

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



Volume 9, Número 31, Abr-Jun 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. Airton Tettelborn 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 Górvias, 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 Profa. Dra. Maria Inez Padula Anderson, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Brasil Prof. Dr. Michael Kidd, Flinders University, Austrália Prof. Me. Nulvio Lermen Junior, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMSRJ), Brasil Prof. Dr. Ricardo Donato Rodrigues, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Brasil Profa. Dra. Sandra Fortes, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Brasil

EDITOR

Prof. Me. Armando Henrique Norman, 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 Thayse 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 Profa. Dra. Aldaísa Cassanho Forster, Universidade de São Paulo (USP), Brasil Prof. Dr. Altacílio Aparecido Nunes, Universidade de São Paulo (USP), Brasil Prof. Dr. Amaury Lellis Dal-Fabbro, Universidade de São Paulo (USP), Brasil Profa. Dra. Camila Giugliani, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil Profa. Dra. Dannielle 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 Profa. Dra. Luciane Loures dos Santos, Universidade de São Paulo (USP), Brasil Profa. Dra. Maria Inês Reinert Azambuja, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (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 Profa. Dra. Olga Maria Fernandes de Carvalho, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Brasil Profa. Dra. Patrícia Barreto Cavalcanti, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Brasil Prof. Dr. Renan Magalhães Montenegro Junior, Universidade Federal do Ceará (UFC), Brasil Profa. 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 Scholtze (UNIVALI) Aline Guerra Aquilante (UFSCar) Ana Cristina Vidor (Prefeitura Municipal de Florianópolis) André Luis Bezerra Tavares (UFC) Andréa Silvia 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 Tilton (PMF) Cristine Vieira do Bonfim (FUNDAJ) Daniel Almeida Gonçalves (UNIFESP) Daniela Dallegrave (GHC) Débora Gussmão 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 (IPEDE) 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 Benvegnú (UNIJU) Leonardo Vieira Targa (UCS) Liz Ponnet (UNIFESP) Lucas Mello Pioner (UFSC) Lucia Alves S. Lara (USP) Luciana Kind (PUCMG) Luís 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) Marco 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 Gianneccchini 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 (FEPAR) Rosana Pimentel Correia Moysés (UFAM) Rosângela Ziggotti Oliveira (UEM) Rosimere de Jesus Teixeira (UERJ) Ruth Borges Dias (UNIFENAS) Sergio Antonio Sirena (GHC) Shamyr Sulivan de Castro (UFTM) Tânia de Araujo 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 Rogerlândio 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 (USS) 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
Cleo Borges
Diretor Financeiro
Ademir Lopes Junior
Diretor de Comunicação
Daniel Knupp
Diretor de Pesquisa e Pós-Graduação Lato Sensu
Roberto Umpierre
Diretor de Graduação e Pós-Graduação 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
Marcelo 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
Rondônia
José Mauro Ceratti Lopes
Rio Grande do Sul
Marcela Dohms
Santa Catarina
Levi Higinio 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

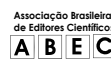
Trimestral

Resumo em português, inglês e espanhol
Disponível na internet: <http://www.rbmf.org.br>.
Volume 1, Número 1, Abril, 2004
ISSN 2179-7994 (Online)

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

CDD 362.1

Filiada a



Indexada em



Sumário / Contents / Sumario

EDITORIAL

- 105 Ética médica e rastreamento: em quais evidências deveríamos nos apoiar?**
Medical ethics and screening: on what evidence should we support ourselves?
Ética médica y tamizaje: ¿sobre qué evidencias deberíamos nos apoyar?
Armando Henrique Norman
- 108 Medical ethics and screening: on what evidence should we support ourselves?**
Ética médica e rastreamento: em quais evidências deveríamos nos apoiar?
Ética médica y tamizaje: ¿sobre qué evidencias deberíamos nos apoyar?
Armando Henrique Norman

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES / ARTÍCULOS ORIGINALES

- 111 Prevalência e fatores associados a potenciais interações medicamentosas entre idosos em um estudo de base populacional**
Prevalence and factors associated with potential drug interactions among elderly in a population-based study
Prevalencia y factores asociados con potenciales interacciones de drogas entre los ancianos en un estudio de base poblacional
Daniel Riani Gotardelo, Lorena Silva Fonseca, Eugênio Rodrigues Masson, Lauro Nogueira Lopes, Vinícius Nogueira Toledo, Marina Abreu Faioli, Aline Martins de Melo Meira, Cássia Kelly Martins Costa, Raíssa Braga Linhares Andrade
- 119 Urbanização da leishmaniose visceral: aspectos clínicos e epidemiológicos em Aracaju, Sergipe, Brasil**
Urbanization of visceral leishmaniasis: clinical and epidemiological aspects in Aracaju, Sergipe state, Brazil
Urbanización de la leishmaniasis visceral: aspectos clínicos y epidemiológicos en Aracaju, Sergipe, Brasil
Marco Aurélio Oliveira Góes, Verônica de Lourdes Sierpe Jeraldo, Alex Santana Oliveira
- 127 Rechazo parental en homosexuales de una unidad de medicina familiar**
Rejeição parental em homossexuais de uma unidade de medicina familiar
Parental rejection of homosexuals in a family primary health care unit
Donovan Casas Patiño, Alejandra Rodríguez Torres, Camila Pereira Abagaro
- 133 Percepção masculina sobre violência: um olhar dos usuários de serviços de saúde em Marília, São Paulo, Brasil**
Male perception on violence: a view of the users of health services in Marília, São Paulo state, Brazil
Percepción masculina sobre la violencia: una visión de los usuarios de servicios de salud en Marília, São Paulo, Brasil
Carolina Barretos Fernandes, Vinicius Spazzapan Martins, Janiele dos Santos, Nathalia Mendes da Silva, Juliana Carvalho Bortoleto, Sueli Moreira Pirolo
- 142 Prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares do município de Feliz, Rio Grande do Sul, Brasil**
Prevalence of overweight and obesity in schoolchildren in the municipality of Feliz, Rio Grande do Sul state, Brazil
Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños escolares del municipio de Feliz, Rio Grande do Sul, Brasil
Paulo Ricardo Panazzolo, Helius Carlos Finimundi, Maria Otilia Spier Stoffel, Ronie André Simon, Márcia Cristina de Lima, Cristine Bonne Costanzi

ARTIGOS DE REVISÃO / REVIEW ARTICLES / ARTÍCULOS DE REVISIÓN

- 149 Evidências sobre tratamentos clínicos conservadores para doença hemorroidária**
Evidence on conservative clinical treatments for haemorrhoids
Evidencias sobre tratamientos clínicos conservadores para la enfermedad hemorroidal
Fernanda da Silva Barbosa, Charles Dalcanale Tesser

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

- 159 Abordagem da dermatite atópica na infância pelo Médico de Família e Comunidade**
Approach to atopic dermatitis in children by the Family Physician
Enfoque de la dermatitis atópica em niños por el Médico de Familia y Comunidad
Alysson Quitério Guilherme, Bárbara Couto Carvalho, Bernarlli Pinto Diniz, Bianca Ferreira Bianco, Talita Granero de Andrade, Liubiana Arantes Araújo

DEBATE / DEBATE / DEBATE

- 169 Principios Éticos y Prevención Cuaternaria: ¿es posible no proteger el ejercicio del principio de autonomía?**
Princípios Éticos e Prevenção Quaternária: é possível não proteger o exercício do princípio da autonomia?
Ethical Principles and Quaternary Prevention: is it possible not to protect the exercise of the principle of autonomy?
Enrique Miguel Pizzanelli Báez
- 174 Historia epistolar para no dormir: Uruguay contra Ana (para obligarle a hacerse la mamografía “preventiva”)**
História epistolar para não dormir: Uruguai contra Ana (para obrigá-la a fazer mamografia “preventiva”)
An epistolary story for not sleeping: Uruguay against Ana (to compel her to undergo “preventive” mammography)
Juan Gérvas
- 177 Commentaire sur l'article de Pizzanelli**
Commentary on the article by Pizzanelli
Comentario sobre el artículo de Pizzanelli
Marc Jamouille
- 180 Cuidado(!) na prevenção do câncer: ética, danos e equívocos**
Caution(!) in cancer prevention: ethics, damages and misconceptions
¡Cuidado(!) en la prevención del cáncer: ética, daños y equívocos
Charles Dalcanale Tesser

DOCUMENTOS DA SBMFC/ SBMFC DOCUMENTS / DOCUMENTOS DE LA SBMFC

- 183 Carta de Quito: Cobertura Universal, Medicina de Família e Comunidade e participação social**
Letter of Quito: Universal Coverage, Family and Community Medicine and social participation
Carta de Quito: Cobertura Universal, Medicina Familiar y Comunitaria y participación social
Assinam o presente documento, datado de 12 de abril de 2014 na cidade de Quito, Equador:
Carina Vance, Augusto Barrera, Michael Kidd, Manuel Pena, Maria Inez Padula Anderson, Edgar León

ENSAIOS / ESSAYS / ENSAYOS

- 186 Prevenção Quaternária e limites em medicina**
Quaternary Prevention and limits in medicine
Prevención Cuaternaria y límites en medicina
Marc Jamouille, Luís Filipe Gomes

ENTREVISTA / INTERVIEW / ENTREVISTA

- 192 O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do município de Curitiba**
The Family and Community Medicine Residency Programme of the municipality of Curitiba
Programa de Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria del municipio de Curitiba
Paulo Poli Neto

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

- 195 Razones, retos y aportaciones del programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en España**
Razões, desafios e contribuições do programa da especialidade de Medicina de Família e Comunidade na Espanha
Reasons, challenges and contributions of the specialty training programme in family and community medicine in Spain
Verónica Casado Vicente, Lourdes Luzón Oliver
- 206 Reflexiones sobre la experiencia en el programa de residencia en Medicina Familiar y Comunitaria en España**
Reflexões sobre a experiência no programa de residência em Medicina de Família e Comunidade na Espanha
Reflections on the experience in the Family and Community Medicine residency programme in Spain
Lourdes Luzón Oliver, Verónica Casado Vicente

ESPAÇO ABERTO / OPEN SPACE / ESPACIO ABIERTO

- 210 A “cadeia alimentar” no mercado da saúde: do *disease mongering* ao *doctor shopping***
The “food chain” in health market: from ‘disease mongering’ to ‘doctor shopping’
La “cadena alimentaria” en el mercado de salud: desde ‘disease mongering’ hasta ‘doctor shopping’
José Agostinho Santos

CASOS CLÍNICOS / CLINICAL CASES / CASOS CLÍNICOS

- 213 Complicação de abscesso hepático em criança ribeirinha poliparasitada: um relato de caso e discussão sobre as condições de saneamento e acesso à saúde dessa população**
Complication of liver abscess in a riverside child with polyparasitism: a case report and discussion about the sanitation conditions and health care access of this population
Complicación del absceso hepático en niña ribereña con poliparasitismo: un relato de un caso y discusión sobre las condiciones de saneamiento y el acceso a servicios de salud de esta población
Sandro Henrique de Souza Dantas Oliveira, Lorena Margalho Sousa, Jean Karlos Costa Brasil, Carla Andréa Avelar Pires

RELATOS DE EXPERIÊNCIA / EXPERIENCE REPORTS / RELATOS DE EXPERIENCIA

- 219 Acolhimento com classificação de risco para a Estratégia Saúde da Família : a prática em uma unidade docente-assistencial**
Embracement with risk classification for the Family Health Strategy: the practice in a teaching health care centre
Acogimiento con calificación de riesgo para la Estrategia de Salud Familiar: la práctica en un servicio docente-asistencial
Alessandro da Silva Scholze
- 227 Educação em saúde envolvendo cuidadores de idosos no ambiente domiciliar**
Health education involving caregivers of the elderly in the home environment
Educación para la salud envolvendo cuidadores de ancianos en el ambiente domiciliario
Vilani Medeiros de Araujo Nunes, Ana Tania Lopes Sampaio, Duanna Damaeska Nogueira, Helano Jáder Batista de Almeida Junior

Ética médica e rastreamento: em quais evidências deveríamos nos apoiar?

Medical ethics and screening: on what evidence should we support ourselves?

Ética médica y tamizaje: ¿sobre qué evidências deberíamos nos apoyar?

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

Se o rastreamento fosse uma droga, ela já teria sido retirada do mercado. Assim, qual será o primeiro país a parar com as mamografias para rastreamento de câncer de mama?

(Peter C. Gøtzsche)¹

Nesta edição a RBMFC discute o tema da ética médica, espinha dorsal que orienta tanto as demandas por serviços ou tecnologias em saúde, como a prática dos médicos de família e comunidade. Como estímulo à essa reflexão, a seção Debate discute a “mamografia-obrigatória preventiva” no Uruguai, enquanto que na seção Ensaio, Jamouille e Gomez discorrem sobre o conceito de prevenção quaternária, ação que tem como objetivo oferecer alternativas eticamente aceitáveis aos usuários, de modo a prevenir o excesso de intervenções médicas.² Portanto, apesar das consideráveis transformações tecnológicas e sociais que afetam diretamente a saúde das pessoas, a ética em medicina continua a formatar moralmente as decisões e problemas em saúde, com implicações para pacientes, médicos e instituições de saúde.

Como guia analítico prático e de fácil compreensão para os profissionais da saúde, Gillon³ discute os quatro princípios e o escopo da ética médica: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Esta última se divide em justiça distributiva, justiça com base no direito e justiça legal. Esses quatro princípios fornecem um patamar de diálogo para diferentes culturas, crenças religiosas e posicionamentos políticos, visto que estes princípios são considerados *prima facie*: constituem dever que se impõe em todas as ocasiões em que se atua sobre a saúde das pessoas, a menos que haja um conflito entre deveres iguais ou mais fortes que estes.⁴ Assim, com base nesses quatro princípios que fundamentam a ética em medicina e, consequentemente, a aplicação da prevenção quaternária, pretende-se analisar criticamente o rastreamento do câncer de mama, enquanto medida preventiva.

Os programas organizados de rastreamento têm por princípio a utilização de um instrumento inicial de seleção ou peneiramento (i.e. mamografia) para separar pessoas assintomáticas na população-alvo, que necessitarão ser classificadas ou diagnosticadas por meio de um ‘*gold-standard*’ que define a doença (i.e. anatomopatológico) para, então, ser oferecido à pessoa o tratamento preventivo definitivo para a condição rastreada.⁵ Como esse tipo de intervenção recai sobre indivíduos saudáveis, os requerimentos éticos nos casos dos programas de rastreamento são altíssimos, pois os riscos de danos não estão contrabalançados com um sofrimento real (doença já instalada), mas sim, estão ancorados em um potencial futuro de adoecimento e morte. Neste caso, o princípio da não-maleficência (não causar danos) impera sobre o da beneficência (desejo de promover o bem-estar dos pacientes), visto que pessoas assintomáticas, que se percebem como saudáveis, podem ter sua saúde abalada indefinidamente devido a intervenção da biomedicina. Os exemplos de danos mais citados na literatura são sofrimentos psicológicos (devido as incertezas dos falsos positivos, falsa segurança dos falsos negativos e das situações limítrofes, que requerem monitoramento de perto, como as Neoplasias Intra-epiteliais Cervicais – NIC I, II, III), bem como as sequelas físicas resultantes dos tratamentos, tais como impotência ou incontinência urinária, no caso do rastreamento e tratamento do câncer de próstata.

Como citar: Norman AH. Ética médica e rastreamento: em quais evidências deveríamos nos apoiar? Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(31):105-7. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(31\)929](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(31)929)

Como no rastreamento *e/ou check up* a intervenção é orientada com base em uma ‘miragem’ ou probabilidade, este pode resultar em ‘danos sem potenciais benefícios’,⁶ em que os procedimentos invasivos (para esclarecer ‘imagens’ ou resultados de exames ‘positivamente’ suspeitos na fase de seleção ou peneiramento) resultam em complicações, porém a biópsia resulta normal. Por exemplo, as colonoscopias, laparoscopias, biópsias (de fígado, rim, próstata), podem produzir complicações (perfuração de alça intestinal, complicação na anestesia, perfuração de artéria importante, sepses) podendo escalonar para readmissão hospitalar, com estresse para pacientes e familiares *e/ou* em um pior cenário, morte do paciente com um laudo de anatomopatológico benigno. Portanto, os programas de rastreamento, por converterem pessoas saudáveis em enfermos em uma escala populacional, são altamente iatrogênicos, podendo ser resumidos na seguinte frase: “*muito serão chamados, poucos os escolhidos...*”, *mas muitos serão prejudicados para que pouquíssimos sejam ‘curados’*.

Isso é particularmente verdadeiro no caso do rastreamento do câncer de mama, que produz cânceres fisiopatologicamente insignificantes (sobrediagnóstico) expondo mulheres previamente saudáveis a danos significativos devido ao tratamento com radioterapia. Gøtzsche et al.⁷ alertam para os riscos de efeitos adversos importantes da irradiação, tais como insuficiência cardíaca (27%) por dano da circulação cardíaca *e/ou* indução de câncer de pulmão (78%). Além do mais, uma revisão sistemática recentemente publicada no *British Medical Journal*⁸ sobre os efeitos adversos dos rastreamentos de cânceres em geral, verificou que somente um terço dos ensaios clínicos controlados aleatorizados se preocupou em medir os danos da intervenção do rastreamento. Esse artigo é importante porque afeta diretamente a prática dos profissionais para estabelecer os parâmetros de segurança da intervenção junto a seus pacientes, visto que existe um viés de seleção de informação que ressalta apenas os aspectos positivos do rastreamento, deixando de controlar *e/ou* monitorar potenciais danos.

Do ponto de vista ético, esse contexto de incerteza fere a autonomia das pacientes, criando muitas vezes um falso empoderamento, uma vez que as mulheres não detêm uma visão mais completa sobre os potenciais riscos e benefícios dos programas de rastreamento do câncer de mama.⁹ Para realmente empoderar a mulher, de modo a fortalecer sua autonomia para decidir sobre as intervenções que afetam sua saúde, há a necessidade de que a informação seja mais transparente e que revele também os potenciais danos da intervenção. Além disso, a linguagem usada na divulgação da informação deve ser neutra, de simples entendimento, culturalmente acessível, de modo que as usuárias do sistema de saúde possam decidir melhor sobre sua saúde.³

Do ponto de vista da saúde pública, da ética da justiça distributiva, e dos limitados recursos em saúde que qualquer sistema de saúde enfrenta, os programas de rastreamento desviam recursos financeiros - que deveriam ser prioritariamente investidos no tratamento e cuidado das pessoas doentes - para as pessoas saudáveis, com o agravo de produzir novos doentes reais, fruto do dano da intervenção sobre corpos saudáveis, gerando mais custos para o sistema de saúde e para a sociedade em geral.

Felizmente, os programas de rastreamento estão cada vez mais perdendo sua força, principalmente na Europa, a exemplo do *Swiss Medical Board*¹⁰ que não encontrou razão para a manutenção dos programas de rastreamento do câncer de mama, em face das novas evidências científicas. Na Dinamarca a taxa de mortalidade atribuída ao câncer de mama não foi reduzida devido a implementação do rastreamento sistemático do câncer de mama com mamografias, ao longo de 17 anos de seguimento,¹¹ entretanto, se produziu uma taxa de sobrediagnóstico de 33%.¹² Resultados semelhantes também foram encontrados nos Estados Unidos após 30 anos de observação¹³, e no Canadá, o acumulado de 25 anos de acompanhamento dos efeitos do rastreamento do câncer de mama, além de não representar redução da mortalidade por câncer de mama, resultou em 22% de sobrediagnósticos.¹⁴ Assim, para Peter C. Gøtzsche,¹ umas das maiores autoridades mundiais sobre o tema, o melhor método que dispomos para reduzir a ocorrência do câncer de mama é parar com o seu rastreamento por meio de mamografias.

Desse modo, tanto do ponto de vista ético como científico,¹⁰ os programas de rastreamento deveriam ser descontinuados ou se restringirem a grupos ou situações muito específicas, e o foco da prevenção ser redirecionado para a intervenção no sintomático-precoce, visto que o tratamento do câncer de mama melhorou consideravelmente nas últimas décadas, sendo este o provável responsável pela melhoria da qualidade de vida das mulheres afetadas.¹ A Força Tarefa Canadense¹⁵ de cuidados preventivos em saúde, em sua mais recente atualização (em 2011) avaliou como fraca a recomendação para o rastreamento do câncer de mama com mamografia a cada 2 a 3 anos na faixa etária de 50 a 69 anos, pois as evidências para o rastreio foram consideradas apenas de moderada qualidade. Assim, o Ministério da Saúde¹⁶ brasileiro agiu de forma bem fundamentada ao restringir os incentivos financeiros ao rastreamento do câncer de mama à faixa etária de 50 a 69 anos.

Portanto, ‘*não há nada de errado em dizer não à mamografia*’,⁹ pois, ao se atuar sobre pessoas assintomáticas e saudáveis, o princípio da não-maleficência deve sobrepor-se ao da beneficência. O desafio posto aos médicos de família e comunidade é o de individualizar cada caso neste mar de incertezas, compartilhando com seus pacientes os potenciais danos, frequentemente omitidos, atribuídos ao rastreamento de cânceres, de modo a operacionalizar na prática a prevenção quaternária.

Referências

1. Gøtzsche PC. Time to stop mammography screening? *CMAJ*. 2011;183(17):1957–8. <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.111721>
2. Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(9):2012–20. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900015>
3. Gillon R. Medical ethics: four principles plus attention to scope. *BMJ*. 1994;309(6948):184. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.309.6948.184>
4. Limentani AE. The role of ethical principles in health care and the implications for ethical codes. *J Med Ethics*. 1999;25:394–8. <http://dx.doi.org/10.1136/jme.25.5.394>
5. Norman AH, Tesser CD. Rastreamento de doenças. In Lopes JMC, Gusso GDF, editors. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2012. Vol 1. p. 521-32
6. Gray JAM. New concepts in screening. *B J Gen Pract*. 2004;54(501):292–8. PMID: PMC1326079
7. Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. (2013);6:CD001877. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001877.pub5>
8. Heleno B, Thomsen MF, Rodrigues DS, Jørgensen KJ, Brodersen J. Quantification of harms in cancer screening trials: literature review. *BMJ*. 2013;347:5334. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f5334>
9. Heath I. It is not wrong to say no. *BMJ*. 2009;338:2529. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.b2529>
10. Biller-Andorno N, Jüni P. Abolishing mammography screening programs? A view from the swiss medical board. *N England J Med*. 2014;1–3. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp1401875>
11. Jørgensen KJ, Zahl PH, Gøtzsche PC. Breast cancer mortality in organised mammography screening in Denmark: comparative study. *BMJ*. 2010;340,c1241. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c1241>
12. Jørgensen KJ, Zahl PH, Gøtzsche PC. Overdiagnosis in organised mammography screening in Denmark: a comparative study. *BMC Women's Health*. 2009;9:36. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6874-9-36>
13. Bleyer A, Welch HG. Effect of three decades of screening mammography on breast-cancer incidence. *N England J Med*. 2012;367(21):1998–2005. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1206809>
14. Miller AB, Wall C, Baines CJ, Sun P, To T, Narod SA. Twenty-five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial. *BMJ*. 2014;348:g366. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g366>
15. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Básica. Nota técnica conjunta: Rastreamento do câncer de mama. Brasília: MS; 2013 [Acesso em 2014 Apr 14]. Disponível em: http://sbmfc.org.br/media/Nota_CGAPDC_CPV.pdf
16. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Screening for Breast Cancer: summary of recommendations for clinicians and policy-makers. Canadá; c2000-2014 [acesso em 2014 Apr 14]. Disponível em: <http://canadiantaskforce.ca/guidelines/2011-breast-cancer/>.

Medical ethics and screening: on what evidence should we support ourselves?

Ética médica e rastreamento: em quais evidências deveríamos nos apoiar?

Ética médica y tamizaje: ¿sobre qué evidências deberíamos nos apoyar?

Armando Henrique Norman. MSc in Medical Anthropology, Durham University. editor.rbmfc@sbmfc.org.br (Corresponding author)

If screening had been a drug, it would have been withdrawn from the market. Thus, which country will be first to stop mammography screening?

(Peter C. Gøtzsche)¹

This issue of RBMFC addresses the subject of medical ethics, the backbone that should guide both the demands in health services and health technologies provision, as well as the practice of family and community physicians. As a stimulus for reflection, the Debate section tackles the “Preventive mandatory mammography” policy in Uruguay, while in the Section Essays, Jamouille and Gomez discuss the concept of quaternary prevention: action that aims to offer ethically acceptable alternatives to patients in order to prevent the excess of medical interventions.² Despite considerable technological and social transformations that directly affect people’s health, ethics in medicine continues to morally shape health problems and health policy decisions with implications for patients, physicians and health institutions.

In a practical analytical and easy to understand guidance for health professionals, Gillon³ discusses the four principles and scope of medical ethics: autonomy, beneficence, non-maleficence and justice. The latter encompasses the distributive justice, individual right justice and legal justice. These four principles provide a baseline for dialogue across different cultures, religious beliefs and political positions, as these principles are considered to be *prima facie*: a duty which is compulsory on all occasions unless it is in conflict with equal or stronger duties.⁴ Thus, based on these four principles that underlie ethics in medicine and consequently the application of the quaternary prevention, cancer screening programme will be critically analysed as a preventative strategy.

