificação e o compromisso dos profissionais de saúde são fundamentais para a efetivação das políticas públicas.

O Ambulatório de Medicina Integral (AMI) foi criado na década de 1970 com o objetivo de oferecer aos estudantes e residentes do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), um cenário de ensino-aprendizagem de cuidados de atenção primária, voltado para o atendimento das necessidades de saúde das pessoas.⁶

No AMI, os internos (alunos do quinto ano do curso de Medicina) exercem a prática clínica ambulatorial de forma supervisionada por um ano, em um turno semanal de quatro horas, em uma relação de quatro a cinco internos para cada preceptor. Este arranjo organizacional e pedagógico responsabiliza o interno pelos pacientes, permitindo a continuidade na atenção, e possibilita a construção de vínculos e avaliação do projeto terapêutico desenvolvido.

Deste encontro entre interno-paciente-preceptor emergem experiências que afetam diretamente todos os envolvidos. Os internos, apesar da ansiedade por fazerem diagnósticos de doenças e prescrições farmacológicas, são instigados a perceberem as pessoas que estão por detrás dos sinais e sintomas.

Os pacientes a cada ano precisam se readaptar aos “novos médicos”, mas se sentem seguros pela referência constante dos preceptores, que, por sua vez, têm a função desafiadora de mediar a relação entre os internos, os pacientes, o conhecimento biomédico e as práticas de cuidado às pessoas.

A dinâmica do rodízio anual dos internos⁷ leva, por um lado, à agregação de diferentes olhares sobre o mesmo usuário e, por outro lado, à descontinuidade progressiva de informações relevantes da história das pessoas, que deixam de constar nos registros subsequentes. Tendo em vista o prontuário como fio condutor da comunicação entre interno-paciente-preceptor a cada ano e entre os internos ao longo dos anos, a revisão periódica dos prontuários se faz necessária como um meio de avaliação e monitoramento da qualidade desta comunicação e do cuidado oferecido aos usuários.

O objetivo deste artigo é apresentar como se deu o processo de construção e avaliação por pares de um roteiro para auxiliar os internos e preceptores na tarefa de revisar prontuários, sob a perspectiva de uma abordagem centrada na pessoa, e as reflexões desencadeadas acerca da preceptoria neste cenário de ensino-aprendizagem.

Descrição da experiência

O presente trabalho foi realizado como parte das exigências do Curso de Formação Pedagógica para a Prática de Preceptoria, promovido pelo Hospital Universitário Pedro Ernesto, no período de maio de 2010 a abril de 2011. Trata-se da construção de um instrumento de ensino-aprendizagem dirigido ao curso médico, que, para sua legitimação e uso no serviço, foi submetido à avaliação por pares.

A construção do roteiro para orientar a revisão do prontuário foi feita com base nos conteúdos trabalhados nas disciplinas de Medicina Integral, oferecidas aos estudantes na graduação, e em informações consideradas relevantes para o acompanhamento médico na APS.^{3,8}

Depois da apreciação da primeira versão do roteiro por três preceptores do internato, modificações foram feitas para aprimoramento da forma e do conteúdo, que ao final ficou constituído de questões fechadas e abertas, com os seguintes campos (Ver Anexo 1):

- 1) Identificação do paciente, motivo e data da primeira consulta no AMI.
- 2) Informações relativas a aspectos relacionais e da subjetividade do paciente (lista de problemas, eventos da vida, aspectos familiares e psicossociais).
- 3) Informações objetivas (dados relevantes do exame físico e dos exames complementares).
- 4) Avaliação das necessidades de saúde do paciente, do plano terapêutico, da qualidade dos registros e da longitudinalidade do cuidado.
- 5) Súmula diagnóstica e terapêutica, proposições para a melhoria do cuidado.
- 6) Avaliação das necessidades de aprendizagem pelo interno.

Um prontuário foi escolhido aleatoriamente, copiado e distribuído a seis preceptores voluntários, juntamente com uma cópia impressa do roteiro, que também foi disponibilizado por meio digital aos interessados, ficando a critério de cada um a escolha quanto à forma de preenchimento.