Screening programmes entails the use of an initial selective tool or a sieve phase (i.e. mammography) to separate asymptomatic persons within the target population, that will need to undergo a classificatory or diagnostic phase - which involves a ‘gold standard’ for defining a disease (i.e. anatomopathology) – to finally offer patients a definitive preventive treatment for the condition screened.⁵ Since this type of intervention is performed on healthy individuals, the ethical requirements in the cases of screening programmes are very high, because the risks of damage are not balanced against real suffering (a clinically manifested disease), but are anchored in a potential future of illness and death. In this case, the principle of non-maleficence (do not harm) prevails over the principle of beneficence (the desire to promote the patients’ wellbeing), since asymptomatic persons, who perceive themselves as healthy, may have their health perception shaken indefinitely due to a biomedical intervention. The most often cited damages in the literature are psychological (due to the uncertainties of false positives, false assurance of false negatives, and borderline conditions that require a closer monitoring such as Cervical Intraepithelial Neoplasia - CIN I, II, III), as well as the physical consequences resulting from treatment itself, such as impotence or urinary incontinence, in the case of screening and treatment of prostate cancer.

Como citar: Norman AH. Medical ethics and screening: on what evidence should we support ourselves? Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(31):108-110. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(31\)933](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(31)933)

Since in the screening and/or health check ups the intervention is usually a 'mirage-guided' or 'probability-guided', it can result in 'damage without the potential benefits',⁶ as in the case of invasive procedures (to clarify 'images' or 'positive' exam results produced in the selective or sieving phase) which can result in complications, but the biopsy turnout to be normal. For instance, colonoscopy, laparoscopy, biopsies (liver, kidney, prostate), in which those procedures may end up producing complications (intestinal perforation, anaesthesia complications, major artery perforation, sepsis) with the potential to scale up into hospital readmission, with stress for patients and families and/or an even worse scenario: patients' death with a benign finding. Therefore, screening programmes intrinsically carry the potential to convert healthy people into sick individuals at the population level, and consequently are highly iatrogenic and could be summarized as follows: *"For many are called, but few are chosen..."*, but many will need to suffer for to very few be cured.

This is particularly true in the case of breast cancer screening with mammography, which renders physiopathologically insignificant cancers (overdiagnosis) exposing previously healthy women to significant damages due to radiotherapy. Gotzsche et al.⁷ highlighted important risks of adverse effects as consequence of radiotherapy, such as heart failure (27%) from circulatory cardiac damage and/or induction of lung cancer (78%). Furthermore, a recently published systematic review in the British Medical Journal⁸ on the adverse effects of cancer screening, found that only a third of randomized controlled clinical trials was concerned in measuring and controlling for potential harms of screening intervention. This article is very important because it has a direct effect upon the practice of health professionals, who cannot address security parameters on cancer screening interventions with their patients, since there is an information selection bias that emphasizes only the positive aspects of screening, for lack of controlling and monitoring of potential harms in most screening clinical trials.

From an ethical stance, this context of uncertainty undermines the patients' autonomy, creating false empowerment, since women do not have a more complete view on the potential harms and benefits of breast cancer screening programmes.⁹ To truly empower women and strengthen their autonomy for deciding upon interventions that directly affect their health, there is a need for information to be more transparent and also to reveal potential harms of the interventions. Moreover, the language used for the dissemination of information should be neutral, of simple understanding, culturally accessible, so that the users of the health system can better decide about their own health.³

From the perspective of public health, distributive ethic justice, and limited healthcare budget - that any health system faces - screening programmes diverts financial resources - which should primarily be allocated to the treatment and care of sick individuals - towards healthy people, with the potential to produce new real patients, due to the damage of the interventions on healthy bodies, generating more costs to the health system and society in general.

Fortunately, screening programmes are increasingly losing their strength, especially in Europe. For instance, the Swiss Medical Board¹⁰ found no scientific rationale for the maintenance of breast screening programmes in light of current available scientific evidence. In Denmark, the rate of mortality attributable to breast cancer have not reduced due to the implementation of systematic breast cancer screening programme with mammography over 17 years follow up,¹¹ however, it has produced an overdiagnosis rate of 33%.¹² Similar trends in mortality over the last 30 years were also observed in the United States,¹³ as well as in Canada, the accumulated 25 years monitoring of the effects of breast cancer screening, did not render reduction in mortality from breast cancer, but resulted in 22% of overdiagnosis.¹⁴ Thus, to Peter C. Gotzsche,¹ one of the world's leading authorities on the subject, the best method we have to reduce the occurrence of breast cancer is to stop screening with mammography.

From an ethical and scientific point of view,¹⁰ screening programmes should be discontinued or restricted to high-risk groups or very specific situations, and the focus of prevention should be redirected towards interventions on early-symptomatic patients, since breast cancer treatment has improved considerably in recent decades, and this is likely to be the responsible for improving the quality of life of affected women.¹ The Canadian Task Force¹⁵ on preventive health care in their last update (2011) regarded as weak recommendation the breast cancer screening with mammography every 2-3 years in age group 50-69 years-old, because they considered the evidence for screening only of moderate quality. The Brazilian Ministry of Health¹⁶ also acted correctly in limiting the financial incentives for breast cancer screening for the age group 50-69 years.

Therefore, 'there is nothing wrong saying no to mammography',⁹ because when acting upon asymptomatic healthy people, the principle of non-maleficence should override the principle of beneficence. Thus, the challenge left for family and community doctors is to individualize each case in this 'sea of uncertainty', sharing with their patients the often hidden potential harms attributed to cancer screening in order to operationalize in daily practice the concept of quaternary prevention.

References

1. Gøtzsche PC. Time to stop mammography screening? *CMAJ*. 2011;183(17):1957–8. <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.111721>
2. Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(9):2012–20. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900015>
3. Gillon R. Medical ethics: four principles plus attention to scope. *BMJ*. 1994;309(6948):184. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.309.6948.184>
4. Limentani AE. The role of ethical principles in health care and the implications for ethical codes. *J Med Ethics*. 1999;25:394–8. <http://dx.doi.org/10.1136/jme.25.5.394>
5. Norman AH, Tesser CD. Rastreamento de doenças. In Lopes JMC, Gusso GDF, editors. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2012. Vol 1. p. 521-32
6. Gray JAM. New concepts in screening. *B J Gen Pract*. 2004;54(501):292–8. PMID: PMC1326079
7. Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. (2013);6:CD001877. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001877.pub5>
8. Heleno B, Thomsen MF, Rodrigues DS, Jørgensen KJ, Brodersen J. Quantification of harms in cancer screening trials: literature review. *BMJ*. 2013;347:5334. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f5334>
9. Heath I. It is not wrong to say no. *BMJ*. 2009;338:2529. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.b2529>
10. Biller-Andorno N, Jüni P. Abolishing mammography screening programs? A view from the swiss medical board. *N England J Med*. 2014;1–3. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp1401875>
11. Jørgensen KJ, Zahl PH, Gøtzsche PC. Breast cancer mortality in organised mammography screening in Denmark: comparative study. *BMJ*. 2010;340,c1241. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c1241>
12. Jørgensen KJ, Zahl PH, Gøtzsche PC. Overdiagnosis in organised mammography screening in Denmark: a comparative study. *BMC Women's Health*. 2009;9:36. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6874-9-36>
13. Bleyer A, Welch HG. Effect of three decades of screening mammography on breast-cancer incidence. *N England J Med*. 2012;367(21):1998–2005. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1206809>
14. Miller AB, Wall C, Baines CJ, Sun P, To T, Narod SA. Twenty-five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial. *BMJ*. 2014;348:g366. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g366>
15. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Básica. Nota técnica conjunta: Rastreamento do câncer de mama. Brasília: MS; 2013 [Acesso em 2014 Apr 14]. Disponível em: http://sbmfc.org.br/media/Nota_CGAPDC_CPV.pdf
16. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Screening for Breast Cancer: summary of recommendations for clinicians and policy-makers. Canadá; c2000-2014 [acesso em 2014 Apr 14]. Disponível em: <http://canadiantaskforce.ca/guidelines/2011-breast-cancer/>.

Prevalência e fatores associados a potenciais interações medicamentosas entre idosos em um estudo de base populacional

Prevalence and factors associated with potential drug interactions among elderly in a population-based study

Prevalencia y factores asociados con potenciales interacciones de drogas entre los ancianos en un estudio de base poblacional

Daniel Riani Gotardelo. Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES). Ipatinga, MG, Brasil. danielriani@uol.com.br (Autor correspondente)

Lorena Silva Fonseca. Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES). Ipatinga, MG, Brasil. lorenasf_14@yahoo.com.br

Eugênio Rodrigues Masson. Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES). Ipatinga, MG, Brasil. eugeniomasson@hotmail.com

Lauro Nogueira Lopes. Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES). Ipatinga, MG, Brasil. lauromg@yahoo.com.br

Vinicius Nogueira Toledo. Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES). Ipatinga, MG, Brasil. viniciusnt@hotmail.com

Marina Abreu Faioli. Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES). Ipatinga, MG, Brasil. marinafaioli@gmail.com

Aline Martins de Melo Meira. Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES). Ipatinga, MG, Brasil. aline_m_meira@hotmail.com

Cássia Kelly Martins Costa. Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES). Ipatinga, MG, Brasil. ckmc33@yahoo.com.br

Raíssa Braga Linhares Andrade. Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES). Ipatinga, MG, Brasil. raissabandrade@gmail.com

Resumo

Objetivo: Determinar a prevalência de potenciais interações medicamentosas e os fatores a elas associados entre idosos cadastrados nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Timóteo, MG. **Métodos:** Estudo transversal, utilizando amostragem aleatória estratificada. Foram realizadas 273 entrevistas domiciliares, com indivíduos de 60 anos ou mais de idade, por meio de formulário que continha perguntas de identificação, sociodemográficas e questões relacionadas às condições de saúde do idoso e ao consumo de medicamentos. As interações medicamentosas foram identificadas e classificadas de acordo com o software Micromedex®. **Resultados:** A prevalência de potenciais interações medicamentosas foi de 55,6%, perfazendo um total de 466 ocorrências, das quais 5,6% eram leves, 81,6% eram moderadas e 12,8% eram de maior gravidade. As classes terapêuticas mais frequentemente envolvidas foram anti-inflamatórios e, principalmente, fármacos utilizados em doenças cardiovasculares. A ausência de internação hospitalar nos últimos 4 meses associou-se significativamente a uma menor chance de interações graves, e a maior parte dos pacientes que não tiveram nenhum tipo de interação moderada utilizava apenas medicamentos prescritos por médicos. **Conclusões:** A prevalência de interações medicamentosas encontrada foi semelhante à descrita na literatura, demonstrando alta frequência entre idosos. A ausência de internação hospitalar prévia e a prescrição de medicamentos por profissionais médicos associaram-se a uma menor frequência desse fenômeno. A prescrição de múltiplos medicamentos simultaneamente aos idosos pode comprometer a segurança e a saúde dessa população, requerendo, por parte dos cuidadores, observação atenta quanto à ocorrência de interações medicamentosas.

Abstract

Objectives: The aim of this study was to determine the prevalence of potential drug interactions and the factors associated with them among elderly patients covered by the Family Health Strategy in the municipality of Timóteo, state of Minas Gerais, Brazil. **Methods:** Cross-sectional study, using stratified random sampling. A total of 273 household interviews were conducted in subjects aged 60 years or older, after obtaining informed consent, using a questionnaire containing questions related to identification, demography, health conditions and medication use. Drug interactions were identified and classified according to the software Micromedex®. **Results:** The overall prevalence of potential drug interactions was 55.6%, a total of 466 cases, of which 5.6% were mild, 81.6% moderate and 12.8% of greater severity. Therapeutic classes most frequently involved were anti-inflammatory drugs and especially drugs used in cardiovascular disease. The absence of hospitalization in the last four months was significantly associated with a lower chance of serious drug interactions and most patients who did not have any moderate drug interactions used only drugs prescribed by physicians. **Conclusions:** The prevalence of potential drug interactions was similar to that described in the literature, demonstrating the high frequency of this phenomenon among the elderly. The absence of prior hospitalization and drug prescription by physicians were associated with a lower frequency of interactions. The prescription of multiple drugs simultaneously to elderly patients can compromise the safety and health of this population, requiring, by caregivers, observation for the occurrence of potential drug interactions.

Como citar: Gotardelo DR, Fonseca LR, Masson ER, Lopes LN, Toledo VN, Faioli MA et al. Prevalência e fatores associados a potenciais interações medicamentosas entre idosos em um estudo de base populacional. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(31):111-8. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(31\)833](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(31)833)

Palavras-chave:

Interações de Medicamentos
Idoso
Saúde do Idoso
Estratégia Saúde da Família
Atenção Primária à Saúde

Keywords:

Drug Interactions
Aged
Health of the Elderly
Family Health Strategy
Primary Health Care

Fonte de financiamento:

Faculdade de Medicina do Vale do Aço (IMES/Univaco).

Parecer CEP: UnilesteMG 46.267.11.

Conflito de interesses: declaram não haver.

Recebido em: 08/10/2013.
Aprovado em: 23/04/2014.

Resumen

Objetivo: El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de posibles interacciones medicamentosas y los factores asociados con ellas en ancianos vinculados a la Estrategia de Salud Familiar en el municipio de Timóteo, MG. **Métodos:** Estudio transversal, con una muestra aleatoria estratificada. Se realizaron 273 entrevistas domiciliarias en sujetos mayores de 60 años, después del consentimiento de los sujetos de investigación, mediante un cuestionario que contenía preguntas de identificación, demográficos y aspectos relacionados con las condiciones de salud de los ancianos y el consumo de medicamentos. Se identificaron y se clasificaron las interacciones de acuerdo con el software Micromedex®. **Resultados:** La prevalencia global de interacciones potenciales con medicamentos fue del 55,6%, un total de 466 ocurrencias, de los cuales 5,6% fueron leves, el 81,6% moderadas y el 12,8% de mayor gravedad. Clases terapéuticas más frecuentemente implicados fueron los fármacos anti-inflamatorios y especialmente fármacos utilizados en la enfermedad cardiovascular. La ausencia de hospitalización en los últimos cuatro meses se asoció significativamente con una menor probabilidad de interacciones graves y la mayoría de los pacientes que no tuvieran ninguna interacción moderada, sólo los medicamentos prescritos por los médicos. **Conclusiones:** La prevalencia de las interacciones potenciales con el medicamento fue similar a la descrita en la literatura, lo que demuestra la alta frecuencia de este fenómeno entre los ancianos. La ausencia de hospitalización previa y los medicamentos prescritos por los médicos se asociaron con una menor frecuencia de estas interacciones. La prescripción de varios medicamentos al mismo tiempo puede comprometer la seguridad y la salud de esta población, lo que requiere, por los cuidadores, la observación de la aparición de interacciones con medicamentos.

Palabras clave:

Interacciones de Drogas
Anciano
Salud del Anciano
Estrategia de Salud Familiar
Atención Primaria de Salud

Introdução

O crescimento da população idosa é uma tendência mundial. Entre 1970 e 2025, espera-se que o aumento do número de idosos seja de 223%, totalizando 1,2 bilhão de pessoas com mais de 60 anos de idade. Até 2050 haverá dois bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento. No Brasil, entre 1980 e 2000, a população com 60 anos foi a que mais cresceu com um aumento de 7,3 milhões, totalizando mais de 14,5 milhões em 2000. Projeções da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o ano de 2025 demonstram que o Brasil deverá possuir a 6ª maior população idosa do mundo e a primeira na América Latina, com cerca de 32 milhões (15%) de pessoas com idade acima de 60 anos, o que demandará melhorias no modelo de atenção à saúde prestado no país, sobretudo no tocante às deficiências da assistência farmacêutica prestada a essa população.¹⁻³

Sendo marcado por uma elevação da frequência de doenças crônicas não-transmissíveis, o processo de envelhecimento é acompanhado por uma maior demanda pelos serviços de saúde e por medicamentos, o que predispõe grandemente a população geriátrica aos riscos da polifarmácia, entendida como o consumo simultâneo de múltiplos medicamentos.⁴ Em prescrições médicas de idosos, é comum encontrar dosagens inadequadas, interações medicamentosas, associações e redundância – uso de fármacos pertencentes a uma mesma classe terapêutica – além de medicamentos sem valor terapêutico. Isso se deve ao fato de medicamentos poderem ser prescritos para os idosos sem haver clara correspondência entre a doença e a ação farmacológica, sendo muitas vezes empregados de forma equivocada, como consequência de uma cultura de medicalização, impulsionada pelo valor simbólico dado aos medicamentos.⁵ Além disso, os idosos apresentam limitações fisiológicas que podem interferir diretamente nos processos farmacocinéticos (absorção, distribuição, metabolização e eliminação dos medicamentos), podendo os medicamentos, mesmo em doses terapêuticas habituais, produzir efeitos tóxicos e reações medicamentosas adversas.⁶

O uso de vários medicamentos como estratégia terapêutica e o crescente número destes agentes no mercado são fatores que podem contribuir para ampliar os efeitos benéficos da terapia, mas que também possibilitam o aparecimento de efeitos indesejados, tais como aqueles decorrentes de interações medicamentosas.⁷

Interações medicamentosas são situações em que os efeitos de um fármaco modificam-se, ou quando ocorre o surgimento de um novo efeito em decorrência da presença de outro fármaco, algum alimento, bebida ou agente químico ambiental.⁸ Devido a essas potenciais alterações nos efeitos farmacológicos, muitos autores consideram as interações uma forma de reação adversa medicamentosa que, em um conceito mais amplo, pode ser entendida como qualquer malefício causado pela administração de um fármaco. Essas reações são consideradas um problema de saúde pública, sendo responsáveis por 5% das admissões hospitalares e estando associadas a um custo médio aproximado de US\$ 16.000 por internação em países desenvolvidos.⁹⁻¹¹

A ocorrência de interação medicamentosa está fortemente associada ao número de medicamentos utilizados. A polifarmácia é o mais importante fator de risco para a ocorrência de interações medicamentosas: a prevalência desse evento varia de 3 a 5% na população geral quando se consomem 2 ou 3 medicamentos, chegando a 20% quando o número de medicamentos consumidos é superior a 10.¹²

As interações medicamentosas são mais frequentes em pessoas com idade avançada,¹³ do sexo feminino,^{7,14} em situação conjugal estável (casado),¹⁴ morando com outra pessoa¹⁴ e com renda menor ou igual a 3 salários mínimos.^{14,15} A ocorrência desse evento é maior ainda entre portadores de doenças crônicas^{7,13} e entre aqueles que fazem uso de automedicação¹⁴ – situação definida como consumo de um medicamento independentemente da prescrição profissional.¹⁶ As interações são de gravidade menor ou moderada na maioria das vezes,^{7,14} e as classes farmacológicas envolvidas mais frequentemente são os fármacos que atuam nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, nervoso e musculoesquelético.¹⁴

Quanto à gravidade, as interações medicamentosas podem ser classificadas em potencialmente leves, moderadas ou graves. As interações moderadas e graves podem requerer intervenção médica específica para reduzir, respectivamente, a exacerbação de condições clínicas previamente existentes e a possibilidade de efeitos adversos graves. Nem todas as interações medicamentosas são clinicamente relevantes e, mesmo na presença de associações com riscos moderados a graves, antes da substituição ou suspensão das drogas envolvidas, admitem-se a monitorização clínico-laboratorial e a verificação da relação risco-benefício quanto ao seu uso.

Por serem grandes consumidores de medicamentos, os idosos são mais vulneráveis à ocorrência de potenciais interações medicamentosas. Nesse contexto, ressalta-se a importância de determinar a prevalência de potenciais interações medicamentosas e os fatores associados a essa ocorrência (perfil sociodemográfico, indicadores das condições de saúde e do uso de serviços de saúde) nessa população, além de descrever e discutir as interações mais frequentemente encontradas, inclusive em relação ao potencial de gravidade.

Métodos

Estudo transversal, com amostra aleatória estratificada, representativa dos idosos cadastrados em 15 (quinze) equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Timóteo, MG. O cálculo de tamanho de amostra estimou uma prevalência de 26,5%⁷ de potenciais interações medicamentosas, com um nível de confiança de 95%, poder de 80% e acréscimo de 10% para eventuais perdas e recusas, sendo proporcional ao número de idosos cadastrados em cada uma das equipes (estrato) do município, de acordo com o último censo realizado pelos agentes comunitários de saúde. A randomização foi realizada utilizando recursos do software Microsoft Excel[®], 2010. Foram realizadas 273 entrevistas domiciliares com indivíduos de mais de 60 anos de idade, por meio de formulário, após o consentimento dos sujeitos de pesquisa, entre os meses de abril e junho de 2012.

O formulário de pesquisa era constituído de três blocos de perguntas. O bloco A continha perguntas de identificação, sociodemográficas e questões relacionadas ao consumo de medicamentos que definiram a inclusão ou exclusão do entrevistado nos próximos blocos do estudo. O bloco B continha perguntas relacionadas às condições de saúde do idoso. O bloco C contemplava questões relacionadas ao uso de medicamentos (identificação das substâncias, automedicação, uso inadequado de medicamentos conforme a posologia recomendada).

De acordo com o software Micromedex[®],¹⁷ as interações foram classificadas em potencialmente graves (que podem oferecer risco de morte e/ou requerer intervenção médica urgente para minimizar efeitos adversos graves), moderadas (que podem resultar em exacerbação das condições clínicas do paciente e/ou requerer troca de terapia) e leves (interações com efeitos clínicos limitados, podendo sua manifestação incluir aumento da frequência ou severidade dos efeitos adversos, mas que não requerem alterações importantes na terapia).¹⁸

Para a análise de dados, foram construídas tabelas e quadros de distribuição de frequências. Teste t de Student para comparação de médias e teste qui-quadrado de Pearson para comparação de proporções foram usados para testar hipóteses de associação entre as covariáveis e o evento na análise univariada. As variáveis associadas ao evento na análise univariada foram submetidas ao modelo multivariado (regressão logística binária). Foram consideradas significativa e independentemente associadas ao evento aquelas variáveis que, no modelo multivariado final, apresentaram valores de $p < 0,05$, isto é, considerou-se um nível de significância de 5%. O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais (UnilesteMG), sob o número 46.267.11.

Resultados

Foram entrevistados 273 pacientes. Os Quadros 1 e 2 mostram a distribuição de frequência de indicadores de saúde, demográficos e socioeconômicos da população estudada.

Quadro 1. Distribuição de frequência de indicadores demográficos e socioeconômicos de uma amostra representativa dos idosos cadastrados na ESF do município de Timóteo, MG.

Gênero	Feminino	58,6%
Faixa etária	60-69 anos	48,7%
Estado civil	Casado	60,3%
Escolaridade	1 - 4 anos	55,1%
Renda familiar mensal	1-2 salários mínimos	50,7%
Renda pessoal mensal	1-2 salários mínimos	42,3%

Quadro 2. Distribuição de frequência de indicadores de saúde de uma amostra representativa dos idosos cadastrados na ESF do município de Timóteo, MG.

Número de medicamentos consumidos	2-4	42,3%
Estado de saúde	Razoável	42,8%
Consultas médicas	3 ou mais	37,2%
Internação hospitalar	Nenhuma	92,4%
Convênio de saúde	Não possui	54,9%
Gasto com medicamentos	Sim	72,8%

Em relação às morbidades encontradas, 79,9% eram hipertensos, 27,6% tinham diabetes, 15,4% doença cardíaca, 13,8% doença mental, 10,7% doença reumática, 6,5% doença pulmonar e 3% câncer.

A prevalência global de potenciais interações medicamentosas foi de 55,6%, perfazendo um total de 466 ocorrências encontradas, sendo que 5,6% eram leves, 81,6% eram moderadas e 12,8% eram de maior gravidade.

Potenciais interações medicamentosas leves (PIML) ocorreram em 8,43% dos entrevistados. Os medicamentos mais frequentes nesse tipo de interação foram ANLÓDIPINO + IBUPROFENO (n=5, correspondendo a 21,73% dos casos de interações leves e a 1,83% de todos os entrevistados) e ANLÓDIPINO + DICLOFENACO (n=3). Ambas as interações exibiram potencial de redução/antagonismo do efeito anti-hipertensivo. METFORMINA + NIFEDIPINO (n=3) poderia ocasionar um aumento da absorção da metformina por mecanismo desconhecido.

Potenciais interações medicamentosas moderadas (PIMM) foram as mais frequentes, ocorrendo em 53,48% dos entrevistados. Os medicamentos mais frequentemente envolvidos em PIMM foram ÁCIDO ACETILSALICÍLICO + HIDROCLOROTIAZIDA, que ocorreram em 39 entrevistados (26,71% dos casos de interações moderadas e 14,28% de todos os entrevistados). Essa interação poderia causar redução da eficácia diurética e anti-hipertensiva por redução das prostaglandinas renais. ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA (n=20) e CAPTOPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA (n=17) foram potenciais interações encontradas com frequência, ambas com possibilidade de gerar hipotensão postural por vasodilatação e depleção do volume intravascular.

Potenciais interações medicamentosas graves (PIMG) ocorreram em 13,98% de todos os entrevistados. Os medicamentos mais frequentemente envolvidos nas interações graves e as respectivas frequências com que ocorreram foram: ANLÓDIPINO + SINVASTATINA (n=11, correspondendo a 26,71% dos pacientes com PIMG e a 4,02% de todos os entrevistados), com potencial de causar aumento do risco de efeitos adversos da sinvastatina; DIGOXINA + HIDROCLOROTIAZIDA (n=4) com aumento do risco de intoxicação digitalica por hipopotassemia e; ENALAPRIL + LOSARTANA (n=3) gerando aumento do risco de hiperpotassemia, hipotensão e disfunção renal. Consta no Quadro 3 um resumo da descrição das potenciais interações medicamentosas encontradas no estudo.