A revisão do prontuário foi também feita por uma das autoras, com o intuito de compreender eventuais dúvidas na utilização do roteiro pelos demais preceptores. Os roteiros preenchidos foram analisados, atentando-se para a frequência de cada resposta encontrada, considerando-se como concordância na resposta quando todos os preceptores davam a mesma resposta à pergunta feita. Os resultados foram então sistematizados e apresentados aos preceptores em reunião para discussão

e reflexão, visando avaliar a pertinência do uso do roteiro no AMI como estratégia de ensino-aprendizagem para internos e preceptores.

O preenchimento do roteiro foi feito em papel por cinco preceptores, e por meio digital por um preceptor, sendo que esta forma permitiu melhor organização dos dados referentes aos resultados de exame físico e exames complementares. Dados elementares como os de identificação do paciente estavam ausentes, o que vai ao encontro dos resultados apresentados no estudo de Silva e Tavares-Neto⁹ sobre prontuários de hospitais de ensino do Brasil.

Quanto ao conteúdo dos registros médicos, houve consenso entre os preceptores de que eram essencialmente centrados na doença. Muitas informações importantes para a compreensão do processo de saúde-doença dos usuários estavam ausentes ou desatualizadas, não havendo informações sobre aspectos relacionados à família, aos eventos importantes da vida ou mesmo sobre as condições de vida do usuário. Apesar de serem informações valorizadas no serviço, nem sempre são registradas no prontuário, como evidenciado por Sarti et al.⁸ em investigação realizada com médicos do AMI.

Observou-se concordância em 60% das respostas às perguntas fechadas. Houve dificuldade em respostas do tipo “sim ou não” em algumas perguntas, nas quais seria mais adequado incluir respostas intermediárias do tipo “algumas vezes”, “nem sempre” ou “na maioria das vezes”.

A concordância nas respostas às questões abertas foi menor, pela compreensão diferenciada sobre fatores de risco ou proteção, vulnerabilidade e necessidades não percebidas pelo usuário em relação aos registros analisados, o que pode ser um reflexo da heterogeneidade da formação profissional dos preceptores do serviço.

Todos os preceptores fizeram observações em relação à desorganização dos documentos contidos no prontuário (folhas de evolução, resultados de exames ou de parecer). Isto se refletiu no tempo necessário para realizar a revisão do prontuário, já que demandou a organização e ordenação prévia dos registros para encontrar informações relevantes. Considerando-se que alguns pacientes são acompanhados há muitos anos no serviço, é de se imaginar o esforço despendido pelos estudantes a fim de obterem dados mínimos sobre os pacientes antes do atendimento, bem como a repercussão disso sobre o cuidado, sobre o fluxo das consultas no ambulatório e sobre os gastos com exames solicitados indevidamente quando a revisão do prontuário não é realizada.

Os registros do prontuário utilizado para validação do roteiro, apesar de legíveis, continham, na maioria das vezes, a identificação do interno ou residente, mas não do preceptor, embora este pudesse ser identificado por meio de pedidos de exames contidos no prontuário.

Os preceptores avaliaram que o uso do roteiro trouxe ganhos para a sua prática de preceptoria, na medida em que puderam refletir sobre a importância da educação permanente para o desenvolvimento de competências médicas e pedagógicas para a atuação neste cenário de ensino-aprendizagem, assim como sobre a necessidade de ficarem mais atentos aos registros feitos pelos alunos.

Além disso, esta avaliação tornou evidente a necessidade de elaboração de outras fichas para compor o prontuário, com destaque para a identificação dos usuários, a ser atualizada pelos internos anualmente quando no início do rodízio, e outras que orientem o registro de uma abordagem centrada nos pacientes e não na doença, que possam contribuir como indutores para mudanças das práticas assistenciais dos médicos em formação, quer seus registros sejam em papel ou em meio eletrônico.¹⁰

Discussão

O termo prontuário vem do latim *promptuarium*, “[...] lugar em que se guardam as coisas que devem estar à mão, despensa, armário [...]”¹¹ e refere-se ao conjunto de documentos relativos à assistência prestada a um paciente.¹² Os dados aí constantes pertencem ao paciente e à instituição que o assiste, sendo a denominação correta: prontuário médico do paciente.¹² Trata-se de documento valioso não somente para o paciente, mas para o médico que o assiste e para as instituições de saúde, para o ensino, a pesquisa, a administração dos serviços públicos de saúde e para a avaliação da qualidade, além de servir como instrumento de defesa legal.¹³ Todos os profissionais de saúde devem manter registros completos e precisos e serem responsáveis pelo conteúdo por eles gerado, sendo obrigatória, nos registros em papel, a legibilidade da letra do profissional que atende o paciente, bem como a assinatura e o respectivo número do registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) nos casos de atendimento por médicos.¹³