Quadro 3. Potenciais interações medicamentosas (com o número de pacientes acometidos entre parênteses) encontradas em uma amostra representativa dos idosos cadastrados na ESF do município de Timóteo, MG.

Potenciais interações medicamentosas leves	Potenciais interações medicamentosas moderadas	Potenciais interações medicamentosas graves
Anlodipino + Ibuprofeno (5)	Ácido acetilsalicílico + Hidroclorotiazida (39)	Anlodipino + Sinvastatina (11)
Anlodipino + Diclofenaco (3)	Enalapril + Hidroclorotiazida (20)	Digoxina + Hidroclorotiazida (4)
Metformina + Nifedipino(3)	Captopril + Hidroclorotiazida (17)	Enalapril + Losartana(3)

Não houve correlação estatística entre potenciais interações medicamentosas de qualquer gravidade e idade, gênero, estado civil, grau de escolaridade, renda mensal, percepção do estado de saúde, número de consultas médicas nos últimos quatro meses, número de médicos consultados nos últimos quatro meses, número de medicamentos consumidos, convênio de saúde, gasto com medicamentos nos últimos quatro meses, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, doença pulmonar, doença reumática, doença cardíaca, câncer e doença mental.

Após ajuste dos dados no modelo multivariado, a variável que permaneceu associada a potenciais interações moderadas foi o número de médicos consultados nos últimos dois meses. Para interações graves, encontrou-se o número de internações nos últimos quatro meses como fator mais significativo (Tabela 1).

Tabela 1. Fatores associados a potenciais interações medicamentosas moderadas e graves encontrados em uma amostra representativa dos idosos cadastrados na ESF do município de Timóteo, MG.

	PIM moderadas	PIM graves
Internação hospitalar nos últimos 4 meses.	-	OR = 2,65 IC 95% = 1,10 a 9,70 Valor-p = 0,049
Número de médicos consultados nos últimos 2 meses.	OR = 2,35 IC 95% = 1,03 a 5,32 Valor-p=0,037	-

Discussão

A prevalência de potenciais interações medicamentosas encontradas neste estudo (55,6%) foi semelhante à descrita na literatura, tendo em vista que os valores podem ser bastante variáveis e revelam alta prevalência entre idosos. Nos Estados Unidos, 27% de uma população geriátrica ambulatorial utilizava medicamentos com potencial para uma ou mais interações medicamentosas.¹⁹ Na Europa, 1601 indivíduos de uma população idosa de seis países foram investigados, verificando-se o consumo médio de sete fármacos por pessoa e 46% de potenciais interações medicamentosas.²⁰ No México, encontraram-se 80% de prescrições com potencial para ocorrência de interações medicamentosas entre indivíduos com 50 anos ou mais.¹³ Estudo brasileiro transversal de base populacional realizado em São Paulo demonstrou prevalência de 26,5% de potenciais interações medicamentosas, 50,7% tinham idade maior ou igual a 75 anos, 71,7% relataram apresentar regular ou ruim estado de saúde e 65,8% utilizavam de 2 a 5 fármacos, sendo que a maioria das interações era de moderada gravidade, como encontrado em nosso estudo.⁷

As classes terapêuticas mais frequentemente envolvidas neste trabalho foram anti-inflamatórios e, principalmente, fármacos utilizados em doenças cardiovasculares. Dados da literatura revelam que as classes farmacológicas envolvidas mais frequentemente são os fármacos que atuam nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, nervoso e musculoesquelético.¹⁴

As PIML mais frequentes ocorreram entre anlodipino e diclofenaco e entre anlodipino e ibuprofeno, que representam duas associações de anti-hipertensivos com anti-inflamatórios. A associação desses medicamentos, quando necessária, deve ser feita pelo menor tempo e dose possíveis. Pelo potencial de causar hemorragia gastrointestinal e/ou antagonismo/diminuição do efeito hipotensivo, os médicos devem tomar as devidas precauções para evitá-la.

A PIML entre metformina e nifedipino apresenta tendência de queda da prevalência, uma vez que o nifedipino foi excluído da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais do Ministério da Saúde (2012) como agente anti-hipertensivo.²¹ Atualmente, existe a tendência em substituir o nifedipino pelo anlodipino, fármaco com melhor posologia e perfil de efeitos adversos. A associação entre metformina e nifedipino poderia causar aumento da absorção da primeira, aumentando o risco de seus efeitos indesejáveis.

A PIMM entre ácido acetilsalicílico e hidroclorotiazida é uma interação com repercussão clínica discutível, pois o programa para análise das interações medicamentosas não determina a dose utilizada das medicações; portanto, não podemos afirmar se a dose considerada do ácido acetilsalicílico é a antitrombótica ou anti-inflamatória. Apesar de poder causar redução da eficácia diurética e anti-hipertensiva da hidroclorotiazida, acredita-se que o benefício relacionado à prevenção de doença cardiovascular dessa associação seja superior ao risco.

As PIMM entre captopril e hidroclorotiazida e entre enalapril e hidroclorotiazida não contraindicam o uso dessas medicações. Observa-se que, na prática clínica, o benefício da associação também supera o risco de hipotensão postural por vasodilatação e depleção do volume intravascular.²²

A PIMG entre anlodipino e sinvastatina pode levar ao risco aumentado dos efeitos adversos da sinvastatina, uma vez que o anlodipino aumenta os níveis séricos da estatina por meio de alterações em sua farmacocinética. É recomendado o uso de, no máximo, 20 mg de sinvastatina quando em associação com anlodipino.²³

A PIMG entre digoxina e hidroclorotiazida gera risco aumentado de intoxicação digitalica devido à hipocalcemia induzida pelo diurético. Pode levar a arritmias, alterações neurológicas e gastrointestinais. Sendo a digoxina um digitalico com baixo índice terapêutico, isto é, com doses tóxicas próximas às doses terapêuticas, é recomendável que as prescrições contendo esse medicamento sejam sempre verificadas quanto à possibilidade de ocorrência de interações medicamentosas.²⁴

A PIMG entre losartana e enalapril é reforçada pela VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, que considera o benefício da associação dessas drogas inferior ao risco de insuficiência renal, hipercalemia e hipotensão.²²

Quanto aos fatores de risco associados positivamente com a ocorrência de potenciais interações medicamentosas, o uso de 6 ou mais fármacos e a condição de portadores de hipertensão arterial, diabetes mellitus ou problemas cardíacos foram encontrados em um estudo brasileiro.⁷ Idade maior que 60 anos, presença de 3 ou mais doenças crônicas e prescrição de 5 ou mais fármacos também foram variáveis significativamente associadas ao fenômeno.¹³ O presente estudo demonstrou que a presença de internação hospitalar prévia e de automedicação também podem estar implicadas em uma maior chance de ocorrência de interações graves e moderadas, respectivamente.

Como limitações deste estudo, ressaltam-se: (1) a impossibilidade, pelo tipo de desenho adotado (transversal), de verificação das repercussões clínicas das PIM nas condições de saúde dos idosos; (2) a presença de interações frequentemente utilizadas na prática clínica, cujo benefício parece superar o prejuízo, superestimando as taxas de prevalência, e (3) a utilização de apenas um software para análise das PIM (sabe-se que, apesar da maioria dos estudos utilizarem apenas um software para verificação de PIM, o uso de dois softwares aumenta a sensibilidade para a detecção desse evento).²⁵

Por outro lado, o estudo é relevante ao destacar a importância epidemiológica do grande número de prescrições contendo anti-inflamatórios associados a anti-hipertensivos. Outrora considerados fármacos seguros e com uma ampla variedade de indicações, sabe-se hoje que os anti-inflamatórios apresentam toxicidade cardiovascular, gastrointestinal e renal significativas, devendo ser utilizados no menor período de tempo e nas menores doses eficazes possíveis em idosos.²⁶ Além disso, os resultados encontrados alertam para a presença de fatores que se somam aos já reconhecidamente capazes de se associarem a uma maior frequência de PIM entre idosos, tais como a presença de automedicação e de internação recente.

Conclusões

O presente estudo revelou uma alta prevalência de potenciais interações medicamentosas (55,6%) entre idosos, ratificando os dados descritos na literatura e demonstrando a alta frequência desse fenômeno. Não foram encontrados fatores associados a potenciais interações medicamentosas relacionados a questões sociodemográficas, condições de saúde do idoso e consumo de medicamentos. Internação hospitalar nos últimos quatro meses associou-se positivamente à ocorrência de potenciais interações graves, e a prescrição de medicamentos por profissionais médicos associou-se a uma menor frequência de interações de moderada gravidade.

As classes terapêuticas mais frequentemente envolvidas em potenciais interações medicamentosas foram anti-inflamatórios e, principalmente, fármacos utilizados em doenças cardiovasculares, em especial bloqueadores dos canais de cálcio e diuréticos.

Interações farmacológicas podem comprometer a segurança e a saúde do paciente, sendo necessário cuidado quanto à prescrição de múltiplos medicamentos simultaneamente para assim evitar associações que comprometam a qualidade de vida dos idosos.

Os dados do presente estudo foram fornecidos aos gestores de saúde e aos prescritores que atendiam nas equipes da ESF do município estudado para que tivessem conhecimento das características da população e do atendimento prestado. Dessa forma, esses profissionais poderiam elaborar planos e traçar metas para a melhoria da assistência à saúde em relação à ocorrência de potenciais interações medicamentosas entre idosos.

Referências

1. Karnikowski MG, Naves JO, Silver LD. Access to essential drugs in 11 Brazilian cities: a community-based evaluation and action method. *Journal of Public Health Policy*. 2004;25(3/4):288-98.
2. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Gontijo S, translator. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde; 2005. 60p.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da população. [acesso em 2013 Apr 06] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
4. Anderson GM, Beers MH, Kerluke K. Auditing prescription practice using explicit criteria and computerized drug benefit claims data. *J Eval Clin Pract*. 1997;3(4):283-94.
5. Flores VB, Benvegnú LA. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24(6):1439-1446. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000600024>.
6. Katzung BG. Aspectos especiais da farmacologia geriátrica. In: Katzung BG, editor. *Farmacologia básica & clínica*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2002. p. 899-906.
7. Secoli SR, Figueiras A, Lebrão ML, Lima FD, Santos JL. Risk of potential drug-drug interactions among Brazilian elderly: a population-based, cross-sectional study. *Drugs Aging*. 2010;27(9):759-70.
8. Stockley IH. *Interacciones Farmacológicas: fuente bibliográfica sobre interacciones, sus mecanismos, importancia clínica y orientación terapéutica*. Barcelona: Pharma Editores; 2004. 831p.
9. Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. *JAMA*. 1998;279(15):1200-1205.
10. Einarson, TR. Drug-related hospital admissions. *Ann Pharmacother*. 1993;27:832-840.
11. Jha AK, Kuperman GJ, Rittenberg E, Teich JM, Bates DW. Identifying hospital admissions due to adverse drug events using a computer-based monitor. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2001;10:113-119.
12. Fonseca AL. *Interações Medicamentosas*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora e Publicações Biomédicas; 2001.
13. Doubova Dubova SV, Reyes-Morales H, Torres-Arreola LP, Suárez-Ortega M. Potential drug-drug and drug-disease interactions in prescriptions for ambulatory patients over 50 years of age in family medicine clinics in Mexico city. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:147. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-7-147>
14. Bleich GW, Bleich A, Chiamulera P, Sanches ACC, Schneider DSLG, Teixeira JJV. Frequency of potential interactions between drugs in medical prescriptions in a city in southern Brazil. *São Paulo Med J*. 2009;127(4):206-210.
15. Daniel EF, Guarido CF. Ocorrência de possíveis interações medicamentosas em residências de um bairro do município de Marília, SP. *Rev Bras Farm*. 2009;90(1):54-58.
16. Loyola Filho AI, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do Projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(1):55-62.
17. Micromedex® Healthcare Series. Greenwood Village (CO): Thomson Reuters (Healthcare) Inc., 2007 [online]. Disponível em: <https://www.thomsonhc.com/hcs/librarian/>.
18. Drug Interactions Checker. Drug Information Online. Disponível em: <http://www.drugs.com>.
19. Costa AJ. Potential drug interactions in an ambulatory geriatric population. *Fam Pract Barberton*. 1991;8(3):234-236.
20. Bjokman IK, Schmidt IK, Bernsten CB. Drug-drug interactions in the elderly. *Ann. Pharmacother*. 2002;36(11):1675-1681.
21. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME*. 8ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
22. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2010;95(Suppl1):I-III. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010001700001>.

23. FDA Drug Safety Communication: new restrictions, contraindications, and dose limitations for Zocor (simvastatin) to reduce the risk of muscle injury. Disponível em: <http://www.fda.gov/drugs/drugsafety/ucm256581.htm>.
24. Osorio-de-Castro CGS. Interações medicamentosas. In: Fuchs FD, Wannmacher L. Farmacologia Clínica: fundamentos da terapêutica racional. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p. 115-123.
25. Vonbach P, Dubied A, Krähenbühl S, Beer JH. Evaluation of frequently used drug interaction screening programs. Pharm World Sci. 2008;30(4):367-74.
26. Pinheir RM, Wannmacher L. Uso racional de anti-inflamatórios não-esteróides. In: Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Uso racional de medicamentos: temas selecionados. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. p. 41-50.

Urbanização da leishmaniose visceral: aspectos clínicos e epidemiológicos em Aracaju, Sergipe, Brasil

Urbanization of visceral leishmaniasis: clinical and epidemiological aspects in Aracaju, Sergipe state, Brazil

Urbanización de la leishmaniasis visceral: aspectos clínicos y epidemiológicos en Aracaju, Sergipe, Brasil

Marco Aurélio Oliveira Góes. Universidade Federal de Sergipe (UFS). Lagarto, SE, Brasil. marco.goes@saude.se.gov.br (Autor correspondente)

Verônica de Lourdes Sierpe Jeraldo. Universidade Tiradentes (UNIT). Aracaju, SE, Brasil. veronica_sierpe@hotmail.com

Alex Santana Oliveira. Faculdade Estácio de Sá (FASE). Aracaju, SE, Brasil. farmaalexantana@gmail.com

Resumo

Objetivo: Este estudo tem como objetivo descrever aspectos clínicos e epidemiológicos da Leishmaniose Visceral (LV) na cidade de Aracaju-SE, no período de 2007 a 2011. **Métodos:** Estudo epidemiológico retrospectivo, descritivo, utilizando dados oriundos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação da Secretaria de Saúde do Estado de Sergipe, com análise estatística pelo Epi Info 6.04d. **Resultados:** Foram registrados 128 casos de LV no município, representando média anual de 25,6 casos, e um coeficiente de incidência de 23,5 casos para cada 100 mil habitantes. Houve predomínio do sexo masculino (65,6%) e uma maior concentração de casos ocorreu em crianças até quatro anos (26,6%). As manifestações clínicas mais encontradas foram: febre (96,1%); esplenomegalia (89,1%); hepatomegalia (79,7%); fraqueza (82,0%), e emagrecimento (77,3%). O critério de confirmação foi clínico-laboratorial em 95,5% dos casos. O coeficiente de letalidade geral no período estudado foi de 7,8% (dez óbitos) e de 26,7% em pessoas entre 40 e 49 anos (quatro óbitos). No período, foi identificado pelo menos um caso de LV em 65,8% dos 38 bairros de Aracaju, distribuídos em todas as regiões da cidade. **Conclusões:** Verifica-se no estudo uma ampla distribuição da LV no município, além de uma alta letalidade. Para o enfrentamento adequado da LV, além das medidas relacionadas às intervenções ambientais e ao controle vetorial, é necessária a constante atualização dos profissionais de saúde, principalmente dos médicos da atenção primária e das unidades de pronto-atendimento, para que consigam identificar precocemente os casos suspeitos a fim de que o diagnóstico e o tratamento ocorram de forma oportuna.

Abstract

Objective: This study aims to describe the clinical and epidemiological aspects of visceral leishmaniasis (VL) in the city of Aracaju, Sergipe state, from 2007 to 2011. **Methods:** It is a descriptive retrospective epidemiological study using data from the Information System for Notifiable Diseases of the Health Department of Sergipe, with statistical analysis processed by the Epi Info 6.04d software. **Results:** One hundred twenty-eight cases of VL have been reported in the city of Aracaju, representing an annual average of 25.6 cases and an incidence rate of 23.5 cases per 100.000 inhabitants. There was predominance of males (65.6%) and a higher number of cases occurred in children up to 4 years of age (26.6%). The most frequent clinical manifestations were fever (96.1%); splenomegaly (89.1%); hepatomegaly (79.7%); weakness (82.0%), and weight loss (77.3%). 95.5% of the cases were confirmed by clinical and laboratory criteria. The overall mortality rate during the study period was of 7.8% (10 deaths), and of 26.7% (4 deaths) in patients between 40 and 49 years of age. During the time of the study, at least one case of VL was identified in 65.8% of the 38 districts spread across all regions of the city. **Conclusions:** It was possible to verify a wide distribution of VL in the city, with high lethality. To deal with VL appropriately, besides adopting measures related to environmental interventions and vector control, it is necessary to constantly update health professionals, especially physicians working in primary care and emergency units, so that they can perform the early diagnosis of suspected cases and treatment can occur in a timely manner.

Palavras-chave:

Leishmaniose Visceral
Urbanização
Vigilância Epidemiológica
Letalidade

Keywords:

Leishmaniasis, Visceral
Urbanization
Epidemiological Surveillance
Lethality

Fonte de financiamento:

declaram não haver.

Parecer CEP:

Universidade Federal de Sergipe, parecer n.º 143.953.

Conflito de interesses:

declaram não haver.

Como citar: Góes MAO, Jeraldo VLS, Oliveira AS. Urbanização da leishmaniose visceral: aspectos clínicos e epidemiológicos em Aracaju, Sergipe, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade.

2014;9(31): 119-26. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(31\)1685](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(31)1685)

Recebido em: 11/01/2013.

Approved em: 26/11/2013.

Resumen

Objetivo: este estudio tiene como objetivo describir los aspectos clínicos y epidemiológicos de la Leishmaniasis Visceral (LV) en la ciudad de Aracaju/SE en el periodo comprendido de 2007 a 2011. **Métodos:** Se trata de un estudio epidemiológico retrospectivo descriptivo con datos del Sistema de Información de Enfermedades de Notificación del Departamento de Salud del Estado de Sergipe, y análisis estadístico realizado con el Epi Info 6.04d. **Resultados:** Se registraron 128 casos de LV en la ciudad de Aracaju, lo que representa una media anual de 25,6 casos y una tasa de incidencia de 23,5 casos por cada 100.000 habitantes. Hubo un predominio del sexo masculino (65,6%) y una mayor concentración de casos se presentó en niños de hasta cuatro años (26,6%). Las manifestaciones clínicas observadas fueron: fiebre (96,1%); esplenomegalia (89,1%); hepatomegalia (79,7%); debilidad (82,0%) y adelgazamiento (77,3%). El criterio clínico fue confirmado en laboratorio en el 95,5% de los casos. La tasa de mortalidad durante el período de estudio fue de 7,8% (10 muertes), y de 26,7% en las personas entre 40 y 49 años (4 muertes). En dicho periodo se identificó por lo menos un caso de LV en el 65,8% de los 38 barrios de Aracaju, distribuidos por todas las regiones de la ciudad. **Conclusiones:** se verifica en el estudio una amplia distribución de la LV en la ciudad, además de una alta mortalidad. Para enfrentarse adecuadamente a la LV, más allá de las medidas relacionadas con las intervenciones ambientales y el control de vectores, es necesario una constante actualización de los profesionales de la salud, especialmente médicos tanto de atención primaria como de emergencia, para que puedan identificar precozmente los casos sospechosos con la finalidad de que el diagnóstico y el tratamiento ocurran de forma adecuada.

Palabras clave:

Leishmaniasis Visceral
Urbanización
Vigilancia Epidemiológica
Letalidad

Introdução

As leishmanioses constituem um grave problema de saúde pública em várias partes do mundo. Atualmente, estas ocorrem em quatro continentes e são consideradas endêmicas em 88 países, dos quais 72 são países em desenvolvimento.¹ Na 60ª Assembleia Mundial de Saúde, as leishmanioses foram colocadas entre as doenças tropicais mais negligenciadas, considerando-se que 350 milhões de pessoas estão em área de risco.¹

A Leishmaniose Visceral (LV) ou Calazar é uma doença fatal, se não tratada, e está presente em 70 países, com os maiores focos na Ásia Meridional, com cerca de 300 mil casos/ano, seguida pela África Ocidental, com aproximadamente 30 mil casos/ano.^{1,2} Cerca de 90% dos casos de leishmaniose visceral ocorrem em cinco países: Bangladesh, Brasil, Índia, Nepal e Sudão.¹

Aproximadamente 90% dos casos registrados nas Américas ocorrem no Brasil,^{1,2} onde a LV está presente em 21 Estados da federação, atingindo todas as cinco regiões.³ Na década de 1990, cerca de 90% dos casos de LV ocorriam na Região Nordeste, mas recentemente esta é responsável por 48% dos casos do país.³ Apesar de a Região Nordeste permanecer responsável pela maior concentração de casos, a LV tem se expandido e está presente em todas as regiões do país, causando surtos e apresentando, em alguns estudos, uma tendência ao aumento da letalidade.^{3,4}

A urbanização da LV vem sendo bem documentada na literatura.⁵⁻⁸ Nas últimas três décadas, a sua transmissão tem sido descrita em várias cidades brasileiras de médio e grande porte. Acredita-se que este fenômeno resulte da ação antropogênica, com as rápidas alterações ambientais, as migrações populacionais para as áreas urbanas periféricas e o aumento na interação com animais silvestres e cachorros, além da facilidade de adaptação do *Lutzomyia longipalpis* ao ambiente peridomiciliar.^{8,9}

Diferentemente de outras capitais, como Campo Grande, onde os primeiros casos são de 2001,¹⁰ em Aracaju, a primeira ocorrência foi em 1936, quando Evandro Chagas diagnosticou nessa cidade o primeiro caso da doença no Brasil.¹¹ Observe-se que as características de distribuição têm mudado, saindo da predominância da área de expansão (zona periurbana) para uma distribuição mais ampla, abrangendo áreas periféricas e centrais. Estudo recente demonstra abundância de *Lutzomyia longipalpis* na capital sergipana, principalmente nos domicílios com presença de animais domésticos (cachorros e galinhas).¹²

Tendo em vista a expansão da LV, o objetivo deste estudo é descrever aspectos clínicos e epidemiológicos atuais desta doença em Aracaju, capital do Estado de Sergipe.

Métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico retrospectivo descritivo com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) da Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, dos casos de LV residentes no município de Aracaju, capital de Sergipe, notificados de 1.º de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2011.

A população do estudo foi composta por todos os novos casos de LV, residentes no município de Aracaju, notificados entre 2007 e 2011. Foram excluídos os registros duplicados e as recidivas. Foram analisadas as variáveis constantes na ficha

de notificação de LV: sexo, faixa etária, sinais e sintomas, critério de confirmação, coinfeção pelo HIV, exames laboratoriais específicos realizados e evolução clínica. Os dados foram extraídos do banco de dados SINAN da Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, com a utilização do aplicativo TABWIN (DATASUS).

Para a análise dos dados, foram calculadas frequências, média, taxa de incidência e letalidade. Para calcular diferenças nas frequências, foi utilizado o teste do qui-quadrado de Pearson, considerando o nível de significância $p < 0,05$. Para a análise estatística, foi utilizado o *software* EPI INFO 6.04.d.

A pesquisa observou as recomendações da Resolução 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Sergipe com o parecer nº 143.953.

Resultados

Entre 2007 e 2011, foram notificados 128 novos casos de Leishmaniose Visceral (LV) no município de Aracaju, representando uma média anual de 25,6 casos. Entre os casos, houve predomínio do sexo masculino (65,6%). A idade variou de sete meses a 69 anos, com média de 21,7 e mediana de 16,5 anos (desvio padrão de 18,7). A maior concentração de casos ocorreu em crianças de até quatro anos (26,6%), havendo distribuição semelhante nas demais faixas etárias (Tabela 1).

O coeficiente de incidência médio da LV em Aracaju no período foi de 23,5 casos para cada 100 mil habitantes, sendo de 33,2 no sexo masculino e 15,1 no sexo feminino. A incidência entre os sexos variou conforme a faixa etária, sendo maior no sexo feminino nas faixas de '0 a 4 anos' (89,2) e '5 a 9 anos' (30,0), em relação ao masculino (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos casos de Leishmaniose Visceral e coeficiente de incidência por faixa etária e sexo, Aracaju, Sergipe, 2007 a 2011.

Faixa Etária	Masculino			Feminino			Total		
	n	%	CI	n	%	CI	n	%	CI
0 a 4	15	17,9	68,8	19	43,2	89,2	34	26,6	78,9
5 a 9	6	7,1	25,8	7	15,9	30,0	13	10,2	27,9
10 a 14	7	8,3	31,1	4	9,1	17,5	11	8,6	24,2
15 a 19	12	14,3	51,8	2	4,5	8,4	14	10,9	29,7
20 a 29	9	10,7	17,4	4	9,1	7,0	13	10,2	12,0
30 a 39	11	13,1	27,0	4	9,1	8,2	15	11,7	16,8
40 a 49	12	14,3	39,1	3	6,8	7,8	15	11,7	21,7
50 e mais	12	14,3	30,8	1	2,3	1,8	13	10,2	13,8
Total	84	100,0	33,2	44	100,0	15,1	128	100,0	23,5

n = número absoluto / CI = coeficiente de incidência (por 100 mil habitantes).

As manifestações clínicas mais frequentes foram: febre (96,1%); esplenomegalia (89,1%); hepatomegalia (79,7%); fraqueza (82,0%) e emagrecimento (77,3%). Além disso, alguns pacientes apresentavam quadro infeccioso associado (20,3%), icterícia (18,1%) e hemorragias (15,6%) (Tabela 2).

O critério de confirmação foi clínico-laboratorial em 95,5% dos casos, sendo a reação de imunofluorescência indireta (RIFI) reagente em 90,2% (92/102), o rk39 em 88,2% (45/51) e a microscopia direta de punção de medula óssea em 66,0% (31/47) (Tabela 3). O diagnóstico de 4,5% dos casos foi baseado em critérios clínicos e epidemiológicos.

Dentre os casos notificados no período, houve registro da coinfeção pelo HIV em 4,6% (seis casos), mas em 29,7% (38) dos casos, a situação sorológica para HIV era desconhecida. A droga inicialmente utilizada em 78,1% foi o antimoniatto pentavalente n-metil glucamina (Glucantime®), seguida pela anfotericina B desoxicolato (17,2%) e anfotericina B lipossomal (4,8%). Nos 12 pacientes com mais de 50 anos, foi utilizado o Glucantime® em 50%, assim como em 70,0% dos pacientes com icterícia, em que também foi utilizada essa droga.

Tabela 2. Distribuição das variáveis clínico-epidemiológicas e letalidade dos casos de Leishmaniose Visceral em Aracaju, Sergipe, 2007 a 2011.

Variáveis	Casos		Óbitos n	Letalidade %
	n	%		
Sexo				
M	84	65,6	5	6,0
F	44	34,4	5	11,4 (p=0,22)
Faixa Etária				
0 a 4	34	26,6	1	2,9
5 a 9	13	10,2	0	0,0
10 a 14	11	8,6	0	0,0
15 a 19	14	10,9	1	7,1
20 a 29	13	10,2	1	7,7
30 a 39	15	11,7	1	6,7
40 a 49	15	11,7	4	26,7 (p=0,012)
50 e mais	13	10,2	2	15,4
Sinais e Sintomas				
Febre	123	96,1	9	7,3
Fraqueza	105	82,0	9	8,6
Edema	31	24,2	6	19,4 (p=0,013)
Emagrecimento	99	77,3	9	9,1
Palidez	95	74,2	8	8,4
Esplenomegalia	114	89,1	10	8,8
Quadro infeccioso	26	20,3	4	15,4 (p=0,07)
Hemorragias	20	15,6	4	20,0 (p=0,017)
Hepatomegalia	102	79,7	7	6,9
Icterícia	23	18,0	6	26,1 (p=0,001)
Tosse/diarreia	80	62,5	6	7,5
Casos de LV	128	100	10	7,8

A taxa de letalidade no período estudado foi de 7,8% (dez óbitos), sendo maior em pessoas entre 40 e 49 anos (26,7%).

A letalidade foi maior no sexo feminino (11,4%) do que no sexo masculino (6,0%). A letalidade foi significativamente

Tabela 3. Distribuição do resultado das técnicas laboratoriais utilizadas para confirmação dos casos de Leishmaniose Visceral em Aracaju, Sergipe, 2007 a 2011.

Resultado	RIFI		rk39		Parasitológico	
	n	%	n	%	n	%
Positivo	92	90,2	45	88,2	31	66,0
Negativo	10	9,8	6	11,8	16	34,0
Total realizado	102	100,0	51	100,0	47	100,0

RIFI = Reação de Imunofluorescência Indireta; rk39 = teste qualitativo para detecção de anticorpos antileishmania que utiliza a proteína recombinante K39.

mais elevada nos pacientes com icterícia (26,1%) e na presença de hemorragias (20,1%) e edema (19,4%), em relação aos demais ($p < 0,05$) (Tabela 2).

Quanto ao local de diagnóstico, 51,6% foram realizados no Hospital de Urgência de Sergipe; 32,0% no Hospital Universitário; 9,7% nas Unidades de Saúde da Família; 4,7% em hospitais particulares, e 2,5% em unidades de pronto-atendimento municipais.

Nos cinco anos estudados, 65,8% (25) dos 38 bairros de Aracaju apresentaram pelo menos um caso de LV, distribuídos por todas as regiões da cidade, sendo a maior concentração de casos nos bairros Santos Dumont (15,6%), Mosqueiro (10,9%) e América (8,6%).

Discussão

O município apresentou no período estudado uma média de 25,6 casos por ano (variando de 17 a 39 casos/ano), maior do que no estudo realizado anteriormente (1999-2008), que demonstrava uma média anual de 19,2 casos/ano, mas mantendo a classificação como área de transmissão intensa, pelos parâmetros do Ministério da Saúde.^{3,13}

Assim como em outros estudos, a LV tem sido mais frequente em crianças de até quatro anos, mas observa-se uma distribuição homogênea nas demais faixas etárias (Tabela 1). Alguns autores têm identificado um pico também entre adultos jovens.^{5,14,15}

Foi identificada uma maior proporção no sexo masculino, principalmente nas faixas etárias acima de dez anos.^{5,7} No Brasil, a doença é mais frequente em menores de dez anos (58%) e o sexo masculino é, proporcionalmente, o mais afetado (61%).³ As razões para afetar principalmente as crianças têm sido atribuídas a sua relativa imaturidade imunológica, associada à desnutrição (comuns em áreas endêmicas), além da grande exposição dessa população ao ambiente peridomiciliar.^{3,15}

Estudo com pacientes internados por LV na Espanha demonstrou que a maioria dos casos também era do sexo masculino (73%), mas com média de idade de 33,5 anos. Essa maior média etária pode ser atribuída ao alto coeficiente de coinfeção pelo HIV (37%) naquela casuística, visto que, nos HIV negativos, os autores encontraram uma maior concentração em menores de dez anos, principalmente menores de cinco anos.¹⁶

A LV é uma doença que pode apresentar um largo espectro de manifestações clínicas, desde formas assintomáticas (sorologia positiva sem manifestações clínicas) à forma clássica, com a presença de hepatoesplenomegalia febril, emagrecimento, pancitopenia e hipergamaglobulinemia, além de importante queda do estado geral. Nas formas assintomáticas, não está indicada a realização de tratamento nem a notificação do caso e, geralmente, tais casos de LV são descobertos em inquéritos sorológicos. Neste estudo, as manifestações clínicas mais frequentes relatadas foram: febre, fraqueza e hepatoesplenomegalia, sintomas estes mais verificados na literatura.^{5,10,17} Fatores ligados ao tempo de diagnóstico podem ocasionar variações na sintomatologia.¹⁷

Uma das maiores ameaças ao controle da LV em algumas regiões do mundo tem sido a sua interação com o HIV, pois esta tem aparecido como uma importante doença oportunista em áreas endêmicas. A pandemia de HIV/AIDS tem modificado a história natural da LV, aumentando o risco de adoecimento de 100 a 2320 vezes nas áreas endêmicas, reduzindo a eficácia terapêutica e aumentando a possibilidade de recidivas.¹ Em algumas áreas da Europa meridional, mais de 70% dos casos de LV em adultos estão associados à infecção pelo HIV.^{1,2}

Desde que o primeiro caso de LV associado à infecção pelo HIV foi descrito em 1985, a sua frequência vem aumentando rapidamente, principalmente no sul da Europa. Após a introdução da HAART (*Highly Active Antiretroviral Therapy*), os casos de coinfeção nos países europeus onde a LV é endêmica têm diminuído; no entanto, a infecção pelo HIV tem se expandido para outros focos maiores de LV.¹

A coinfeção *Leishmania*-HIV foi encontrada em 4,6% dos casos diagnosticados em Aracaju, no período estudado, sendo coerente com o que tem sido relatado na maioria dos países endêmicos (2 e 9%), mas esta proporção tem aumentado dramaticamente em algumas regiões. De forma geral, considera-se que assim como a incidência mundial da coinfeção é subestimada, no município de Aracaju isso também está ocorrendo, pois boa parte dos pacientes com LV desconhece sua situação sorológica para HIV¹. Um fato importante é que da mesma forma que a LV tem passado pelo processo de urbanização, o HIV tem se interiorizado, sendo inevitável o encontro dessas duas endemias.

Com a expansão da LV, torna-se necessário um maior acesso às técnicas de diagnóstico, além da maior sensibilidade dos profissionais na identificação dos seus sinais e sintomas. Neste estudo, 4,5% dos casos tiveram o seu diagnóstico baseado apenas em evidências clínicas e epidemiológicas, sem a comprovação laboratorial, mas com evolução e resposta terapêutica compatíveis. Outros autores também têm identificado percentual semelhante de casos em que não foi possível a confirmação laboratorial.^{7,14,18}

O diagnóstico considerado de certeza ocorre pelo encontro de formas amastigotas do parasito, principalmente pela pesquisa direta em aspirados de medula óssea e/ou mielocultura. Em algumas localidades, esta tem sido a técnica mais empregada,¹⁰ mas, pela maior praticidade, os métodos imunológicos têm sido cada vez mais utilizados.

Na nossa casuística, o exame parasitológico foi realizado em apenas 36,7% (47) dos casos, com uma positividade de 66,6%. A positividade da microscopia direta em aspirado de medula óssea tem variado em diversos estudos de cerca de 66,0 a 91,8%.^{10,14,15,18}

A Reação de Imunofluorescência Indireta (RIFI) foi o exame mais empregado (79,7%), com a positividade de 90,2%. Esta tem sido a reação sorológica mais utilizada para o diagnóstico da LV no Brasil, com uma sensibilidade que varia de 55 a 96%, e especificidade de 70 a 98%. São consideradas amostras positivas aquelas com titulação a partir de 1:80.^{3,5,18}

O Ministério da Saúde (MS) implantou, com o objetivo de agilizar o diagnóstico nas unidades de referência, o teste rk39, um antígeno de leishmanias, que, além de ser um teste não invasivo, tem demonstrado boa sensibilidade (93%) e especificidade (97%).¹⁹ Neste estudo, o teste rK39 foi realizado em 51 casos, com uma positividade de 88,2%, indicando uma grande utilidade para o diagnóstico, principalmente em casos graves, nos quais a demora do diagnóstico pode resultar no óbito do paciente.

Por mais de 70 anos, os antimônios pentavalentes foram considerados as drogas de escolha para o tratamento da LV em todo o mundo, mas a emergência de cepas resistentes de leishmanias tem levado à avaliação de outros tratamentos, incluindo o uso das formulações de anfotericina B desoxicolato (convencional) e lipossomal.²⁰

Existe, no mundo, uma grande variação na resposta clínica às drogas antileishmanias, assim como uma variação nas recomendações das diferentes regiões afetadas. Os antimônios pentavalentes permanecem efetivos e como drogas de escolha na África, na América do Sul e em Bangladesh, Nepal e Índia (exceto Bihar do Norte), numa dose de 20 mg/kg/dia parenteral, de 21 a 30 dias.^{21,22}

O antimônio pentavalente (Glucantime[®]) foi a droga de escolha para o tratamento de 78,15% (100) dos casos de LV estudados. Apesar de o Glucantime[®] continuar sendo a droga de primeira escolha para o tratamento da LV no Brasil, o uso das formulações de anfotericina tem sido encorajado em algumas situações, com o intuito de diminuir a letalidade pelo agravo ou pela toxicidade do antimônio.^{3,4} Além do menor custo, o antimônio possui a vantagem de poder ser utilizado de forma ambulatorial.^{3,4,20,21}

Na última década, o emprego da anfotericina B lipossomal (Ambisone[®]) tem aumentado em todo o mundo como tratamento para LV, pois estudos têm demonstrado melhor eficácia terapêutica, principalmente em áreas onde há resistência ao tratamento com os antimônios. Um grande obstáculo para o seu uso ainda é o alto custo.^{20,21,22}

Alguns estudos têm consolidado as evidências de que pacientes com LV com mais de 45 anos apresentam um maior risco de morte ou de reações adversas mais severas durante o tratamento com os antimônios do que os pacientes mais jovens.²³

Com o objetivo de diminuir a letalidade por LV foi lançado no Brasil, em 2011, pelo MS, o guia 'Recomendações clínicas para redução da letalidade', no qual se estabelece a indicação das drogas leishmanicidas disponíveis para uso no Brasil. Reforça-se nesse guia a contra-indicação do Glucantime[®] nas gestantes e em pacientes com mais de 50 anos com insuficiência renal, insuficiência hepática ou insuficiência cardíaca.⁴ Verificamos, dessa forma, que apesar da contra-indicação, metade dos pacientes com mais de 50 anos teve, neste estudo, a prescrição do antimônio. Em meados de 2013, o MS ampliou a indicação de uso da anfotericina B lipossomal para o tratamento da LV, passando esta a ser considerada a droga de primeira escolha também para menores de um ano de idade; coinfectados com HIV e outras comorbidades ou usando medicamentos que comprometam a imunidade, e falha terapêutica ao antimônio de N-metil glucamina. A anfotericina B lipossomal para o tratamento da LV é ofertada de forma gratuita pelo Sistema Único de Saúde (SUS) mas, para o seu acesso, o médico solicitante deve preencher uma ficha específica, que pode ser enviada por e-mail (leishmanioses@saude.gov.br) ou digitada diretamente na plataforma do Formsus, acessando-se o endereço eletrônico http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=12043.²⁴

No Brasil, a letalidade tem aumentado, variando de 3,4% (1994) para 6,7% (2011), apresentando uma letalidade média de 5,8% nos últimos anos.^{3,4,25} A taxa de letalidade no período estudado foi superior (7,8%) à média nacional, mas inferior a um estudo anterior em Aracaju, que demonstrou uma letalidade de 8,9%.¹³

A letalidade variou de acordo com a idade e o sexo, sendo significativamente maior acima dos 40 anos, principalmente na faixa entre 40 e 49 anos, em que foi de 26,7% ($p=0,012$), como observado em alguns estudos.^{10,23} Apesar de uma maior letalidade nas mulheres, a diferença não foi significativa.

Foram identificados como fatores significativamente associados a uma maior letalidade: o edema, as hemorragias e, principalmente, a icterícia. A icterícia à admissão do paciente sugere o envolvimento hepático e tem sido identificada como um fator de gravidade, o qual pode ser piorado com o uso do Glucantime[®], pela sua hepatotoxicidade.^{10,23,25} Outros autores

também têm identificado a presença de edema como fator de risco para óbito, podendo estar associado ao envolvimento renal e à hipoalbuminemia.^{10,26}

Reconhece-se como uma limitação deste estudo a utilização de dados secundários das fichas de notificação de LV, tornando-se possível a análise apenas das variáveis nestas preenchidas.

Conclusões

O município de Aracaju pode ser classificado como área de transmissão intensa da LV, com uma média superior a 4,4 casos nos últimos três anos.³ Apesar da prevalência da doença em Aracaju e da sua alta cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF), verifica-se que a maioria dos casos ainda é diagnosticada na rede hospitalar, podendo indicar um retardo no seu diagnóstico, com possibilidade de aumento da gravidade e conseqüente alta letalidade.

Para o enfrentamento adequado da LV, além das medidas relacionadas às intervenções ambientais e ao controle vetorial, é essencial a constante atualização dos profissionais de saúde, principalmente dos médicos da atenção primária (APS) e das unidades de pronto-atendimento, para que consigam identificar precocemente os casos suspeitos, a fim de que diagnóstico e tratamento ocorram de forma oportuna. Estudos têm demonstrado que ações integradas de programas de treinamento das equipes associadas a ações de controle e integração dos serviços podem colaborar para a redução da letalidade.²⁷

É fundamental que o profissional esteja alerta para os riscos e agravos existentes no seu território. Quadros clínicos com febres intermitentes, associados à fraqueza e hepatoesplenomegalia, devem ter a pesquisa de LV como prioridade, respeitando-se a epidemiologia local, mas atentos para as possíveis alterações no padrão de distribuição desta endemia.

Agradecimentos

Agradecemos à equipe da Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe pela disponibilização dos dados.

Referências

1. Alvar J, Aparicio P, Aseffa A, Boer MD, Canavete C, Dedet JP, et al. The relationship between leishmaniasis and AIDS: the second 10 years. *Clin Microbiol Rev*. 2008;21(2):334-359. <http://dx.doi.org/10.1128/CMR.00061-07>
2. World Health Organization (WHO). Report of the Fifth Consultative Meeting on Leishmania/HIV Coinfection. Addis Ababa: WHO; 2007. Disponível em: http://www.who.int/leishmaniasis/resources/Leishmaniasis_hiv_coinfection5.pdf
3. Ministério da Saúde (BR). Guia de vigilância epidemiológica: Leishmaniose visceral. 7ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
4. Ministério da Saúde (BR). Leishmaniose visceral: recomendações clínicas para redução da letalidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
5. Albuquerque PLMM, Silva Júnior GB, Freire CCF, Oliveira SBC, Almeida DM, Silva HF, et al. Urbanization of visceral leishmaniasis (kala-azar) in Fortaleza, Ceará, Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26(4):330-3. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892009001000007>
6. Marzochi MCA, Fagundes A, Andrade MV, Souza MB, Madeira MF, Mouta-Confort E, et al. Visceral leishmaniasis in Rio de Janeiro, Brazil: eco-epidemiological aspects and control. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2009;42(5):570-580. <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822009000500017>
7. Silva AR, Tauil PL, Cavalcante MNS, Medeiros MN, Pires BN, Gonçalves EGR. Situação epidemiológica da leishmaniose visceral na Ilha de São Luís, Estado do Maranhão. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2008;41(4):358-64. <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822008000400007>
8. Maia-Elkhoury ANS, Alves WA, Sousa-Gomes ML, Sena JM, Luna EA. Visceral leishmaniasis in Brazil: trends and challenges. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(12):2941-47. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001200024>
9. Mestre GLC, Fontes CJF. A expansão da epidemia da visceral leishmaniose visceral no Estado de Mato Grosso, 1998-2005. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2007;40(1):42-48. <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822007000100008>
10. Oliveira JM, Fernandes AC, Dorval MEC, Alves TP, Fernandes TD, Oshiro ET, et al. Mortalidade por leishmaniose visceral: aspectos clínicos e laboratoriais. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2010;43(2):188-93. <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822010000200016>

11. Tavares LMSA, Tavares ED. Incidência, distribuição geográfica e aspectos ambientais das áreas endêmicas da Leishmaniose Visceral em Sergipe. *Inf Epidemiol SUS*. 1999;8(1):47-52. <http://dx.doi.org/10.5123/S0104-16731999000100006>
12. Jeraldo VLS, Góes MAO, Casanova C, Melo CM, Araújo ED, Brandão-Filho SP, et al. Sandfly fauna in an area endemic for visceral leishmaniasis in Aracaju, State of Sergipe, Northeast Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2012;45(3):318-322. <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822012000300008>
13. Góes MAO, Melo CM, Jeraldo VLS. Time series of visceral leishmaniasis in Aracaju, state of Sergipe, Brazil (1999 to 2008): human and canine aspects. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(2):298-307. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000200007>
14. Pastorino AC, Jacob CMA, Oselka GW, Carneiro-Sampaio MMS. Leishmaniose visceral: aspectos clínicos e laboratoriais. *J Pediatr*. 2002;78(2):120-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572002000200010>
15. Xavier-Gomes LM, Costa WB, Prado PF, Oliveira-Campos M, Leite MTS. Características e epidemiológicas da leishmaniose visceral em crianças internadas em um hospital universitário de referência no norte de Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2009;12(4):549-55. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2009000400005>
16. Gil-Prieto R, Walter S, Alvar J, Miguel AG. Epidemiology of leishmaniasis in Spain based on hospitalization records (1997-2008). *Am J Trop Med Hyg*. 2011;85(5):820-825. <http://dx.doi.org/10.4269/ajtmh.2011.11-0310>
17. Nunes WS, Araújo SR, Calheiros CML. Epidemiological profile of leishmaniasis at a reference service in the State of Alagoas, Brazil, from January 2000 to September 2008. *Braz J Infect Dis*. 2010;14(4):342-5. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-86702010000400005>
18. Rigo RS, Rigo L, Honer MR. Aspectos Clínicos e Laboratoriais na Leishmaniose Visceral Americana. *J Bras Nefrol*. 2009;31(1):48-54. Disponível em: http://www.jbn.org.br/detalhe_artigo.asp?id=9
19. Romero GAS, Boelaert M. Control of visceral leishmaniasis in Latin America - A systematic review. *PLoS Negl Trop Dis*. 2010;4(1):1-17. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0000584>
20. Rosenthal E, Delaunay P, Jeandel PY, Haas H, Pomares-Estran C, Marty P. Liposomal amphotericin B as treatment for visceral leishmaniasis in Europe, 2009. *Med Mal Infect* 2009;39(10):741-4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medmal.2009.05.001>
21. Bern C, Adler-Moore J, Berenguer J, Boelaert M, Den Boer M, Davidson RN, et al. Liposomal amphotericin B for the treatment of visceral leishmaniasis. *Clin Infect Dis*. 2006;43(7):917-24. <http://dx.doi.org/10.1086/507530>
22. Sundar S, Chakravarty J. Liposomal amphotericin B and leishmaniasis: dose and response. *J Glob Infect Dis*. 2010;2(2):159-166. <http://dx.doi.org/10.4103/0974-777X.62886>
23. Chappuis F, Alirol E, Worku DT, Mueller Y, Ritmeijer K. High mortality among older patients treated with pentavalent antimonials for visceral leishmaniasis in East Africa and rationale for switch to liposomal amphotericin B. *Antimicrob Agents Chemother*. 2011;55(1):455-456. <http://dx.doi.org/10.1128/AAC.01298-10>
24. Ministério da Saúde (BR). SVS divulga novo protocolo de tratamento da leishmaniose visceral. *Portal Saúde*. 2013 Sep 25 [acesso em 2013 Sept 20]. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/profissional-e-gestor/vigilancia/noticias-vigilancia/7700->
25. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Letalidade por Leishmaniose Visceral no Brasil, 1990 a 2011. Brasília 2012 [acesso em 2013 Dec 28]. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2012_11_letalidade_por_lv_entre_1990_e_2011.pdf
26. Alvarenga DG, Escalda PMF, Costa ASV, Monreal MTFD. Leishmaniose visceral: estudo retrospectivo de fatores associados à letalidade. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2010;43(2):194-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822010000200017>
27. Luz ZMP, Carneiro M, Schall V, Rabello A. The organization of health services and visceral leishmaniasis: an integrated intervention to improve diagnosis and treatment. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(5):1177-1184. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000500024>

Rechazo parental en homosexuales de una unidad de medicina familiar

Rejeição parental em homossexuais de uma unidade de medicina familiar

Parental rejection of homosexuals in a family primary health care unit

Donovan Casas Patiño. Centro Universitario-Amecameca de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM). Amecameca, Estado de México, México. capo730211@yahoo.es (*Autor correspondiente*)

Alejandra Rodríguez Torres. Unidad de Medicina Familiar 195 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Chalco, Estado de México, México. aledefra2001@yahoo.com.mx

Camila Pereira Abagaro. Unidad Académica Profesional-Nezahualcóyotl de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM). Nezahualcóyotl, Estado de México, México. camila.abagaro@gmail.com

Resumen

Objetivo: Conocer la frecuencia de rechazo parental en pacientes homosexuales de una unidad de medicina familiar. **Métodos:** estudio de tipo descriptivo donde se aplicó el instrumento de Rechazo Familiar de Lozano-Díaz (2010) a 39 padres de familia de homosexuales adscritos a la Unidad de Medicina Familiar n° 195 de Chalco, México. La muestra no probabilística y por conveniencia se obtuvo en la consulta de medicina familiar, con ayuda de trabajadores sociales, concertando citas con los padres de pacientes reconocidos como homosexuales. **Resultados:** 1) Hubo una mayor actitud negativa hacia la homosexualidad por la rama paterna; 2) Hubo un alto sentimiento de deshonra familiar por tener en la familia un hijo o hija homosexual; 3) Se consideró altamente desagradable la preferencia sexual hacia el mismo sexo; 4) No se aceptan los lazos matrimoniales entre parejas del mismo sexo. **Conclusiones:** Se puede afirmar que el rechazo parental al hijo/hija homosexual fue considerablemente alto en el grupo investigado. Cabe mencionar que estos pacientes deben ser abordados no sólo individualmente sino en su entorno familiar. La búsqueda de alternativas no biomédicas puede ayudar a la aceptación de la expresión homosexual, disminuyendo la discriminación en el ambiente familiar, y, por ende, en el institucional.

Resumo

Objetivo: Conhecer a frequência de rejeição parental em pacientes homossexuais de uma unidade de medicina familiar. **Métodos:** Estudo do tipo descritivo, no qual foi aplicada a escala de 'Rejeição familiar' de Lozano-Díaz (2010) a 39 pais de família de pacientes homossexuais adscritos à Unidade de Medicina Familiar n° 195 de Chalco, México. A amostra não probabilística e por conveniência foi obtida na consulta de Medicina Familiar, com a ajuda do serviço social, marcando consultas com os pais de pacientes reconhecidos como homossexuais. **Resultados:** 1) Houve uma maior atitude negativa frente à homossexualidade pelo lado paterno; 2) Houve um alto sentimento de desonra familiar por ter na família um filho ou uma filha homossexual; 3) Considerou-se altamente desagradável a preferência sexual pelo mesmo sexo; 4) Não se aceitam os laços matrimoniais entre casais do mesmo sexo. **Conclusões:** Pode-se afirmar que a rejeição parental em relação a filho/filha homossexual foi consideravelmente alta no grupo pesquisado. Cabe mencionar que estes pacientes devem ser abordados não somente individualmente, mas também em seu entorno familiar. A busca de alternativas não biomédicas pode auxiliar uma aceitação da expressão homossexual, diminuindo a discriminação no ambiente familiar e, conseqüentemente, no ambiente institucional.