Os registros das consultas neste cenário ambulatorial - de ensino-aprendizagem de práticas centradas no paciente - ganham uma relevância ainda maior do que nos serviços de saúde em geral, pois, além de serem essenciais para a continuidade das informações sobre os parâmetros biomédicos entre os internos ano após ano, os registros precisam trazer indicativos sobre os encontros e vínculos estabelecidos entre os internos e os pacientes, de modo que haja a continuidade na confiança e corresponsabilização pelo projeto terapêutico em curso.

Entretanto, partindo-se do princípio de que “vale o que está escrito”, e que a redação no prontuário é uma representação do contato estabelecido entre o interno e seu paciente, inferimos que os relatos feitos no prontuário analisado foram regidos pelo paradigma biomédico, que, tendo emergido no século XIX com a medicina científica,³ ainda hoje estrutura a maior parte do currículo das faculdades de medicina ditas tradicionais.

A internalização desta estrutura (modelo biomédico) nos sujeitos (estudantes de medicina), por meio da educação médica hegemônica, acaba se constituindo em um conjunto estável de disposições estruturadas (valores) que, por sua vez, estruturam as práticas (diagnóstico de doenças e sua cura) e suas representações (registros médicos no prontuário).¹⁴

É importante frisar que este processo se dá tanto pelo aprendizado direto, por meio de recursos didáticos diversos, como pelo aprendizado indireto, no qual as atitudes, valores e padrões de comportamento são adquiridos como subprodutos do envolvimento contínuo com professores, colegas, pacientes e membros das equipes de saúde, que constituem a escola médica como uma organização social.¹⁵

Observa-se o desafio que é avaliar, orientar e operacionalizar a produção de registros médicos em atividades complexas de ensino-aprendizagem nos cenários reais de prática clínica. Esta complexidade é maior quando há a perspectiva de desenvolvimento de competências voltadas para uma prática centrada na pessoa, na família e na comunidade.³

A narrativa médica tradicional caracteriza-se por um processo descritivo de objetos (sinais, sintomas, exames, fármacos) encontrados no caso de um paciente. Desse modo, seu objetivo é traduzir narrativas dos pacientes em objetos/fatos médicos e, a partir deles, rotular, quantificar e classificar tais narrativas em doenças e tratamentos. Neste movimento, os registros abstraem os significados dos objetos da experiência do paciente em relação ao seu adoecimento. Os contextos familiar e sociocultural são incluídos como forma de explicar e justificar diagnósticos, mas não como elementos na construção da experiência do adoecer e da busca pelo cuidado.¹⁶

Portanto, as narrativas médicas e seus textos se caracterizam como instrumentos de informação e sistematização dos objetos médicos (sinais, sintomas, exames, fármacos) e não de reflexão sobre a experiência da pessoa, da família e da comunidade. Transcender estes limites implica uma escrita reflexiva, que, ao se aproximar da experiência de quem sofre, produz novos significados para o médico e para o paciente.

A revisão do prontuário pelo interno deve ser orientada pelo preceptor, objetivando levar o primeiro a refletir sobre a elaboração de textos que expressem a vivência das pessoas atendidas e a relação estabelecida com elas, para dar materialidade e relevância a aspectos menosprezados em uma prática ambulatorial centrada na doença.

Conclusões

O uso do roteiro para orientar a revisão dos prontuários foi aprovado pelos preceptores do ambulatório de Medicina Integral como estratégia de ensino-aprendizagem para os internos quanto à abordagem centrada na pessoa. Compreendeu-se que as revisões do prontuário nestes moldes fornecem material adequado para subsidiar as sessões clínicas do serviço e a educação permanente sobre a prática da preceptoria, de modo a qualificar tanto o ensino médico como a assistência oferecida aos usuários.