Abstract

Objective: To know the frequency of parental rejection in homosexual patients in a family primary health care unit. **Methods:** A descriptive study carried out by the application of the Family Rejection instrument by Lozano-Díaz (2010) to 39 parents of homosexual patients assigned to the Family Medicine Unit n° 195 in Chalco, Mexico. The non-probabilistic convenience sample was obtained in family medicine consultations and appointments with the parents of patients recognized as homosexuals were arranged with the help of social workers. **Results:** 1) The worst negative attitude towards homosexuality was observed in the fathers; 2) There was a great feeling of family dishonor to have a homosexual son or daughter; 3) It was considered very unpleasant to have sexual preference for the same sex; 4) Marriages were not accepted between same-sex couples. **Conclusions:** It is possible to state that the parental rejection of homosexuals was considerably high in the group investigated. It is noteworthy that these patients need to be addressed not only individually, but also with their families. The search for non-biomedical alternatives can provide an opportunity for the acceptance of homosexual expression, reducing discrimination within the family unit, and hence in social environments.

Como citar: Casas Patiño D, Rodríguez Torres A, Pereira Abagaro C. Rechazo parental en homosexuales de una unidad de medicina familiar. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(31): 127-32. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(31\)547](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(31)547)

Palabras clave:

Homosexualidad
Medicina Familiar y Comunitaria
Homofobia

Palavras-chave:

Homossexualidade
Medicina de Família e Comunidade
Homofobia

Keywords:

Homosexuality
Family Practice
Homophobia

Financiación:

ninguna declarada.

Aprobación ética:
Comité Local Multidisciplinario de Investigación Nezahualcóyotl, del Instituto Mexicano de Seguro Social 2012-02-06.

Conflicto de intereses:

ninguno declarado.
Recibido el: 19/08/2012.
Aceptado el: 29/12/2013.

Introducción

A lo largo del tiempo la familia ha sido objeto de múltiples cambios y transformaciones. Su evolución y significación está determinada por el proceso socio-cultural y económico de cada región.¹⁻³ Esto ha sido estudiado por sociólogos, psicólogos, antropólogos, abogados y es algo que el médico de atención primaria debe también comprender.⁴⁻⁶ El hecho de que la propia historia familiar ha provocado el desarrollo social de hoy en día, ha sido objeto de reflexión con los alcances y límites de sus primeros estadios, pues se trata de una compleja organización social que ha enfrentado, hasta la fecha, multifacéticos problemas que han permitido la continuidad y supervivencia de la especie humana.⁷⁻⁹

La familia determina la adaptabilidad del individuo a la sociedad - por lo que se trata de un entorno social entrópico de reproducción social inevitablemente cargado de historia - y también se puede acotar que el ser humano es un modelo modificable en sus derechos y obligaciones,^{1,5,10} responsable tanto en el ámbito privado como en el público, la cual interesa a la sociedad de cada momento histórico porque es ahí donde se reproduce la actividad de cada sociedad, donde el individuo es formado y adoctrinado con lo que debe ser y con lo que debe hacer. ¿Qué sucede cuando esto no se cumple? Respecto a la preferencia sexual, saber, sin ningún género de dudas, si este individuo es aceptado o rechazado por el núcleo familiar es de suma importancia para la Medicina Familiar (MF) puesto que “*la familia*” es el objeto de su especialidad, la cual juega el papel más importante dentro del ámbito de esta profesión. La familia y la especialidad en medicina familiar evolucionan al unísono, y, por tanto, se necesitan herramientas de comprensión y análisis de toda la diversidad sexual en las personas que acuden a la atención primaria.

Aunado a lo anterior se puede afirmar que la familia es un objeto complejo, cuya complejidad radica en que sus miembros interactúan en un espacio social articulado con otras estructuras sociales, que teje y construye relaciones horizontales y verticales, directas y alternas con otros espacios de la sociedad. Entender la familia desde el enfoque de la medicina familiar nos ayuda a entender los desiguales cambios de adaptación a que se enfrenta el individuo que busca su adaptación social en un mundo sexualmente diversificado.

El médico de familia debe estar capacitado para orientar, derivar y atender, sin prejuicios científicos o sociales, a las familias que presenten una disfunción familiar originada por diferencias en la preferencia sexual de alguno de sus integrantes. Por este motivo se hace prioritario, en la Atención Primaria de Salud (APS), investigar la actitud de los familiares que tienen en su núcleo a un homosexual, puesto que aquí se puede brindar atención y prevención del daño familiar en cada integrante, y así contener y derivar oportunamente a los servicios de psicología y trabajo social, para una integración familiar derivada de la diferencia en la preferencia sexual. Cabe mencionar que hasta este momento no existe una investigación de esta índole en la APS en México y no se cuenta con datos estadísticos respecto a las personas con diferencias en la preferencia sexual. La significativa evolución de la familia y la apertura sexual en este siglo obliga a los profesionales de la APS y de la medicina familiar a tener una postura de análisis respecto a la preferencia sexual diferente de la que tienen las personas del núcleo familiar, para poder intervenir de manera acertada en favor de la integración familiar.

La homosexualidad es una orientación sexual y se define como la interacción o atracción sexual, emocional, sentimental y afectiva hacia individuos del mismo sexo. Etimológicamente, la palabra homosexual es un híbrido del griego *homós* (igual) y del adjetivo latino *sexualis*, lo que sugiere una relación sexual y sentimental entre personas del mismo sexo. El término fue empleado por primera vez en 1869 por Karl-Maria Kertbeny, y el libro *Psychopathia Sexualis* de Richard Freiherr von Krafft-Ebing popularizó el concepto, en 1886. La palabra *gay* es un adjetivo o sustantivo que identifica a las personas homosexuales, sin importar su género. Desde 1973, la comunidad científica internacional considera que la homosexualidad no es una enfermedad, sino una preferencia sexual.¹¹⁻¹³ Sin embargo el CIE 10 de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su capítulo relativo a los “trastornos mentales y del comportamiento” (F668-número asignado para codificación internacional) continúa patologizando a la homosexualidad, reforzando con esto la supremacía, dominancia y legitimidad de las prácticas heterosexuales, y, por otro lado, discriminando y estigmatizando la homosexualidad,^{5,14} junto con toda aquella manifestación visible de comportamiento o erotismo que se salga del “círculo mágico” de la sexualidad heterosexual.⁵

En el mismo sentido, la reproducción de valores, códigos y significados del sistema sexo/género que determina las características que debe tener un “verdadero hombre” y una “buena mujer” - a través del modelo patriarcal, androcéntrico y heterosexista - y que continúa con los discursos condenatorios hacia la diversidad sexual, con los que estos individuos se invisibilizan, degradan o asesinan, sin importar su condición de persona y todo esto por el mero hecho de buscar la expresión libre de su sexualidad. Anclar esta investigación en la APS es brindar la oportunidad para que se abran nuevas puertas a este mundo cambiante, donde impere la dignidad humana y la igualdad de derechos tanto individual como colectivamente, donde la medicina familiar aporte elementos de participación con los que entender que la diversidad sexual no es una anomalía.

Métodos

Con este marco teórico se llevó a cabo una investigación de tipo descriptivo, en una Unidad de Medicina Familiar (UMF) en el límite oriental del Estado de México, perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ubicada en el municipio de Chalco. Se utilizó el instrumento de Lozano-Díaz^{15,16} por dos razones: a) El instrumento cuenta con alto nivel de confiabilidad (0,9) y validez interna, y; b) El instrumento tiene cuatro factores (indicadores o categorías) que son de suma importancia: **1) Discriminación a la expresión homosexual** - se vincula con un menosprecio hacia la homosexualidad, con prejuicios y mitos; **2) Rechazo familiar** - describe la conducta asumida en la familia hacia la homosexualidad y hacia los miembros homosexuales de otros grupos familiares; **3) Rechazo social** - describe el rechazo basado en normas de importantes instituciones sociales, como la iglesia y la familia; y **4) Rechazo personal** - se trata de creencias y conductas provenientes de individuos que no aceptan la expresión homosexual. Para esta investigación es importante subrayar que la categoría “rechazo familiar” cumple con el objetivo planteado en la investigación, por lo cual únicamente implementamos este fragmento, y tiene una escala de calificación que abarca los siguientes niveles: actitud positiva, actitud favorable, actitud indiferente y actitud desfavorable.

Se aplicó este instrumento en su categoría “Rechazo Familiar”, con previo consentimiento informado, a 39 padres de familia con hijos homosexuales adscritos a la UMF 195 “Chalco” IMSS. La muestra fue obtenida, de manera no probabilística y por conveniencia, en la consulta de medicina familiar, con ayuda de los trabajadores sociales, en un período de seis meses (de marzo a diciembre del año 2011) interrogando a los usuarios respecto a su preferencia sexual. De este grupo se categorizó su preferencia sexual de la siguiente manera: gay, lesbiana y bisexual. Se concertaron citas con los padres y los hijos homosexuales adscritos a la UMF 195 para que, una vez obtenido el permiso por ambas partes, se autorizara al equipo de trabajadores sociales la aplicación del instrumento.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa del Comité Local Multidisciplinario de Investigación Nezahualcóyotl, del Instituto Mexicano de Seguro Social, protocolo de investigación número 2012/02/06.

Resultados

Se estudió a 39 padres y madres de pacientes homosexuales de los cuales 28 (71,7%) eran mujeres y 11 (28,3%) eran hombres. La media de edad para los familiares fue de 43 años con un valor mínimo de 32 años y máximo de 53 años. Respecto a la categorización de los pacientes encontramos 21 *gays* y 8 lesbianas, la edad media fue de 23 años, con un valor mínimo de 17 años y máximo de 31 años.

El instrumento de Lozano-Díaz mostró las siguientes variables: a) La deshonra para una madre al enterarse de que su hijo/a es homosexual; b) La deshonra para un padre al enterarse de que su hijo/a es homosexual; c) La peor deshonra para una familia es que su hijo/a sea homosexual; d) Yo creo que los homosexuales son desagradables, y e) La idea de matrimonio homosexual la encuentro ridícula (Cuadro 1).

Respecto a “deshonra para un padre o madre si su hijo/a es homosexual”, por género, encontramos que los hombres, al igual que las mujeres, obtuvieron una muy alta actitud desfavorable. Respecto a actitud indiferente no existió una diferencia significativa entre los géneros, y respecto a actitud favorable sólo una madre contestó afirmativamente, lo cual podría ser un sesgo. En cuanto a “deshonra familiar por tener un hijo o hija homosexual” encontramos una muy alta actitud desfavorable, al igual que baja puntuación en actitud indiferente, y sólo un familiar respondió favorablemente.

Cuadro 1. Actitud de los padres y madres de hijos homosexuales adscritos a la UMF 195 IMSS, Chalco, México, 2011.

Variable	Actitud Desfavorable	Actitud Indiferente	Actitud Favorable	Actitud Positiva
Deshonra para una madre al enterarse de que su hijo/a es homosexual	75%	21,4%	3,6%	0%
Deshonra para un padre al enterarse de que su hijo/a es homosexual	81,8%	18,2%	0%	0%
La peor deshonra para una familia es que su hijo/a sea homosexual	84,6%	12,8%	2,6%	0%
Yo creo que los homosexuales son desagradables	76,9%	23,1%	0%	0%
La idea de matrimonio homosexual la encuentro ridícula	89,8%	7,6%	2,6%	0%

Origen: Datos obtenidos del concentrado de la categoría Rechazo Familiar.

Se obtuvieron en la categoría d), “Yo creo que los homosexuales son desagradables”, un muy alto grado de actitud desfavorable, un muy bajo grado de actitud indiferente, con nula respuesta tanto en actitud favorable como en actitud positiva.

La proporción de padres y madres que puntuó la categoría e), “idea de matrimonio homosexual como ridícula”, demuestra una muy alta actitud desfavorable y muy baja actitud indiferente, con solo un familiar siendo favorable.

Discusión

En esta investigación observamos que el rechazo de un padre o madre si su hijo/a es homosexual es muy alto, con una actitud desfavorable en ambos géneros. Este condicionante es muy importante puesto que el padre o la madre son los jefes de familia, y de ellos depende la construcción cultural respecto a la homofobia en nuestra sociedad. Los mitos y preceptos iniciales respecto a la homofobia se prepararon para el nuevo individuo dentro de una familia.

Respecto a la variable “deshonra familiar por un hijo/a homosexual”, encontramos una muy alta actitud desfavorable al igual que la percepción respecto a la variable “yo creo que los homosexuales son desagradables”. La familia construye significados de la cultura, y los toma como propios, reproduciéndolos en los individuos que conforman la familia. En este caso podemos observar que la deshonra y el rechazo se conforman dentro de la familia como violencia simbólica aprendida en el seno familiar y que se reproduce ilimitadamente en lo social: por un lado la familia constituye un significado de gran importancia hacia la homofobia y por otro lado los medios masivos de comunicación lo refuerzan con mofas y señalamientos a aquellos que practican la diversidad sexual.

Un elevado rechazo por parte de la familia hacia la orientación o identidad sexual del hijo, en jóvenes homosexuales y transexuales, multiplica por ocho el riesgo de suicidio, mientras que también incrementa las posibilidades de que el joven consuma drogas y de que contraiga el VIH, al multiplicarlas por tres. Este rechazo les provoca, además, una baja autoestima y un mayor aislamiento.^{17,18}

La idea del matrimonio homosexual por parte de los familiares demostró una actitud ridícula en su práctica, a pesar de los derechos constituidos por la Constitución Federal Mexicana (Reforma Mexicana 10 de junio 2011). A partir de esta ley, en México la familia puede considerarse como un fenómeno social y no un ideal a seguir, entendiéndose que la familia fomenta y protege conductas violentas hacia la homofobia, las cuales se aprenden como ideales de una sociedad. Es más probable que aquellos jóvenes homosexuales y transexuales que han sido apoyados por sus familias, formen una familia en el futuro, puesto que los resultados demuestran que el 90% de los jóvenes rechazados no quieren formarla.^{12,19-21}

La sociedad mexicana y su cultura sexual están aún influenciadas por el conservadurismo de la heterosexualidad, y dicha norma sexual se perpetúa por medio del machismo y la homofobia.^{22,23} Una familia con fuerte vínculo emocional y compromiso familiar, producto del sentimiento de pertenencia, dará mejor acogida a este miembro con preferencia sexual homosexual que aquellas otras familias disfuncionales donde los vínculos y relaciones se desarrollen más por conveniencia o por funcionalidad.^{18,21-24}

Las sociedades definen su alteridad, los límites del orden y la orientación de la conducta que resulta apropiada. Sin embargo, frente al orden instituido coexiste un orden del simulacro, soportado en lógica y actuaciones que se configuran al margen, desde la resistencia a ese orden pautado.²⁵ ¿Cómo se puede explicar en el seno familiar que el homosexual sea parte de la sociedad cuando dicha cultura está llena de tabúes discriminatorios, que de alguna manera se perpetúan en la familia? Sus integrantes deben considerar que el individuo con diferente preferencia sexual es otro miembro más de la familia, con los mismos derechos y obligaciones, y que no puede ser delegado ni discriminado del seno familiar. La alteridad se cristaliza en formas inéditas de miedo y temor a todo aquello que es diferente, para el sujeto “desviado” de la normalidad. La sexualidad es un fenómeno social porque es histórico, cambiante y sólo definible en el contexto de una cultura; es, por ende, un constructo histórico. Como hecho sociocultural, la sexualidad contemporánea está fuertemente influida por el feminismo, la liberación sexual y la construcción de la identidad y por el orgullo gay y lésbico.

Este estudio tiene varias limitaciones como, por ejemplo, el de contar con una muestra muy limitada, lo que puede estar relacionado con la falta de reconocimiento social hacia la preferencia sexual diferente. Tampoco se consideraron determinantes sociales ni tipología familiar, aunque sí que se buscó dar inicio a dichos estudios dentro de instituciones de servicios de salud, ya que se trata de un grupo minoritario discriminado por estigmatizaciones sociales, familiares, culturales, económicas y de salud.

Conclusiones

Es posible afirmar que el rechazo parental al hijo homosexual fue considerablemente alto en el grupo investigado. Cabe mencionar que estos pacientes deben ser abordados no sólo individualmente sino también en su entorno familiar. La búsqueda de alternativas, no sólo biomédicas, brindará la oportunidad de tener una aceptación de la expresión homosexual, disminuyendo la discriminación en el seno familiar y, por ende, en el institucional.

Por un lado, la construcción social en torno a la homosexualidad se instaura en el seno familiar ocasionando disfunción familiar y, por ende, rechazo familiar; este rechazo puede conducir a conductas de frustración, bordeando el aislamiento y la represión. La homosexualidad como hecho sociocultural ha incidido, en muy poco tiempo, en la transformación tanto de las pautas de afectividad como de cuidado de pareja, pero al mismo tiempo ha generado resistencia en ciertas estructuras sociales que le son adversas, tales como la iglesia, los partidos de derecha, etc.

La Medicina Familiar debe iniciar alternativas junto con la psicología y el trabajo social, para integrar dichas familias: valorando el grado de disfunción familiar asociado al rechazo familiar del paciente homosexual, y realizando terapias de intervención, con el objetivo de integrar a estos pacientes en su entorno familiar. La atención primaria de salud, debe fomentar la igualdad en los derechos universales de estos pacientes, así como su accesibilidad a los servicios de salud.

Referencias

- Casas D, Jarillo E, Montealegre M, Irigoyen A, Casas I. La complejidad de la familia: una aproximación teórica desde la medicina familiar y la salud colectiva. *Arch Med Fam*. 2011;13(3):141-154.
- Delval J. El desarrollo humano. México: Siglo veintiuno editores; 2009. p. 210-218.
- Padilla S, Quintero M, Velázquez E. Género y salud. México: Editorial Miguel Ángel Porrúa; 2012. p. 57-82.
- Garrido L, Gil E. Estrategias familiares. Madrid: Alianza editorial; 1993. p. 181-183.
- Fonseca C. Derechos Humanos, amor y sexualidad. México: Editorial Miguel Ángel Porrúa; 2013. p. 29-47.
- Chavez J. Género y familia. México: Editorial Plaza y Valdez; 2008. p. 11-20.
- Barrón Rivera AJ, Palma Cham AG, Juárez Huerta L. Actitud del médico familiar ante el paciente con VIH/SIDA. Factores relacionados. *Rev Med IMSS* [Internet]. 2000 [última consulta el 2013 Jul 24];38(3):203-209. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=302861&indexSearch=ID>
- Caitlin R, Huebner D, Diaz RM, Sanchez J. Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics* [Internet]. 2009 [última consulta el 2013 Jul 18];123(1):346-352. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2007-3524>
- Díaz R, Ayala G, Bein E, Jenne J, Marin BV. The impact of homophobia, poverty, and racism on the mental health of Latino gay men. *Am J Public Health*. [Internet]. 2001 [última consulta el 2013 Jul 11];91(6):927-932. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.91.6.927>
- Binson D, Blair J, Huebner D, Woods J. Sampling in surveys of lesbian, gay, and bisexual people. In: Meyer IH, Northridge ME, editors. *The Health of Sexual Minorities: Public Health Perspectives on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations*. [Internet]. 2002 [última consulta el 2013 Jul 24];30(5):364-374. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X\(01\)00415-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X(01)00415-3)
- Bontempo D, D'Augelli AR. Effects of at-school victimization and sexual orientation on lesbian, gay, or bisexual youths' health risk behavior. *J Adolesc Health*. [Internet]. 2002 [última consulta el 2013 Jul 24];30(5):364-374. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X\(01\)00415-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X(01)00415-3)
- Ryan C, Futterman D. Lesbian and gay youth: Care and counseling. *J Adolesc Med*. 1997;8(2):207-374.
- Ardila R. Homosexualidad y psicología. Bogotá: Ed Manual Moderno; 1998. p. 75-8.
- Foucault, M. Historia de la sexualidad (La voluntad de saber). México: Editorial Siglo Veintiuno Editores; 2004. p. 62-67.
- Lozano V. El significado de homosexualidad en jóvenes de la Ciudad de México. *Rev Enseñ Inv Psic*. 2009; [Internet]. 2009 [última consulta el 2013 Jul 14];14(1):153-168. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29214111>
- Verduzco L, Díaz-loving R. Medición de la homofobia en México: Desarrollo y validación. *RIDEP*. [Internet]. 2010 [última consulta el 2013 Jul 02];30(2):105-124. Disponible en: http://www.aidep.org/03_ridep/r30/RIDEP%2030%20-6.pdf
- Granados J. La vivencia del rechazo en homosexuales universitarios de la Ciudad de México y situaciones de riesgo para VIH/sida. *Salud Publica Mex*. [Internet]. 2009 [última consulta el 2013 Jul 01];51(6):482-488. Disponible en: <https://siid.insp.mx/textos/com-38121023.pdf>

18. Romero D. Homosexualidad y familia: ¿integración o rechazo? [tese na Internet]. Santiago de Chile: Universidad Academia de Humanismo Cristiano; 2011 [accesado 2013 Jul. 22]. Disponible en: <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/123456789/214/1/Tesis%20Final.pdf>
19. Ilan H. Wilson P. Sampling Lesbian, gay and bisexual populations. *J Couns Psychol.* [Internet]. 2009 [última consulta el 2013 Jul 02];56(1):23-31. Disponible en: <http://www.columbia.edu/~im15/papers/sampling.pdf>
20. Hoffman N, Freeman K, Swann S. Healthcare preferences of lesbian, gay, bisexual, transgender and questioning youth. *J Adolesc Health.* [Internet]. 2009 [última consulta el 2013 Jul 15];45(3):222-229. Disponible en: [http://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(09\)00096-2/abstract](http://www.jahonline.org/article/S1054-139X(09)00096-2/abstract)
21. Lock J, Steiner H. Gay, lesbian, and bisexual youth risks for emotional, physical, and social problems: results from a community-based survey. *J Am Acad Child Adolesc.* [Internet]. 2009 [última consulta el 2013 Jul 15];45(3):222-229. Disponible en: [http://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(09\)00096-2/abstract](http://www.jahonline.org/article/S1054-139X(09)00096-2/abstract)
22. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull.* [Internet]. 2003 [última consulta el 2013 Jun 30];129(5):674-697. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
23. Lizarraga X. Una historia sociocultural de la homosexualidad: notas sobre un devenir silenciado. Barcelona: Editorial Paidós; 2003. p. 176-9.
24. Lamas M. Cuerpo: diferencia sexual y género. México: Editorial Taurus; 2002. p. 28-45.
25. Baudrillard J. Figuras de la alteridad. Madrid: Editorial Taurus; 2000. p. 34-45.

Percepção masculina sobre violência: um olhar dos usuários de serviços de saúde em Marília, São Paulo, Brasil

Male perception on violence: a view of the users of health services in Marília, São Paulo state, Brazil

Percepción masculina sobre la violencia: una visión de los usuarios de servicios de salud en Marília, São Paulo, Brasil

Carolina Barretos Fernandes. Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Marília, SP, Brasil. ca_fernandes@hotmail.com (Autora correspondente)
Vinicius Spazzapan Martins. Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Marília, SP, Brasil. v_spazzapan@hotmail.com
Janiele dos Santos. Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Marília, SP, Brasil. janielestos@famema.br
Nathalia Mendes da Silva. Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Marília, SP, Brasil. nath_mendes@hotmail.com
Juliana Carvalho Bortoleto. Secretaria Municipal de Saúde de Marília. Marília, SP, Brasil. jubortoleto@hotmail.com
Sueli Moreira Pirolo. Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Marília, SP, Brasil. pirolom@famema.br

Resumo

Objetivo: este estudo buscou analisar a percepção masculina de violência a partir de sua compreensão de atos violentos. **Métodos:** trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório no qual foram entrevistados 600 homens, entre 18 e 59 anos, pacientes ou acompanhantes de pacientes de um pronto atendimento de referência para a Estratégia Saúde da Família, de um pronto-socorro e de um ambulatório de especialidades do Departamento Regional de Saúde de Marília-SP. A coleta de dados ocorreu por meio de um questionário estruturado a respeito de identificação e de julgamento sobre atos violentos. **Resultados:** agressão à criança com arma de fogo, gritar e bater em criança foram caracterizados pelos homens entrevistados como atos extremamente violentos. Atos de agressão física como: socos, ameaças e tapas, foram considerados como muito violentos. Situações de média violência foram discussões entre casais, cenas de empurrão, homem segurando mulher pelos cabelos e mulher que chuta um homem. Atitudes consideradas como pouco violentas foram quando a mulher é autora de violência psicológica no casal. **Conclusão:** identificou-se um processo de naturalização de ações violentas pela ótica dos homens, o que requer um debate coletivo, tanto no setor de saúde quanto na sociedade em geral, para que ocorram soluções coletivas para o enfrentamento da violência enquanto problema de saúde pública.

Abstract

Objective: This study sought to analyse males' perception on violence based on their own understanding of violent acts. **Methods:** This is a cross-sectional, descriptive, exploratory study in which 600 men, patients or companions of patients, from 18 to 59 years old, were interviewed in a reference emergency service for the Family Health Strategy and in a specialty clinic of the Regional Health Department in the municipality of Marília, São Paulo state. Data collection occurred through a structured questionnaire regarding identification and judgment of violent acts. **Results:** Aggression towards a child by means of a fire gun, shouting and beating, were characterized by male respondents as extremely violent acts. Acts of physical aggression such as punches, threats and slaps were considered violent as well. Arguments between couples, scenes of pushing, man holding woman by the hair, and woman kicking men were considered acts of mild violence. Female psychological violence was regarded as little violent attitude. **Conclusion:** It was possible to identify a process of naturalization of violent actions from the perspective of men, which requires extensive debate both, in the health sector and in society in general, in order to achieve collective solutions to violence as a public health issue.

Palavras-chave:

Violência
Atenção Primária à Saúde
Masculino

Keywords:

Violence
Primary Health Care
Male

Fonte de financiamento:
PET-Saúde.

Parecer CEP:
FAMEMA protocolo 1213/10.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Recebido em: 16/08/2012.
Aprovado em: 02/01/2014.

Como citar: Fernandes CB, Martins VS, Santos J, Silva NM, Bortoleto JC, Pirolo SM. Percepção masculina sobre violência: um olhar dos usuários de serviços de saúde em Marília, São Paulo, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(31):133-41. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(31\)553](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(31)553)

Resumen

Objetivo: este estudio tuvo como objetivo analizar la percepción masculina de la violencia a través de su comprensión de los actos violentos. **Métodos:** se trata de un estudio transversal, descriptivo y exploratorio, donde se entrevistaron a 600 hombres entre 18 y 59 años, pacientes o acompañantes de pacientes, en un servicio de emergencia para la Estrategia de Salud Familiar y un servicio de urgencias de un ambulatorio de especialidades del Departamento Regional de Salud de Marília-SP. Los datos se recogieron utilizando un cuestionario estructurado con respecto a la clasificación y evaluación de los actos violentos. **Resultados:** la agresión al niño usando arma de fuego, así como los gritos y golpes, se caracterizaron como actos de extrema violencia por los hombres encuestados. Los actos de agresión física tales como golpes, amenazas y bofetadas se consideraron demasiado violentos. Las discusiones entre parejas, empujones, hombre agarrando a la mujer por el pelo y la mujer pateando al hombre, se consideraron situaciones de violencia moderada. Las actitudes consideradas como poco violentas fueron aquellas en que la mujer practicaba la violencia psicológica en su pareja. **Conclusión:** se identificó un proceso de naturalización de las acciones violentas desde la perspectiva de los hombres, lo que requiere un amplio debate, tanto en el sector de la salud como en la sociedad en general, para conseguir soluciones colectivas para el enfrentamiento de la violencia como un problema de salud pública.

Palabras clave:

Violencia
Atención Primaria de Salud
Masculino

Introdução

O fenômeno da violência, até a década de 1960, foi historicamente conduzido pelas áreas do direito criminal e da segurança pública, não sendo aceita a premissa de que constituía um problema de saúde pública.¹ Com o avanço dos estudos na área, observou-se que a violência era um disparador para processos de adoecimento, trazendo consequências como: aumento significativo na incidência de transtornos psiquiátricos, dificuldades de aprendizagem, abuso de álcool e de outras substâncias, baixa autoestima, comportamento violento, além dos altos custos envolvidos direta e indiretamente com estas situações.^{2,3} Dessa forma, houve necessidade da incorporação da violência como objeto da saúde pública a fim de prevenir, examinar e delinear planos para intervir na determinação do processo saúde-doença.

A violência está presente no cotidiano das relações sociais, no entanto existem divergências conceituais entre autores que estudam essa temática. Alguns conceitos sinalizam aspectos sociais desse fenômeno ou aspectos de saúde diante dos danos provocados pelas lesões físicas, psíquicas e morais, comprometendo a qualidade de vida das pessoas em situação de violência.

Burke⁴ compreende violência como um fenômeno aprendido e culturalizado, mas que passa a fazer parte dos pensamentos, mimetizando ser do biológico. Também, tem sido conceituada como abuso de poder⁵ que visa o outro para destruí-lo, atingindo a humanidade como um todo.⁶ Trata-se de um fenômeno de herança comum a todas as classes sociais, culturas e sociedades, o que fortalece a teoria de que seja intrínseco ao próprio processo civilizatório, podendo se manifestar de diversas maneiras.⁷

Situações de vulnerabilidade acerca da violência no cenário da Estratégia Saúde da Família (ESF) são vivenciadas pelos profissionais de saúde no cotidiano dos serviços, porém, na maioria das vezes, estes apenas observam o dano relatado sem poder intervir nas causas, o que os mantém distantes da realidade, impossibilitando o cuidado integral. Entre os inúmeros questionamentos que emergem dessa prática, busca-se compreender as representações e os significados que definem um ato como violento.

O aumento nos índices de violência registrados nos últimos anos envolve o sexo masculino,⁸ comumente identificado como agressor, sem dimensionar o quanto este também pode ser vítima de um processo civilizatório excludente e desigual.

Para subsidiar ações na atenção primária, secundária e terciária à saúde; pela demora em se incorporar “o social” como variável significativa na origem das enfermidades;⁹ assim como para aprofundar a temática – visto que a literatura pouco aborda a respeito do entendimento de violência pelo homem, apenas traz dados sobre a repercussão de atos violentos – o objetivo do presente estudo foi analisar a percepção masculina a partir da sua compreensão de atos violentos, considerando sua singularidade.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório, que foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) e pela Secretaria Municipal de Saúde de Marília, protocolo 1213/10. Os sujeitos da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre individual, atendendo aos princípios éticos e à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A coleta de dados foi realizada durante o ano de 2011 nos seguintes serviços: pronto atendimento de referência para a ESF das zonas norte e leste do município, com média de 200 atendimentos/dia; pronto-socorro de referência para urgência do Hospital de Clínicas de Marília, com média de 400 atendimentos/dia; e ambulatório de especialidades do Departamento Regional de Saúde (DRS IX), com média de 200 atendimentos/dia e que atende a 62 municípios da região de Marília.

A amostragem não probabilística e de conveniência orientou a seleção dos entrevistados pela dinâmica de fluxo de homens presentes nos serviços, buscando-se contemplar 30% destes no período de um mês, no momento de maior fluxo, no início das noites e nos finais de semana. Os sujeitos da pesquisa foram 600 homens, entre 18 e 59 anos, faixa esta que compreende a população mais exposta à violência e também alvo da Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem.⁸ Realizou-se seleção sistemática, adotando-se critério de um para dois homens atendidos ou em acompanhamento, de acordo com a abertura das fichas de atendimento, nos momentos identificados como de maior fluxo. Os critérios de exclusão foram: pertencer ao sexo feminino, ter menos de 18 anos ou mais de 59 anos, estar sob efeito de álcool e/ou drogas ilícitas, ter prejuízo cognitivo, averiguados por avaliação clínica feita por médico de plantão nos serviços.

A coleta de dados ocorreu por meio de questionário estruturado, previamente submetido a teste piloto, com questões a respeito de identificação, idade, estado civil, escolaridade, renda, ocupação e religião; e de julgamento sobre atos violentos, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS).⁹

Elaborou-se um instrumento de coleta de dados, constituído de 12 imagens que ilustravam agressões: a) Imagem 1 - homem grita com a mulher e a puxa pelos cabelos; b) Imagem 2 - mulher chuta o homem; c) Imagem 3 - ameaçar a criança com arma de fogo; d) Imagem 4 - mulher recebe tapa no rosto; e) Imagem 5 - discussão com gritos e xingamentos; f) Imagem 6 - mulher grita com um homem; g) Imagem 7 - homem empurra o outro em situação de jogo; h) Imagem 8 - discussão na presença da criança; i) Imagem 9 - homem dá soco em outro homem; j) Imagem 10 - mulher é ameaçada; k) Imagem 11 - gritar com uma criança; e l) Imagem 12 - dar palmada na criança (Anexo 1). Tais imagens foram escolhidas por expressarem atos de violência física e psicológica de gênero e contra a criança, contemplando, assim, os diferentes tipos de violência caracterizados pela OMS.⁹

Para cada imagem apresentada, os participantes atribuíram uma nota em uma escala de 0 a 5 (escala Likert), demonstrando suas percepções quanto à importância e/ou magnitude de tal ato de violência, variando de um ato aceitável culturalmente a um ato muito agressivo, sendo 0= Situação comum, Não Violenta (NV); 1= Pouco Violenta (PV); 2= Algo Violenta (AV); 3=Violenta (V); 4= Muito Violenta (MV); e 5= Extremamente Violenta (EV). Esse instrumento foi elaborado pelos autores, tendo em vista a ausência de escalas que contemplassem essa temática.

Os entrevistadores, estudantes e profissionais da ESF, foram capacitados para a aplicação do instrumento. As entrevistas aconteceram nas salas de espera dos serviços de saúde onde os homens, atendidos ou em acompanhamento, foram convidados a participar da pesquisa. Os dados quantitativos tiveram dupla digitação e foram processados pelo programa IBM-SPSS 19 e submetidos à frequência simples.

Resultados

A população estudada foi composta por uma maioria de homens na faixa etária entre 18-30 anos (40,7%), em união estável (61,5%). Com relação à escolaridade, a maior parte dos usuários apresentou ensino médio completo (50,8%) e apenas 1,5% se declararam analfabetos. A renda familiar prevalente, em salário mínimo vigente em 2011, foi de 1-2 salários mínimos (27,5%) e apenas 2,7% dos entrevistados afirmaram receber menos de 1 salário mínimo mensal. A religião mais citada foi o Cristianismo, por 85,3% dos entrevistados (Tabela 1).

Quando questionados sobre a magnitude de uma agressão à criança com arma de fogo, 89,7% dos homens entrevistados a caracterizaram como algo muito violento/extremamente violento. Com relação ao ato de gritar e bater em criança, a maioria considerou ser uma atitude extremamente violenta. Todavia quando há violência entre pais do tipo discussão na presença de criança, a avaliação se mostrou como ato violento (Gráfico 1).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico de homens usuários dos serviços de saúde do SUS, Marília, 2011.

Variáveis	n	%	
Faixa etária	18-30	242	40,7
	31-45	232	39,0
	46-59	121	20,3
Estado civil	Solteiro*	231	38,5
	Casado**	369	61,5
Ocupação	Serviços gerais	191	32,2
	Autônomo	147	24,8
	Indústria	135	22,8
	Rural e Outros***	120	20,2
Escolaridade	Analfabeto	9	1,5
	Ensino Fundamental	206	34,3
	Ensino Médio	305	50,8
	Ensino Superior	80	13,3
Renda (salário mínimo****)	Até 1	16	2,7
	1 -2	165	27,5
	2-3	161	26,9
	≥ 4	257	42,9
Religião	Católico	356	59,3
	Evangélico	156	26
	Outros*****	88	14,7

*Solteiros viúvos e divorciados; **Relacionamento estável, amasiados; ***Aposentados, desempregados e estudantes; ****Renda em salário mínimo referente a 2011; *****Outras religiões e sem religião.

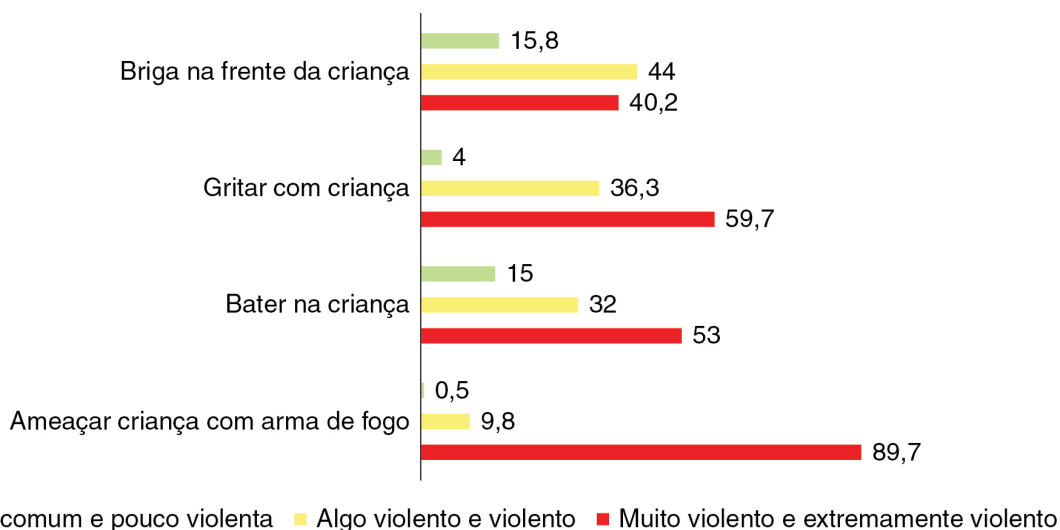


Gráfico 1. Percepção acerca de atos de violência com crianças por homens usuários dos serviços de saúde do SUS, Marília, 2011.

Discussões entre casais, com gritos e xingamentos, nas quais a mulher é a autora, os homens avaliaram como situações variando entre pouco violentas a violentas. No entanto, quando ambos são autores, as cenas foram consideradas violentas, agravando-se quando existe agressão do homem contra a mulher (Gráfico 2).

Igualmente, cenas de empurrão e socos entre o gênero masculino foram vistas como um crescente de violência, sendo o empurrão considerado violento e o soco considerado extremamente violento (Gráfico 3).

Os homens na faixa etária entre 50 e 59 anos identificaram as imagens 8, 9 e 12 como sendo de extrema violência; as demais imagens foram julgadas como violentas. No entanto, os homens nas outras faixas etárias pontuaram como sendo de extrema violência as imagens 1, 3, 4, 9, 10, 11 e 12; consideraram a imagem 6 como pouco violenta; e as demais como violentas.

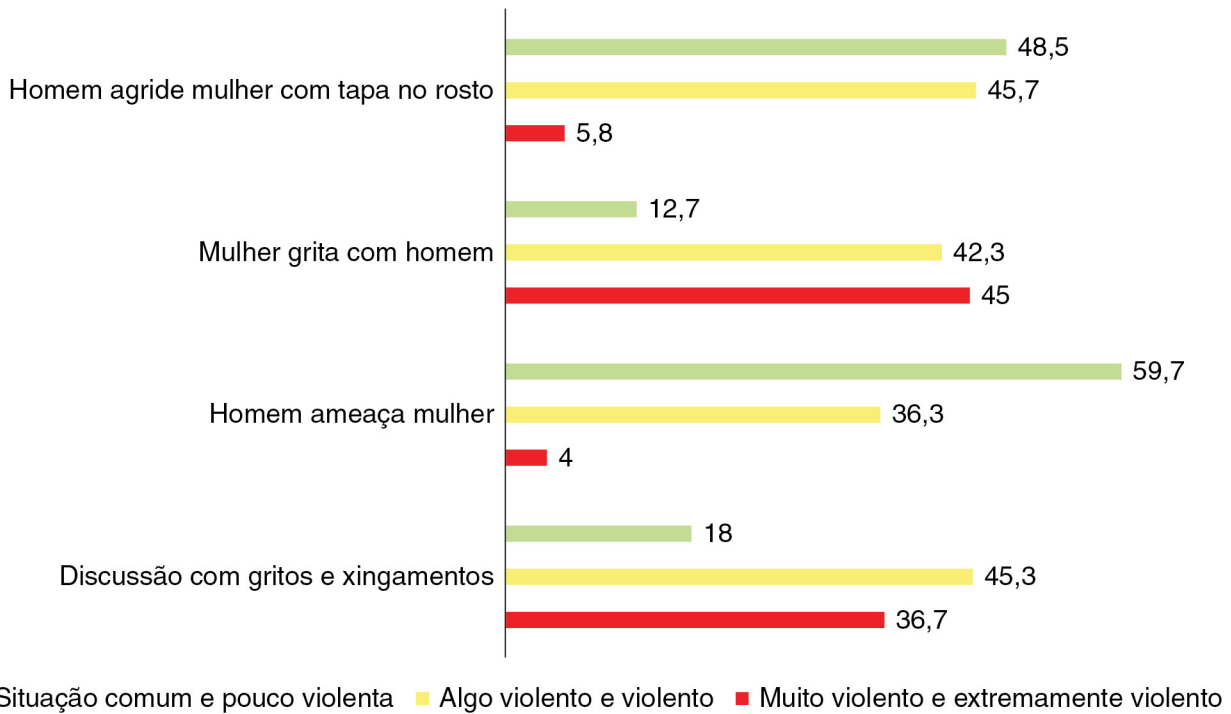


Gráfico 2. Percepção acerca de atos violentos entre gêneros por homens usuários dos serviços de saúde do SUS, Marília, 2011.

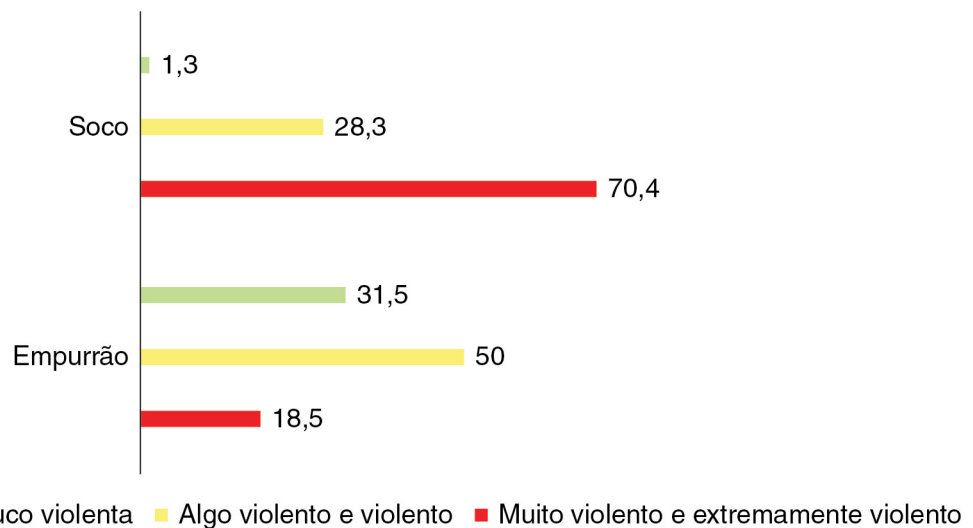


Gráfico 3. Percepção acerca de atos de violência entre gênero masculino por homens usuários dos serviços de saúde do SUS, Marília, 2011.

Discussão

De acordo com a análise dos resultados, observou-se predominância do julgamento das cenas como Violentas (V) e Muito Violentas (MV) quanto à percepção dos atos de agressão. Contudo, as cenas consideradas pelos entrevistados como sendo de muita/extrema violência caracterizaram-se por situações de agressão física envolvendo crianças e adultos. Atos violentos envolviam ora agressão psicológica, ora violência física entre adultos. Por último, as cenas pouco violentas/comuns foram representadas por agressões entre homem e mulher.

Nas situações de violência envolvendo crianças, pode-se notar que houve uma leitura pelos entrevistados de que o envolvimento de duas pessoas com desproporção física traz uma impressão impactante, traduzido como algo muito violento. Esse julgamento como inaceitável, pode ter se originado a partir de experiências vividas pelos entrevistados como vítimas do processo de violência. A literatura mostra que 20% das pessoas que relataram terem sofrido agressão física, eram crianças e adolescentes, sendo que 80% dos agressores eram familiares e conhecidos.¹⁰ Segundo Minayo,¹¹ em uma pesquisa com 1.328 adolescentes-escolares, 52,8% sofriam violência de um ou de ambos os pais.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, a violência contra crianças e adolescentes é a primeira causa de morte na faixa etária de 5 a 19 anos.¹² Supõe-se que a prática da violência ainda seja uma maneira de educar as crianças, mas que pode acabar em cronicidade, como uma prática aceitável de disciplina.¹³ Além disso, o próprio contexto social torna a criança um alvo frágil, sendo com frequência culpabilizada por situações de frustrações, medos, dificuldades e uso abusivo de substâncias como álcool e drogas, por parte de adultos.¹³

No entanto, tem-se feito um movimento no Brasil desde a década de 1980, com medidas que visem a uma conscientização das consequências trazidas pela violência impressa nos jovens. Em uma tentativa de controle de tais ações, foi criado o Estatuto da Criança e do Adolescente¹⁴ que tornou obrigatória a notificação de situações de violência por parte dos profissionais de saúde, bem como, mais recentemente, o projeto de lei nº 2654/2003¹⁵ que proíbe quaisquer formas de punição corporal. A sociedade demonstrou por meio dessas mudanças que há necessidade da criação de uma nova ferramenta de educação em detrimento de transmitir aos descendentes a realidade agressiva vivida de cada um.

Por sua vez, a ameaça física por arma de fogo foi considerada de Extrema Violência (EV), fato que denota um medo enraizado pela consolidação dessa “ferramenta moderna” para a morte, já que 90% dos homicídios são cometidos por armas de fogo.¹⁶ Contudo, identificou-se que 0,5% dos entrevistados a considerou como situação comum e pouco violenta, o que pode ser indício de um processo de “naturalização” da violência devido a presença de armas de fogo nas comunidades. Esse achado requer atenção especial e pesquisas que aprofundem essa discussão. Além dos determinantes socioculturais, parte da violência no Brasil tem sido associada também à ampla disponibilidade de armas de fogo.¹⁷ Para tanto, existem planos de intervenção por parte do governo para que se diminua o prejuízo para a sociedade, como desarmamentos voluntários, conscientizações nas comunidades, apreensões de armas ilegais.

Também, entre as cenas de extrema violência, agressões físicas entre adultos assumem um caráter inadmissível à medida que existe contato físico com o oponente e também quando há risco de desfecho trágico, como uma seqüela física permanente ou até mesmo a morte. Quando há contato próximo ocorre invasão de privacidade e, dessa forma, comprometimento da segurança.

No que se refere ao grupo de atos violentos com conteúdo de violência psicológica, a posição mediana de opinião mostra que, apesar de a população masculina identificar tais atos como não aceitáveis e de prejuízo comum, ainda assim, estes não conseguem atribuir a mesma importância dada a algumas formas de violência física. Dessa forma, ainda há dificuldade por parte dos homens em visualizarem situações psicológicas de violência que têm repercussão na formação da personalidade e, provavelmente, tudo isso reflita uma subnotificação de tais casos na rede de atenção. Por aparecer diluída a violência psicológica nem sempre é identificável, nem mesmo pela própria vítima, pelo fato de estar quase sempre atrelada a fenômenos emocionais, pela falta de referência na mídia e pela escassez de estudos sobre o tema.¹⁸

Com relação à violência entre homens e mulheres, houve divergência quanto à magnitude desse ato agressivo. A maioria dos entrevistados julgou que, quando a mulher é a agressora não é ato violento, inclusive sendo naturalizado como algo comum. Isso pode ser explicado pelo princípio de desproporção de força: a mulher, por ser fisicamente mais frágil, dificilmente apresentaria perigo físico iminente ao homem. Além disso, é consagrado culturalmente que o homem deve ser “macho”, que “homem não chora”, caracterizando a singularidade masculina.⁸

A situação muda quando o homem inicia participação na briga, situação que representa perigo de um pior desfecho, pois há a ideia ancestral de que ele deve conquistar territórios, lutar até o fim e de que ele precisa ser valente para ter *status* social.

Os dados levantados por este trabalho inferem o reflexo de como alguns homens enxergam a violência e, a partir desses dados, torna-se interessante ampliar a sensibilidade à violência nos espaços da Atenção Primária à Saúde (APS), buscar a aproximação dos membros da comunidade, principalmente se houver auxílio de figuras proeminentes como líderes religiosos, grupos, curandeiros, entre outros, para agir nesse contexto.³ A APS oferece aos profissionais um cenário que permite trabalhar com a população a ideia de que violência é um problema de saúde, que pode ser prevenida e deve ser identificada em seus meios ocultos. A equipe de saúde tem na abordagem familiar uma ferramenta potente para ampliar os vínculos familiares e identificar situações de risco.

Ações intersetoriais poderiam auxiliar em intervenções preventivas no enfrentamento de tais questões. Mais do que formar profissionais que entendam os mecanismos sociais de defesa, são necessárias intervenções universais (abordagens a grupos ou população em geral), intervenções selecionadas (abordagens diferenciadas a pessoas sob alto risco de violência) e intervenções indicadas (tratamento para os agressores ou para aqueles que demonstrarem comportamento violento).³

Este estudo apresenta algumas limitações por utilizar um questionário não validado e entrevistar uma população de baixa escolaridade, sendo que, em alguns momentos, foi necessário auxílio por parte dos entrevistadores na interpretação das figuras. Outra limitação do estudo é que a amostra da população entrevistada difere daquela usuária dos serviços da atenção primária, tratando-se de apenas uma parcela do território da APS. Além disso, o cenário escolhido pode ter deixado os entrevistados imersos em uma variedade de sentimentos como fragilidade, impotência, desamparo, o que pode ter influenciado nas respostas.

Conclusão

O presente estudo permitiu identificar um processo de naturalização de ações violentas pela óptica dos homens usuários dos serviços de saúde em Marília-SP ao serem aceitos atos pouco violentos como intrínsecos ao processo civilizatório, como expressão de poder e em função da carência de estratégias que cultivem a paz. A violência, por ser um problema social e de saúde pública, requer debate coletivo para formular ações que contribuam para minimizar os agravos decorrentes da agressão e da desigualdade social.