A construção de registros médicos que se harmonizem com o ensino da prática centrada na pessoa é um desafio a ser enfrentado e pode se tornar ainda maior no momento em que os prontuários eletrônicos se tornem a interface entre as narrativas dos pacientes e os textos médicos.

Referências

1. Stewart M, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR, Meredith L, et al. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico: tradução: Anelise Teixeira Burmeister. Porto Alegre: Artmed; 2010.
2. Platt FW, Gaspar DL, Coulehan JL, Fox L, Adler AJ, Weston WW, et al. Tell Me about Yourself. The Patient-Centered Interview. *Ann Intern Med.* June 2001; 134 (11): 1079-85. PMID:11388827. <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-134-11-200106050-00020>
3. McWhinney IR, Freeman T. Manual de Medicina de família e Comunidade. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
4. Brasil. Resolução do Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior nº 4, de 7 de novembro de 2001. [acesso em 2009 feb 28]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>.
5. Afonso DH, Itikawa FA. Resumo de Relatos; II Mostra Nacional de Medicina de Família e Comunidade; 44º Congresso Brasileiro de Educação Médica (COBEM), Gramado, 2006. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2006; Supl.1: 67.
6. Noronha JC, Oliveira JÁ, Rodrigues RD, Landmann J. Transformações de um ambulatório de medicina integral com vistas a um programa de atenção médica primária: A experiência do Hospital de Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Saude Publica.* 2007; 11: 429-43. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101977000400001>
7. Moss, MB. Meu primeiro ambulatório. In: Vasconcelos EM, Frota LH, Simon E, organizers. Perplexidade na universidade: vivências nos cursos de saúde. São Paulo: Editora Hucitec. p. 170-172.
8. Sarti TD, Anderson MIP, Marto RH. Registros clínicos e atenção primária: reflexões frente à abordagem biopsicossocial. *APS.* 2008; 11(4): 413-20. Disponível em: <http://www.aps.uff.br/index.php/aps/article/viewArticle/275>
9. Silva FG, Tavares-Neto J. Avaliação dos Prontuários Médicos de Hospitais de Ensino do Brasil. *Rev Bras Educ Med.* 2007; 31(2): 113-26. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022007000200002>
10. Roman, AC. Informatização do registro clínico essencial para a atenção primária à saúde: um instrumento de apoio às equipes da estratégia saúde da família [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina; 2009 [acesso em 2012 jul 15]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5144/tde-28082009-095729/>
11. Dicionário Eletrônico Houaiss CD-ROM v. 1.0 - dezembro de 2001.
12. Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal. Prontuário médico do paciente: guia para uso prático / Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal – Brasília: Conselho Regional de Medicina; 2006. 94 p. [acesso em 2012 jul 15]. Disponível em: http://www.periciamedicadf.com.br/publicacoes/prontuario_medico_paciente.pdf
13. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.638/2002 (Publicada no D.O.U. de 9 de agosto de 2002, Seção I, p.184-5). Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. [acesso em 2012 jul 15]. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm
14. Nogueira MA, Nogueira CMM. Entre o subjetivismo e o objetivismo: em busca de uma superação. In: _____ Bourdieu e a Educação. 3. ed. Belo Horizonte: Autentica; 2009. cap. 1.
15. Rego S. Educação médica: histórias e questões. In: _____ A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) na mão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. cap. 1.
16. Greenhalgh TH, Hurwitz B. Narrative based medicine in an evidence based world. In: _____ Narrative based medicine: Dialogue and discourse in clinical practice. London: BMJ books; 1999. cap 24.

Anexo 1. Roteiro para orientar a revisão de prontuários.