Convém destacar que a violência, em qualquer de suas manifestações, causa, a longo prazo, aumento na incidência de transtornos psiquiátricos, dissociação afetiva, abuso de álcool e drogas, baixa autoestima, culpa, desenvolvimento não saudável, entre outras consequências.² Sendo assim, pesquisar o contexto de vida das pessoas no cenário da APS, junto à intersectorialidade e à construção de novos modos de vida social, pode contribuir para entender os aspectos sociais e psicológicos que constroem a formação do ser e contribuem para a modificação desse ciclo violento.

Referências

1. Minayo MCS, Souza ER. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999;4(1):7-23. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231999000100002>
2. Day VP, Telles LEB, Zoratto PH, Azambuja MRF, Machado DA, Silveira MB, et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2003;25(1):9-21 <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082003000400003>
3. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11:1163-1178. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000500007>
4. Burke P. Violência social e civilização. São Paulo: Braudel Papers; 1995.
5. Corsi J. Maltrato y abuso en el ámbito doméstico. Buenos Aires: Paidós; 2003.
6. Marty F. Adolescência, violência e sociedade. *Agora*. 2006;9(1):119-31. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982006000100009>
7. Gomes NP, Diniz NMF, Araujo AJS, Coelho TMF. Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(4):504-508. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000400020>
8. Ministério da Saúde (Brasil). Política nacional de atenção integral à saúde do homem. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
9. World Health Organization (WHO). Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. Geneva: WHO; 2001. Document WHO/EIP/GPE/01.1 Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_FCH_GWH_01.1.pdf.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Crianças e adolescentes: indicadores sociais. Rio de Janeiro: IBGE; 1989. p. 28-29.
11. Minayo MC, Assis SG. Saúde e violência na infância e na adolescência. *J Pediatr*. 1994;70(5):263-266. <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.685>
12. Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e adolescência: orientação para pediatras e demais profissionais de saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: SBP; 2011.
13. Brito AMA, Zanetta DMT, Mendonça RC, Barison SZ, Andrade AV. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. *Ciênc Saude Coletiva*. 2005;10(1):143-149. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100021>
14. Brasil. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da criança e do adolescente e da outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília; 1990 jul. 13.

15. Brasil. Projeto de Lei nº 2654/2003. Dispõe sobre a alteração da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente, e da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002, o Novo Código Civil estabelecendo o direito da criança e do adolescente a não serem submetidos a qualquer forma de punição corporal, mediante a adoção de castigos moderados ou imoderados, sob a alegação de quaisquer propósitos, ainda que pedagógicos, e dá outras providências. Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil, Brasília; 2007 jun. 26.
16. Gawryszewisk V. Homicídios no município de São Paulo: perfil e subsídios para um sistema de vigilância epidemiológica [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.
17. Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Jorge MHPM, Silva CMFP, Minayo MCS. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. London: The Lancet; 2011. p. 75-89. Série Saúde no Brasil, 5. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor5.pdf>.
18. Silva LL, Coelho EBS, Caponi SNC. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. Interface. 2007;11(21):93-103. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832007000100009>

Anexo 1. Instrumento de coleta de dados.

Coloque nos parênteses o número correspondente a sua percepção de violência, sendo que: 0 - Situação comum, Não Violenta (NV); 1 - Pouco Violenta (PV); 2 - Algo Violenta (AV); 3 - Violenta (V); 4 - Muito Violenta (MV); 5 - Extremamente Violenta (EV).

Imagem

() Imagem 1 – Homem grita com a mulher e a puxa pelos cabelos () Imagem 7 – Empurrão



() Imagem 2 – Mulher chuta o homem



() Imagem 8 – Briga na frente da criança



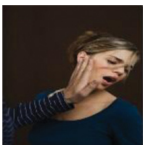
() Imagem 3 – Ameaçar criança com arma de fogo



() Imagem 9 – Soco



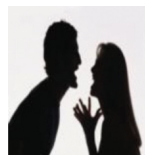
() Imagem 4 – Tapa no rosto



() Imagem 10 – Homem ameaça mulher



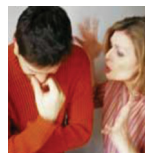
() Imagem 5 – Discussão com gritos e xingamentos



() Imagem 11 – Gritar com criança



() Imagem 6 – Mulher grita com homem



() Imagem 12 – Bater na criança



Prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares do município de Feliz, Rio Grande do Sul, Brasil

Prevalence of overweight and obesity in schoolchildren in the municipality of Feliz, Rio Grande do Sul state, Brazil

Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños escolares del municipio de Feliz, Rio Grande do Sul, Brasil

Paulo Ricardo Panazzolo. Hospital do Círculo Operário Caxiense. Caxias do Sul, RS, Brasil. paulorp2@ig.com.br (Autor correspondente)

Heliuss Carlos Finimundi. Universidade de Caxias do Sul (UCS). Caxias do Sul, RS, Brasil. helius@bitcom.com.br

Maria Otília Spier Stoffel. Hospital Municipal Schlatter. Feliz, RS, Brasil. ticanutri@pop.com.br

Ronie André Simon. Hospital Municipal Schlatter. Feliz, RS, Brasil. ronieandresimon@gmail.com

Márcia Cristina de Lima. Hospital Municipal Schlatter. Feliz, RS, Brasil. marciacristinadelima3@gmail.com

Cristine Bonne Costanzi. Universidade de Caxias do Sul (UCS). Caxias do Sul, RS, Brasil. cristine.costanzi@gmail.com

Resumo

Objetivo: Determinar a prevalência de sobrepeso e obesidade entre escolares do ensino fundamental no município de Feliz-RS, no ano de 2010.

Métodos: Se realizou um censo escolar que incluiu 633 alunos com idades entre 6 e 10 anos, tendo sido feita avaliação antropométrica que incluía peso e altura. Para a classificação de sobrepeso e obesidade, foram utilizados pontos de corte propostos pelo *Centres for Disease Control and Prevention* (CDC) 2000, sendo considerado sobrepeso um índice de massa corpórea (IMC) entre o percentil 85 e menor que 95 e obesidade um IMC percentil ≥ 95 . **Resultados:** A prevalência de obesidade no grupo foi de 15,9% e o sobrepeso acometeu 15,4% das crianças. Somando-se as duas condições, 31,4% dos escolares estavam acima do peso esperado para a idade e estatura. A prevalência de obesidade foi maior nas faixas etárias de 6 e 7 anos, quando comparada às das crianças de 9 e 10 anos, respectivamente, 23,3% e 8,23% ($p < 0,001$). Meninos e meninas não apresentaram diferença significativamente estatística na prevalência de sobrepeso (15,4% para 15,2%) e obesidade (16,1% para 15,2%), respectivamente. Em relação à localização geográfica, meninos locados em escolas na zona rural do município apresentaram maior prevalência de obesidade quando comparados aos meninos das escolas localizadas na sede do município, respectivamente 22,7% para 13,6% ($p = 0,036$). **Conclusão:** A obesidade foi significativamente mais prevalente nas crianças de 6 e 7 anos de idade e também nos meninos matriculados nas escolas da zona rural do município.

Palavras-chave:

Sobrepeso
Obesidade
Saúde da Criança
Prevalência

Abstract

Objective: To determine the prevalence of overweight and obesity amongst elementary schoolchildren in the municipality of Feliz, Rio Grande do Sul state, in 2010. **Methods:** An anthropometric assessment, which included weight and height, was carried out through a school census including 633 6 to 10-years-old students. The cut-off points proposed by the *Centres for Disease Control and Prevention* (CDC) 2000 were used for classification of overweight and obesity, defining overweight as a body mass index (BMI) between the 85 and less than 95 percentile, and obesity as a BMI above the 95 percentile. **Results:** Obesity prevalence was found in 15.9% and overweight in 15.4% of the children in the group; therefore, 31.4% of the schoolchildren surveyed were above the expected weight and height for their age when both conditions were combined. Obesity prevalence was higher in children aged 6 to 7 years old when compared with children aged 9 to 10 years old, 23.3% and 8.23% ($p < 0.001$), respectively. Boys and girls did not present statistically significant difference in prevalence of overweight (15.4% and 15.2%) and obesity (16.1% and 15.2%), respectively. Regarding geographical location, the boys from schools in the countryside of the municipality presented a higher prevalence of obesity when compared with the boys from schools in the urban area, 22.7% and 13.6% ($p = 0.036$), respectively. **Conclusion:** Obesity was significantly more prevalent in children aged 6 to 7 years-old and in boys enrolled in schools in the rural area of the municipality.

Keywords:

Overweight
Obesity
Child Health
Prevalence

Como citar: Panazzolo PR, Finimundi HC, Stoffel MOS, Simon RA, Lima MC, Costanzi CB. Prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares do município de Feliz, Rio Grande do Sul, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(31):142-8. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(31\)684](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(31)684)

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
Hospital Pompeia 92/2010.

Conflito de interesses:
declaram não haver

Recebido em: 08/01/2013
Aprovado em: 17/11/2013

Resumen

Objetivo: determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad entre escolares de educación primaria del municipio de Feliz-RS, en el año 2010. **Métodos:** se realizó un censo escolar, que incluyó a 633 alumnos con edades entre los 6 y los 10 años, se hizo la evaluación antropométrica que incluía peso y altura. Para la clasificación de sobrepeso y obesidad se utilizaron los puntos de corte propuestos por el *Centres for Disease Control and Prevention* (CDC) 2000, que considera el índice de masa corporal (IMC) comprendido entre los percentiles 85 y menor que 95 como sobrepeso, y el percentil mayor que 95 como índice de obesidad. **Resultados:** la prevalencia de obesidad fue de 15,9% y la de sobrepeso fue de 15,4%. Sumando las dos condiciones, el 31,4% de los escolares estaban por encima del peso apropiado para su edad y estatura. La prevalencia de la obesidad fue mayor en el rango etario de los 06 a 07 años que en el rango de 09 a 10 años, con una puntuación de 23,3% y 8,23% respectivamente ($p < 0,001$). Los niños, de ambos sexos, no mostraron ninguna diferencia estadísticamente significativa ni en la prevalencia de sobrepeso (de 15,4% y 15,2%) ni en la de obesidad (de 16,1% y 15,2%) respectivamente. Respecto a la ubicación geográfica, los niños de las escuelas situadas en las zonas rurales del municipio presentaron una mayor prevalencia de obesidad que los niños de escuelas localizadas en la sede del municipio, de 22,7% y 13,6% respectivamente ($p = 0,036$). **Conclusión:** La obesidad fue significativamente más frecuente en los niños entre 6 y 7 años de edad y también en los niños de sexo masculino matriculados en las escuelas de las áreas rurales del municipio.

Palabras clave:

Sobrepeso
Obesidad
Salud del Niño
Prevalencia

Introdução

Nos últimos 30 anos, a incidência de obesidade em crianças cresceu de menos de 5% para aproximadamente 20% nos Estados Unidos.¹ No Brasil, estima-se que 33% das crianças entre 5 a 9 anos de idade estejam acima do peso, sendo que destas 14,3% são consideradas obesas, conforme Pesquisa de Orçamentos Familiares em 2008 e 2009.² Crianças com obesidade e sobrepeso apresentam maior incidência de fatores de risco para o desenvolvimento de doença arterial coronariana, devido a alterações metabólicas que se manifestam, mais frequentemente detectados na idade adulta, como alterações dos lípides séricos, metabolismo da glicose, hipertensão arterial e anormalidades da coagulação.³

O risco de a obesidade na primeira década de vida persistir na idade adulta está relacionado ao tempo, à duração da condição e à sua gravidade. Com o avanço da idade e o aumento do grau da obesidade as taxas de remissão diminuem e o risco de persistência aumenta.^{4,5} Para as crianças obesas após os 6 anos de idade, a probabilidade de desenvolverem obesidade na idade adulta é muito maior quando os pais também são obesos: se ambos os pais forem obesos, a criança apresenta 80% de probabilidade de ser obesa; quando um dos pais é obeso, a chance cai para 50%; e quando nenhum dos pais é obeso a chance da criança desenvolver obesidade é de 9%.⁶⁻⁸

As graves consequências da obesidade, as dificuldades para o seu controle, o aumento expressivo de sua prevalência nas diversas faixas etárias e o alto custo gerado para a sociedade, fazem dela um relevante problema de saúde pública que precisa ser abordado desde as idades mais precoces.

Na criança, a obesidade pode estar associada a um aumento de problemas respiratórios (asma, apneia do sono), problemas musculoesqueléticos, doença hepática, problemas comportamentais, isolamento social, sinais de depressão, baixa autoestima, *bullying* e piora do desempenho escolar.^{9,10}

O presente estudo teve por objetivo avaliar a prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares de 6 a 10 anos de idade, matriculados no ensino fundamental do município de Feliz, localizado no Vale do Caí, próximo à região metropolitana de Porto Alegre-RS, no ano de 2010.

Métodos

Foi realizado um censo escolar dos alunos matriculados nas instituições de ensino fundamental no Município de Feliz-RS, no ano de 2010, com idade de 6 anos em março de 2010 e menos de 11 anos no mesmo mês. O município de Feliz está localizado no Vale do Caí, próximo à região metropolitana de Porto Alegre, tem aproximadamente 12.500 habitantes, com uma área de 96,2 km² e uma população de descendência predominantemente Germânica (75%). A economia baseia-se na agricultura familiar, comércio e indústria e apresenta um índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,839.

A população do estudo formou-se a partir dos dados fornecidos pela Secretaria de Educação do Município e foram complementados pelos estabelecimentos de ensino, totalizando 654 crianças matriculadas no ensino fundamental do município, localizadas em 10 escolas, sendo 4 escolas na zona urbana e 6 escolas na zona rural. Mesmo em maior número, as escolas do interior do município respondiam por apenas 31% das crianças matriculadas nas escolas de ensino fundamental.

Critérios para inclusão no estudo:

- Estar matriculado em instituição de ensino fundamental no Município de Feliz no ano de 2010.
- Idade entre 72 e 131 meses, tomando-se como base o mês de março de 2010.
- Apresentar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelos pais ou responsáveis.

Critérios para exclusão do estudo:

- Crianças com necessidades especiais.
- Crianças cujos pais não assinaram o TCLE.
- Crianças fora da faixa etária estipulada no estudo.

A avaliação antropométrica foi feita exclusivamente pelos pesquisadores, sempre no interior das escolas e em sala reservada. Foram registrados o peso em quilogramas e a altura em centímetros, utilizando os mesmos equipamentos: estadiômetro modelo II com base suporte e balança eletrônica da marca Welmy, com precisão de 100 g.

A partir do cálculo do IMC, dividindo o peso em quilogramas pela altura em metros elevada ao quadrado (m^2), as crianças foram classificadas conforme a tabela proposta pelo Centres for Disease Control and Prevention (CDC) 2000 e determinado percentil, com os seguintes pontos de corte:¹¹

- Sobrepeso: IMC percentil ≥ 85 e < 95
- Obesidade: percentil ≥ 95
- Crianças com percentil < 5 foram classificadas como de baixo peso, e crianças com percentil entre 5 e 85 foram classificadas como de peso normal.

Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital Nossa Senhora do Pompeia de Caxias do Sul-RS, parecer substanciado nº 92/2010 de acordo com a resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes foram informados dos objetivos do projeto, concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Análise estatística

Para a análise estatística, foi utilizada inicialmente a estatística descritiva, agrupando os resultados em valores da média e desvio padrão. Para as variáveis contínuas com distribuição normal, foi usado o Teste t de Student não pareado para comparação da média entre os grupos. A análise dos dados foi realizada pelo pacote estatístico SPSS, versão 16.0 e foi adotado nível de significância de $p < 0,05$.

Resultados

Das 654 crianças matriculadas nas escolas de ensino fundamental do município de Feliz no ano de 2010 e que preencheram os critérios de inclusão no estudo, 21 não foram avaliadas (18 não consentiram e 3 faltaram nos dias da avaliação), totalizando então 633 crianças avaliadas, o que corresponde a 96,7% do total dos alunos matriculados em toda a rede de ensino fundamental do município. O número de meninos foi ligeiramente maior do que o das meninas, totalizando 53,2% dos alunos, porém não houve diferença significativamente estatística entre os dois grupos. A maioria das crianças estava matriculada em escolas da zona urbana do município, 432 alunos ou 68,2% do total avaliado, sendo que 201 alunos frequentavam escolas do interior do município (Tabela 1).

Tabela 1. Características das crianças matriculadas em escolas do município de Feliz-RS, 2010.

Características	Meninas n (%)	Meninos n (%)	Valor p
Sexo	296 (46,8%)	337 (53,2%)	NS
Idade* (meses)	103±16	101±17	NS
Escola Zona Urbana	205 (69%)	227 (67%)	NS
Escola Zona Rural	91 (31%)	110 (33%)	NS
Escola Pública	256 (86%)	300 (89%)	NS
Escola Privada	40 (14%)	37 (11%)	NS

*Média ± Desvio Padrão n (%)= Frequência e Percentual NS= Não Significância Estatística.

A prevalência de excesso de peso encontrada nos alunos do ensino fundamental do município de Feliz no ano de 2010 foi de 31,4% quando consideradas as duas condições juntas e somadas (sobrepeso e obesidade), tendo sido incluídos todos os alunos com IMC no percentil acima de 85%. Ao separar os dois grupos, 15,4% dos alunos estavam na faixa de sobrepeso e 15,9% classificados como obesos, apresentando estes últimos um IMC no percentil maior que 95%. A maioria das crianças (65,2%) encontrava-se com peso normal e apenas 3,3% apresentavam IMC no percentil menor que 5%, classificadas como de baixo peso (Tabela 2).

Meninas e meninos não apresentaram diferença significativamente estatística para as duas condições avaliadas no estudo, sobrepeso e obesidade, tendo sido respectivamente 15,5% para 15,4% e 15,2% para 16,6% (Tabela 2).

Tabela 2. Prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares de acordo com a localização e tipo de estabelecimento de ensino, Feliz-RS, 2010.

Escola	Sobrepeso			Obesidade		
	Meninas n (%)	Meninos n (%)	Valor p	Meninas n (%)	Meninos n (%)	Valor p
Cidade (n=432)	32(15,6)	35(15,4)	NS	31(15,1)	31(13,6)	NS
Interior (n=201)	14(15,4)	17(15,4)	NS	14(15,3)	25(22,7)	NS
Público (n=556)	40(15,6)	45(15)	NS	40(15,6)	52(17,3)	NS
Privado (n=77)	6(15)	7(18,9)	NS	5(12,5)	4(10,8)	NS
Total (n=633)	46(15,5)	52(15,4)	NS	45(15,2)	56(16,6)	NS

n (%) = Frequência e Percentual NS= Não significância estatística.

A prevalência de obesidade nas escolas públicas foi 29,3% maior que nas escolas privadas, porém não houve significância estatística na amostra avaliada, principalmente pelo pequeno número de crianças avaliadas em escola privada.

Dos meninos matriculados em escolas localizadas na zona rural do município, 22,7% foram classificados como obesos, índices estes 39,8% maiores do que os meninos que estudavam na sede do município, em que 13,6% foram classificados como obesos ($p=0,036$).

As crianças de 6 e 7 anos apresentaram maior prevalência de obesidade quando comparadas às crianças de 9 e 10 anos, sendo respectivamente 23,3% para 8,2% com $p<0,001$; o mesmo não aconteceu com as crianças classificadas na faixa de sobrepeso, em que não houve uma diferença significativamente estatística entre o grupo de crianças mais jovens em relação às crianças de 9 e 10 anos (Gráfico 1).

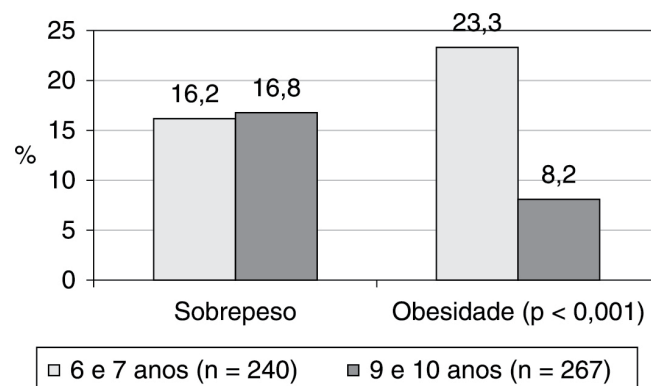


Gráfico 1. Prevalência de sobrepeso e obesidade nas diferentes faixas etárias dos escolares, Feliz-RS, 2010.

Discussão

Dados brasileiros com relação à obesidade infantil são ainda limitados e a ausência de unanimidade na definição de obesidade, assim como a metodologia utilizada na avaliação desta faixa etária, acarreta dificuldades na comparação das prevalências relatadas nos diversos estudos. Visando avaliações futuras e a adoção de medidas de controle e monitoramento nutricional da criança, aqui focados no sobrepeso e obesidade na infância como fatores de risco importantes para a morbimortalidade por doenças cardiovasculares na idade adulta, optou-se por um estudo na forma de censo escolar no Município de Feliz, no ano de 2010, o que possibilitou a avaliação de 96,7% de todos os escolares com critérios de inclusão para o estudo, possibilitando uma ampla análise dos resultados, seja na totalidade ou por faixa etária, ou mesmo das diferentes instituições de ensino (públicas e privadas), localizadas tanto na sede municipal quanto no meio rural.

Para esta avaliação, optou-se pela utilização do IMC por idade, método recomendado pela *International Obesity Task Force* (IOTF) por sua alta validade na estimativa de obesidade infantil em nível populacional. Para tanto, foram utilizados os valores de corte propostos pelo CDC 2000.¹¹ É sabido que o método escolhido tem limitações, sendo o IMC largamente utilizado para avaliação de sobrepeso e obesidade em adultos por possuir uma boa relação com medidas mais apuradas da gordura corporal. Deve ser utilizado, porém, julgamento clínico para a aplicação desses critérios, não apenas na criança. O termo obesidade se refere mais ao excesso de adiposidade do que propriamente ao excesso de peso, e o IMC é usado como uma ferramenta de substituição para medida da adiposidade corporal, e, mesmo que corrigido por tabelas, poderia ter maior sensibilidade e especificidade para detecção do excesso de adiposidade quando associado a outros métodos não invasivos, como a medida da circunferência abdominal e/ou prega cutânea.¹²

Os resultados do estudo, no seu objetivo principal, sem considerar análise de subgrupos, apresenta-se em concordância com o relatório do IBGE, do período de 2008-2009, em que a prevalência de excesso de peso nas crianças de 5 a 9 anos foi de 33,5%, sendo que destes, 14,3% foram considerados obesos. No presente estudo, 31,4% das crianças de 6 a 10 anos encontravam-se acima do peso esperado, e destas, 15,9% foram consideradas obesas.

A maior prevalência de obesidade entre crianças de 6 e 7 anos segue um padrão semelhante ao de outros estudos, como os realizados na cidade de Londrina, em 2005,¹³ e na cidade de São Paulo, no ano de 2007.¹⁴ Estes também relataram taxas de prevalência distintas entre as idades, com maior predomínio de sobrepeso e obesidade nas crianças de 6 e 7 anos quando comparadas às crianças de 9 e 10 anos. Não existem, porém, até o momento, dados epidemiológicos que confirmem maiores índices de obesidade nas crianças dessa faixa etária.

A diversidade de populações incluídas nos estudos ao longo do tempo, o processo de transição nutricional de muitas famílias, principalmente as de menor renda, e os métodos utilizados para avaliar sobrepeso e obesidade em crianças são fatores que dificultam a determinação dos índices de sobrepeso e obesidade nas diferentes faixas etárias. Novos estudos feitos nessa mesma população poderão inferir maior valor aos achados aqui relatados.

As várias fases de crescimento da criança acarretam maior ou menor acúmulo de gordura em determinado tempo. Crianças crescem em tempos diferentes, algumas têm desenvolvimento puberal mais precoce em relação a outras, e essa diferença torna-se mais aparente na puberdade.¹⁵ O início da puberdade geralmente ocorre na idade de 9 anos em meninas americanas e 11 anos em meninos americanos.¹⁶ O presente estudo incluiu um número significativo de crianças com idade maior que 10 anos e menor que 11 anos, o que pode ter sido um dos fatores a influenciar esses menores índices de obesidade nessa faixa etária, pois algumas crianças já estariam numa fase de crescimento acelerado, próximo aos primeiros estágios da puberdade.