Data da Revisão: _____ Interno: _____ Sala: _____ Dia: _____ Preceptor: _____

Identificação do paciente

Nome: _____ REGISTRO: _____

Idade e DN: _____ Cor: _____ Sexo: _____ Situação conjugal: _____ Religião: _____

Natural de: _____ no RJ desde: _____ Endereço: _____

Bairro/Município: _____ Reside com: _____

Tel.: _____ Escolaridade: _____ Profissão/Ocupação: _____

Motivo da 1ª consulta no AMI: _____ em ____/____/____

Há ficha de 1ª consulta? Sim Não Está completa? Sim Não

S - Informações subjetivas

1- Queixas/Lista de problemas mencionados ao longo dos anos. Você observou no prontuário que:

Há atualização das mesmas? Sim Não

Os fatores de risco para o adoecimento são identificados como problemas? Sim Não

Vulnerabilidades para o adoecimento são identificadas como problemas? Sim Não

O tempo de diagnóstico das doenças diagnosticadas é mencionado? Sim Não

Há informação sobre o grau de controle das doenças diagnosticadas? Sim Não

Há investigação de complicações de órgãos alvos das doenças diagnosticadas? Sim Não

A terapêutica prescrita das doenças diagnosticadas está em evidência? Sim Não

2- Sobre a história e a dinâmica familiar; você encontrou no prontuário, registro sobre: (Em caso positivo, descreva).

Familiograma? Sim Não Ciclo de vida familiar? Sim Não

Crises vitais? Sim Não Crises acidentais? Sim Não

Doenças familiares? Sim Não Forma de se relacionar na família? Sim Não

3- Sobre as condições de vida; você encontrou no prontuário: (em caso positivo, descreva)

Se a moradia é própria ou alugada? Sim Não

Se há violência na comunidade onde o paciente reside? Sim Não

Se há unidade de APS próxima a residência do paciente? Sim Não

Informações sobre a rede de apoio social? Sim Não

Dados sobre a renda familiar? Sim Não

O - Informações objetivas (relacionadas com as queixas):

1- Dados relevantes do exame físico:

2- Resultados de exames complementares:

A - Avaliação do paciente - Fatores de risco e proteção / Lista de problemas atualizada

Considerar os fatores de risco ou vulnerabilidade para doenças cardiovasculares, neoplasias, violência, DST/AIDS, de acordo com sexo, idade e momento do ciclo de vida familiar.

Situações de adoecimento agudo:

Fatores de risco e de proteção:

Doenças crônicas:

Complicações de órgãos-alvo:

Co-morbidades psiquiátricas: Ansiedade Depressão Outras - Especificar

Risco social/vulnerabilidade (isolamento, alcoolismo, drogas ilícitas, violência, prostituição, etc)

Necessidades não percebidas:

Continua

Anexo 1. Roteiro para orientar a revisão de prontuários.

P - Plano Terapêutico

1 – Orientações e aconselhamentos realizados. **Mencione quais.**

Educação em saúde nas consultas: Sim Não

Encaminhamento para grupos: Sim Não

Abordagem do contexto social:

Família: Sim Não Trabalho: Sim Não Escola: Sim Não Comunidade: Sim Não

2 - Parecer solicitado? Sim Não Qual? Respondidos? Sim Não

Interconsulta solicitada? Sim Não Qual? Conduta:

3 - Prescrição. Descreva e avalie.

Pertinentes? Sim Não Otimizadas? Sim Não Adesão? Sim Não

Efeitos colaterais? Sim Não

Avaliação crítica dos registros

Prontuário em ordem? Sim Não As informações foram encontradas facilmente? Sim Não

Registros legíveis? Sim Não

Há identificação do(s) responsável (eis) pelo cuidado ao longo do tempo? Sim Não

Alguma informação relevante sobre o paciente foi resgatada? Sim Não Qual?

Avaliação da longitudinalidade do cuidado

Há continuidade do cuidado de uma consulta para a outra e ao longo dos anos? Sim Não

É possível perceber uma coerência no cuidado? Sim Não

Foi observada uma abordagem biopsicossocial no cuidado? Sim Não

Proposições para a melhoria do cuidado

Que informações você não encontrou no prontuário que considera importante investigar e registrar?

Alguma sugestão para:

O plano terapêutico deste paciente? Sim Não Qual?

A organização do prontuário? Sim Não Qual?

A preceptoria? Sim Não Qual?

Súmula diagnóstica e terapêutica

Faça uma síntese da sua impressão sobre o caso:

Avaliação das necessidades de aprendizagem

A partir da revisão do prontuário, identifique e justifique:

- Temas/assuntos que você precisa conhecer/estudar mais.
- Habilidades/attitudes que você precisa desenvolver/exercitar mais.
- Algum aprendizado/ganho para a sua formação a partir da revisão.