Não há no momento um consenso com relação a índices maiores de excesso de peso em meninos ou meninas. Alguns estudos apontam para maior prevalência de excesso de peso no gênero masculino.^{14,17} O presente estudo não mostrou diferenças significativas entre os sexos. Alguns autores questionam se mudanças de hábitos alimentares e tipos de brincadeiras semelhantes, adotadas por meninos e meninas, poderiam ter influência sobre estes resultados, pois em tempos passados meninos adotavam brincadeiras com maior gasto energético do que as meninas.¹⁴

O processo de transição nutricional caracterizado pela urbanização, migração campo-cidade, industrialização, acesso mais facilitado aos alimentos de alto valor calórico, por vezes pobres em fibras e de baixo custo, além do fácil acesso ao transporte e, no caso das crianças, mudanças de hábitos quanto à prática de atividade física - que hoje por questões de segurança ficam mais restritas ao lar - parece ter alterado o perfil nutricional e epidemiológico desta população nas últimas 2 ou 3 décadas, no Brasil.^{18,19}

Em relação ao meio em que a criança estuda, o tipo de escola (pública ou privada), e a localização desses estabelecimentos, não houve diferença significativamente estatística na prevalência de sobrepeso e obesidade nas crianças locadas em instituições públicas ou privadas, porém esta análise ficou prejudicada pelo pequeno número de crianças locadas em escolas privadas, apenas 31% do total. Estudos realizados em Santos,¹⁶ Salvador²⁰ e Pelotas²¹ avaliaram escolares de faixas etárias semelhantes, locados em instituições públicas e privadas, mostraram maior prevalência de sobrepeso e obesidade entre os alunos das escolas privadas. Essa maior prevalência da obesidade nas instituições privadas pode ser explicada pela associação entre excesso de gordura corporal e níveis socioeconômicos mais elevados, o que ainda é esperado em países em desenvolvimento. Entretanto, a transição nutricional que vem ocorrendo nestes países demonstra que a prevalência de obesidade está crescendo em todos os estratos socioeconômicos, e mais predominantemente nas classes sociais de baixa renda e baixa escolaridade. No Brasil, atualmente observa-se um aumento proporcionalmente mais elevado da prevalência de obesidade nos indivíduos adultos de famílias de menor poder aquisitivo, o que revela uma proporção mais alta de obesos na classe média do que nas classes de maior poder aquisitivo.

Seguindo um padrão compatível com país em desenvolvimento, o estudo mostrou maior prevalência de obesidade entre as crianças locadas em escolas na zona rural do município, principalmente em meninos que apresentaram prevalência de 22,7% de obesidade contra 13,6% para os meninos que residiam na sede do município. Uma hipótese para esta diferença seriam as condições econômicas das crianças que vivem no meio rural, geralmente oriundas de famílias com menos acesso à educação, que trabalham no setor primário e têm renda familiar menor.

De maneira interessante, em países subdesenvolvidos, pessoas com maior acesso à educação e condições econômicas mais favoráveis estão mais propensas à obesidade do que pessoas de nível socioeconômico e cultural mais baixo. Situação inversa é percebida em países desenvolvidos, nos quais pessoas com maior poder econômico e maior acesso à educação tem taxas menores de obesidade do que as pessoas mais pobres. Em uma situação intermediária, situam-se países ditos 'em desenvolvimento', caso de China e Brasil.^{22,23}

Estudo com crianças de 6 a 10 anos realizado na cidade de São Paulo,¹⁴ somente em escolas privadas de diferentes classes sociais, encontrou maior prevalência de obesidade nos estabelecimentos que abrigavam crianças de nível socioeconômico mais baixo. Grandes estudos norte-americanos vinculam maiores taxas de sobrepeso e obesidade a grupos socioeconômicos e culturais menos favorecidos ou etnias específicas.^{24,25}

Os achados deste estudo reforçam a ideia de que o excesso de peso na população é um problema de saúde pública que se inicia precocemente na infância e tende a se perpetuar na idade adulta, influenciando de maneira direta e imediata a qualidade de vida destas populações, aumentando a morbimortalidade pelas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), principalmente doenças cardiovasculares e neoplasias. A detecção precoce do excesso de peso ou obesidade na criança no ambiente escolar favorece o monitoramento e a adoção de medidas preventivas e educativas em tempo hábil, dando um prognóstico mais favorável de forma mais sustentada e duradoura a longo prazo.

Conclusão

O excesso de peso esteve presente em 31,4% dos alunos matriculados nas escolas de ensino fundamental do município de Feliz no ano de 2010, sendo que 15,9% dos alunos foram classificados como obesos. A obesidade foi significativamente mais prevalente nas crianças de 6 e 7 anos de idade e também nos meninos matriculados nas escolas da zona rural do município. No presente estudo, a escola mostrou ser local adequado para a detecção precoce do excesso de peso na criança com um custo praticável, mesmo em larga escala, podendo assim auxiliar os órgãos de saúde pública na adoção de medidas preventivas, tratamento e monitoramento nutricional das crianças, com reflexos diretos sobre a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis e obesidade na idade adulta.

Referências

1. Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, Lamb MM, Flegal KM. Prevalence of high body mass index in US children and adolescents, 2007-2008. *JAMA*. 2010;303(3):242-249. PMID:20071470. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2009.2012>
2. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoadevida/pof/2008_2009_encaa/pof_20082009_encaa.pdf.
3. Kristine N. Obesity and coronary artery disease. In: Foody MJ. Preventive cardiology: strategies for the prevention and treatment of coronary artery disease. New Jersey: Humana Press; 2001. chapt. 09, p. 159-173. Disponível em: http://elibrary.rajavithi.go.th/homelibrary/E-book9/Foody_Preventive%20Cardiology_0896038114.pdf.
4. Escrivão Schmidt MAM. Prevenção da obesidade. In: Palma D, Escrivão Schmidt MAM, Oliveira FLC. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP-EPM: nutrição clínica na infância e na adolescência. São Paulo: Manole; 2009. cap. 23, p. 355.
5. Gee M, Mahan KL, Escott-Stump S. Controle de peso em crianças. In: Mahan KL, Escott-Stump S. Krause alimentos nutrição e dietoterapia. 12ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010. cap. 21, p. 556-557.
6. Ribeiro PRQ, Borges GC. Prevalência de sobrepeso e obesidade infantil em uma escola pública de Patos de Minas. *Rev. Min. Enferm.* 2010;(2)109-118. Disponível em: <http://revistasaude.unipam.edu.br/edicao-n.-2/-out.-2010>.
7. Kaufman A. Obesidade infanto-juvenil. *Pediatr. Mod.* 1999;35(4):218-22. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=936.
8. Carvalhal MIM, Silva AJ, Miranda Neto JT. Clarificação do conceito de obesidade e sobrecarga e definição das consequências. In: Silva AJ, Miranda JT Neto, Raposo JJBV, Carvalhal, MIM. Obesidade Infantil. Montes Claros: CGB Artes Gráficas; 2007. cap. 2, p. 37-78.
9. Gahagan S. Overweight and obesity. In: Kliegman RM, Stanton BF, Behrman RE, Geme JWS, Schor NF. Nelson textbook of pediatrics. 19th ed. Philadelphia: Elsevier/Saunders; 2011. chapt. 44, p. 179-188. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-1-4377-0755-7.00044-0>
10. Lumeng CJ, Forrest P, Appugliese DP, Kaciroti N. Weight status as a predictor of being bullied in third through sixth grades. *Pediatrics*. 2010;125(6):1301-1307. PMID:20439599. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2009-0774>
11. Kuczmarski RJ, Ogden CL, Guo SS, Grummer-Strawn LM, Flegal KM, Mei Z, et al. 2000 CDC growth charts for the United States: methods and development. *Vital Health Stat.* 2002;11(246):1-190. Disponível em: <http://www.cdc.gov/growthcharts>.
12. American Academy of Pediatrics; Committee on Nutrition. Prevention of pediatric overweight and obesity. *Pediatrics*. 2003;112(2):424-430. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.112.2.424>
13. Ronque VER, Cyrino ES, Dorea VR, Serassuelo H Jr, Galdi EHG, Arruda M. Prevalence of overweight and obesity in schoolchildren of high socioeconomic level in Londrina, Paraná, Brazil. *Rev Nutr.* 2005;18(6):709-717.
14. Padua ECR, Martins EE, Ferreira MFA, Santilli PN, Costa RF, Fisberg M. Diagnóstico do estado nutricional de crianças de 6-10 anos em escolas da rede privada de ensino da cidade de São Paulo. *Int Rev Nutr.* 2008;1(1):14-20.
15. Kimmel SR, Ratliff-Schaub, K. Pubertal growth and development. In: Rakel RE, Rakel DP. Textbook of family medicine. 8th ed. Philadelphia: Elsevier/Saunders; 2011. p. 424-426. chapt. 23.
16. Tanner JM, Whitehouse RH. Clinical longitudinal standards for height, weight, height velocity, weight velocity, and stages of puberty. *Arch Dis Child.* 1976;51:170-179. <http://dx.doi.org/10.1136/adc.51.3.170>
17. Costa RF, Cintra IP, Fisberg M. Prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares da cidade de Santos. *Arquivos Bras Endocrinol Metab.* 2006;50(1):60-67. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302006000100009>
18. Souza EB. Transição nutricional no Brasil: análise dos principais fatores. *Cad. UniFOA.* 2010;(13)49-53. Disponível em: <http://www.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/13/49.pdf>.
19. Popkin BM. The nutrition transition and its health implications in lower-income countries. *Public Health Nutr.* 1998;1(1):5-21. PMID:10555527. <http://dx.doi.org/10.1079/PHN19980004>
20. Leão LCS, Araújo LM, Moraes LP, Assis AM. Prevalência de obesidade em escolares de Salvador Bahia. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2003;47(2):151-157. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302003000200007>
21. Vieira MFA, Araújo CLP, Hallal PC, Madruga, SM, Neutzling, MB, Matijasevich A, et al. Estado nutricional de escolares de 1ª a 4ª séries do Ensino Fundamental das escolas urbanas da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2008;24(7):1667-1674. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000700021>
22. Monteiro CA, Conde WL, Popkin BM. Income-specific trends in obesity in Brazil: 1975-2003. *Am J Public Health.* 2007;97(10):1808-1812. PMID:17761560 PMCID:PMC1994168. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2006.099630>
23. Popkin BM. Does global obesity represent a global public health challenge? *Am J Clin Nutr.* 2011;93(2):232-3. PMID:21159790 PMCID:PMC3021421. <http://dx.doi.org/10.3945/ajcn.110.008458>
24. Ogden CL, Flegal KM, Carroll MD, Johnson CL. Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents, 1999-2000. *JAMA.* 2002;288(14):1728-32. PMID:12365956. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.288.14.1728>
25. Centers for Disease Control and Prevention. CDC grand rounds: childhood obesity in the United States. *JAMA.* 2011;305(10):988-991. Disponível em: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=646070>. PMID:21248681.

Evidências sobre tratamentos clínicos conservadores para doença hemorroidária

Evidence on conservative clinical treatments for haemorrhoids

Evidencias sobre tratamientos clínicos conservadores para la enfermedad hemorroidal

Fernanda da Silva Barbosa. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, SC, Brasil. fernandinhasbarbosa@hotmail.com (*Autora correspondente*)

Jardel Corrêa de Oliveira. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Florianópolis, SC, Brasil. jardel_coli@yahoo.com.br

Charles Dalcanale Tesser. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, SC, Brasil. charlestesser@ccs.ufsc.br

Resumo

Objetivo: o objetivo desta avaliação de tecnologia em saúde foi analisar as evidências sobre tratamentos clínicos conservadores para doença hemorroidária utilizáveis na Atenção Primária à Saúde. **Métodos:** buscou-se no Embase, LILACS e MEDLINE via Pubmed por meta-análises, revisões sistemáticas e ensaios clínicos controlados e aleatorizados, publicados até dezembro de 2012, sem limite de linguagem. Os estudos deveriam avaliar os efeitos dos tratamentos clínicos conservadores (fibras ou laxantes, flavonoides, analgésicos, corticosteroides, banhos de assento ou pomadas de nitroglicerina) comparados a placebo ou entre si. Os desfechos considerados foram: melhora global dos sintomas, sangramento, prurido, dor, prolapso e efeitos adversos. **Resultados:** uma meta-análise demonstrou que fibras promovem melhora global dos sintomas e do sangramento e diminuem a recorrência após procedimentos ambulatoriais. Três meta-análises mostraram a eficácia de flavonoides para sangramento agudo e pós-operatório, melhora global dos sintomas, exsudação perianal e recorrência após episódio agudo. Não houve diferença estatística para prurido, dor, prolapso ou efeitos adversos nos dois casos. Flavonoides do tipo rutosídeos reduziram sintomas em gestantes, apesar da insuficiência dos dados para comprovar sua segurança. Não foram encontrados estudos que preenchessem os critérios de seleção para os demais tipos de tratamento. **Conclusões:** fibras ou flavonoides orais podem ser utilizados na atenção primária para a melhora global dos sintomas e sangramento na doença hemorroidária graus I e II; para paciente grau III que não deseje se submeter a procedimento ambulatorial; e no pós-operatório. Ensaios clínicos controlados e aleatorizados com qualidade metodológica adequada são necessários para confirmar estes resultados.

Palavras-chave:

Avaliação da Tecnologia
Biomédica
Terapêutica
Hemorroidas
Atenção Primária à Saúde

Abstract

Objective: The objective of this health technology assessment was to analyse the evidence on conservative clinical treatments for haemorrhoids usable in Primary Health Care. **Methods:** We searched in Embase, LILACS and MEDLINE through Pubmed for meta-analyses, systematic reviews and randomized controlled trials published until December 2012, without limits of language. Studies should evaluate the effects of conservative medical treatments (fibres or laxatives, flavonoids, analgesics, corticosteroids, sitz baths or nitro-glycerine ointments) compared to placebo or each other. The outcomes considered were overall symptom improvement, bleeding, itching, pain, prolapse and adverse effects. **Results:** One meta-analysis showed that fibres promote overall improvement of symptoms and bleeding; and decrease recurrence after outpatient procedures. Three meta-analyses showed efficacy of flavonoids for acute and postoperative bleeding, overall symptom improvement, perianal discharge and recurrence after acute episode. There was no statistical difference for itching, pain, prolapse, or adverse effects in both cases. Rutosides, a type of flavonoid, reduced symptoms in pregnant women, despite the insufficiency of data to prove its safety. No studies were found on other types of treatment that met the selection criteria. **Conclusions:** In Primary Health Care, oral fibres or flavonoids can be used to improve overall symptoms and bleeding in haemorrhoid patients at grades I and II; to patient grade III who does not wish to undergo outpatient procedure; and postoperatively. Randomized controlled trials with adequate methodological quality are needed to confirm these results.

Keywords:

Technology Assessment,
Biomedical
Therapeutics
Hemorrhoids
Primary Health Care

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
não se aplica.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Recebido em: 28/07/2013.
Aprovado em: 16/12/2013.

Resumen

Objetivo: el objetivo de esta evaluación de tecnología sanitaria es analizar la evidencia sobre tratamientos clínicos conservadores para las hemorroides utilizables en la atención primaria de la salud. **Métodos:** se buscó en Embase, LILACS y MEDLINE a través de Pubmed por metanálisis, revisiones sistemáticas, y ensayos clínicos controlados y aleatorizados publicados hasta diciembre de 2012, en todos los idiomas. Los estudios deberían evaluar los efectos de los tratamientos clínicos conservadores (fibras o laxantes, flavonoides, analgésicos, cortico esteroides, baños de asiento o ungüentos de nitroglicerina) comparándolos con placebo o entre sí. Los resultados que se consideraron fueron: mejora general de los síntomas, sangrado, picazón, dolor, prolapso y efectos adversos. **Resultados:** un metanálisis demostró que las fibras promueven una mejora general de los síntomas y del sangrado, y disminuyen la recaída tras los procedimientos ambulatorios. Tres metanálisis mostraron la eficacia de los flavonoides para la hemorragia aguda y el postoperatorio, mejora general de los síntomas, exudación perianal y recaída después del episodio agudo. No hubo diferencia estadística para picazón, dolor, prolapso, o efectos adversos en ambos casos. Los flavonoides del tipo rutósídeos redujeron los síntomas en las gestantes, a pesar de la falta de datos para demostrar su seguridad. No se encontraron estudios que cumplieran con los criterios de selección para otros tipos de tratamiento. **Conclusiones:** las fibras o flavonoides orales pueden ser utilizados en la atención primaria para una mejora global de los síntomas y del sangrado en las hemorroides de grado I y II; en paciente grado III que no quiera someterse a procedimiento ambulatorio; y en el postoperatorio. Se necesitan ensayos clínicos controlados y aleatorizados con una calidad metodológica adecuada para confirmar estos resultados.

Palabras clave:

Evaluación de la Tecnología Biomédica
Terapéutica
Hemorroides
Atención Primaria de Salud

Introdução

Hemorroidas são estruturas vasculares presentes na região anorretal constituídas por arteríolas e vênulas. De acordo com a localização, dividem-se em internas (acima da linha pectínea, no espaço submucoso) e externas (abaixo da linha pectínea, no espaço subcutâneo).¹⁻³ Em conjunto com o sistema neuromuscular do ânus, formado por esfínteres, nervos, mucosa e pele, as hemorroidas contribuem para a manutenção da continência fecal e diferenciação entre a natureza do conteúdo no interior do canal anal.^{4,5} Quando há alterações estruturais e vasculares, associadas a hábitos dietéticos ou defecatórios errôneos, as hemorroidas podem tornar-se sintomáticas, caracterizando a doença hemorroidária.^{1,4}

É uma das afecções coloproctológicas mais frequentes e sua importância já era descrita por Hipócrates (460 a.C.) na Grécia antiga.^{1,6} A real prevalência da doença hemorroidária na atualidade é controversa, podendo se dar por subnotificação dos sintomas por parte dos pacientes ou pela atribuição de quaisquer males anorretais a esta doença.^{6,7} Estima-se que 4,4% da população geral nos EUA seja portadora de doença hemorroidária, sendo que apenas um terço procura por atendimento médico. Incide igualmente em ambos os sexos e tem um pico de prevalência entre 45-65 anos.^{8,9} No Brasil, um estudo sugere uma incidência de 27,32% em pacientes atendidos pelo serviço de coloproctologia, com predominância no sexo feminino.⁶

Os sintomas mais comuns são sangramento, prolapso, prurido, dor ou desconforto anal e, menos frequentemente, exsudação perianal.^{1,6,7,10} A doença hemorroidária, em sua classificação mais utilizada, pode ser interna, externa ou mista, de acordo com a localização do mamilo hemorroidário no canal anal, conforme descrito previamente. A fim de guiar a terapêutica mais adequada, Banov et al.¹¹ propuseram classificar a forma interna com base no grau de prolapso e sangramento em a) Grau I: quando há sangramento, porém não prolaba abaixo da linha pectínea aos esforços ou evacuação; b) Grau II: quando prolaba abaixo da linha pectínea, ao esforço evacuatório, com prolapso pelo ânus, porém retraído espontaneamente após cessado o esforço; c) Grau III: quando prolaba à evacuação e/ou aos esforços, com prolapso pelo ânus, porém sem retração espontânea, sendo necessário redução digital; e d) Grau IV: quando o prolapso é irreduzível e o mamilo hemorroidário permanece permanentemente prolabado.^{1,7,12}

O manejo se faz de acordo com a gravidade dos sintomas, presença ou não de complicações e o grau da hemorroida interna. Segundo o *UpToDate*, *Prodigy*, *Current* e os protocolos disponíveis no *National Guideline Clearinghouse*, a abordagem inicial dos casos não complicados e principalmente graus I e II consiste em medidas conservadoras como uso de fibras ou laxantes na dieta, medicamentos flebotônicos como flavonoides, analgésicos orais ou tópicos, corticosteroides tópicos, banhos de assento e pomadas à base de nitroglicerina. Na doença de graus I, II e III sem resposta ao tratamento conservador, o tratamento consiste de procedimentos ambulatoriais não cirúrgicos como escleroterapia, crioterapia, fotocoagulação e ligadura elástica. Somente de 5% a 10% dos casos, principalmente aqueles com hemorroidas internas grau IV ou que não obtiveram sucesso com outras terapias, necessitam de tratamento cirúrgico, a hemorroidectomia.^{1,2,3,7,8,10-19}

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a abordagem abrange o princípio da hierarquização, pois pode necessitar de atendimento em diferentes níveis de atenção, dependendo da resposta aos tratamentos e do grau da doença. A Atenção Primária à Saúde (APS) representa a porta de entrada do sistema, responsável pela ordenação e continuidade do cuidado da população vinculada a uma unidade básica de saúde, definida com base territorial. Nela realizam-se muitas vezes o diagnóstico e a primeira abordagem de tratamento, que consiste nas medidas clínicas conservadoras. Casos que não melhoram com estas medidas ou dependendo do grau da doença podem necessitar de encaminhamento para a atenção secundária ou terciária para

a especialidade de coloproctologia. Os procedimentos ambulatoriais não cirúrgicos descritos anteriormente são realizados na atenção secundária. A atenção terciária compreende o atendimento no ambiente hospitalar, no qual são realizadas as cirurgias. No período pós-procedimento ambulatorial ou cirúrgico, a pessoa retorna para acompanhamento na APS.²⁰⁻²⁵

A grande maioria das pessoas com doença hemorroidária beneficiar-se-á apenas de tratamentos clínicos conservadores, que podem ser realizados de forma eficaz e segura pelo médico de família, sem necessidade de maiores intervenções. No entanto, ainda há inconsistência sobre quais terapias devem ser utilizadas no paciente da atenção primária. O objetivo desta revisão foi avaliar as evidências sobre tratamentos clínicos conservadores para doença hemorroidária que podem ser realizados na APS.

Métodos

Realizou-se um estudo de Avaliação de Tecnologia em Saúde (ATS) dos tratamentos clínicos conservadores utilizados na doença hemorroidária no âmbito da APS, conforme diretrizes metodológicas para elaboração de pareceres técnico-científicos padronizadas pelo Ministério da Saúde.²⁶ Com base na literatura, foram selecionados como objetos de estudo os seguintes tratamentos: fibras ou laxantes (sendo os mais citados: Psyllium, metilcelulose, Sterculia, docusato de sódio, lactulose e Senna), flavonoides (dentre eles: rutosídeo, diosmina e hesperidina), analgésicos orais e tópicos (lidocaína e cinchocaína), corticosteroides tópicos (sendo hidrocortisona e fluocortolona os mais comuns), banhos de assento e pomadas à base de nitroglicerina.¹⁵⁻¹⁹

De acordo com o modelo PICO (População; Intervenção; Controle; *Outcome* ou Desfecho),²⁷ buscou-se por estudos que avaliaram o uso de tais tratamentos comparados entre si ou a placebo, em pessoas com doença hemorroidária. Foram considerados como desfechos: melhora global, sangramento, dor ou irritação, prurido, prolapso e efeitos adversos. Foram obtidos, por meio do MeSH e DeCS, diversos descritores para doença hemorroidária para cada um dos tipos de tratamento e termos correlatos.

Inicialmente realizou-se uma busca por meta-análises (MA) e revisões sistemáticas (RS) no MEDLINE via Pubmed, Embase e LILACS, para cada uma das formas de tratamento separadamente. Não houve restrição de linguagem, sendo os limites: estudos publicados até dezembro de 2012, humanos e tipo de estudo. As estratégias de busca e todos os descritores utilizados são descritos no Quadro 1.

Quadro 1. Estratégias de busca da pesquisa.

Termos	Estratégias de Busca
Hemorroidas e Fibras/ Laxantes/ Psyllium/ Metilcelulose/ Sterculia/ Docusato de Sódio/ Lactulose/ Senna	(Hemorrhoids or Haemorrhoids) AND ("Fiber, Dietary" OR "Dietary Fibers" OR "Fibers, Dietary" OR "Wheat Bran" OR "Bran, Wheat" OR "Brans, Wheat" OR "Wheat Brans" OR Roughage OR Roughages OR Laxatives OR Cathartics OR "Bulk Laxatives" OR "Laxatives, Bulk" OR Psyllium OR "Ispaghule Gum" OR "Gum, Ispaghule" OR "Plantago Seed" OR "Seed, Plantago" OR Ispaghula OR Methylcellulose OR "Methyl Cellulose" OR "Cellulose, Methyl" OR Sterculia OR Sterculias OR Karaya OR Karayas OR "Sterculia urens" OR "Sterculia uren" OR "uren, Sterculia" OR "urens, Sterculia" OR Lactulose OR "Dioctyl Sulfosuccinic Acid" OR "Dioctyl Sulfosuccinate" OR DOSS OR Dioctylsulfosuccinate OR "Dioctyl Sulfosuccinates" OR "Sulfosuccinates, Dioctyl" OR "Sodium Dioctylsulphosuccinate" OR "Dioctylsulphosuccinate, Sodium" OR "Sodium Dioctyl Sulfosuccinate" OR "Dioctyl Sulfosuccinate, Sodium" OR "Docusate Sodium" OR "Sodium, Docusate" OR "Senna Extract" OR "Extract, Senna")
Hemorroidas e Flavonoides/ Hidroxietil Rutosídeos/ Diosmina/ Hesperidina	(Hemorrhoids OR Haemorrhoids) AND (Flavonoids OR Bioflavonoids OR Hydroxyethylrutoside OR Diosmin OR "Buchu Resin" OR "Resin, Buchu" OR Hesperidin)
Hemorroidas e Analgésicos/ Lidocaína/ Chinchocaína	(Hemorrhoids OR Haemorrhoids) AND (Analgescics OR "Analgescic Drugs" OR "Drugs, Analgescic" OR Anodynens OR "Analgescic Agents" OR "Agents, Analgescic" OR "Antinociceptive Agents" OR "Anesthetics, local" OR "Local anesthetics" OR "anesthetics, topical" OR Lidocaine OR Lignocaine OR "2-(Diethylamino)-N-(2,6-Dimethylphenyl)Acetamide" OR "Lidocaine Carbonate (2:1)" OR "Lidocaine Carbonate" OR "Carbonate, Lidocaine" OR "Lidocaine Hydrocarbonate" OR "Hydrocarbonate, Lidocaine" OR "Lidocaine Hydrochloride" OR "Hydrochloride, Lidocaine" OR "Lidocaine Monohydrochloride" OR "Monohydrochloride, Lidocaine" OR "Lidocaine Monoacetate" OR "Monoacetate, Lidocaine" OR "Lidocaine Sulfate (1:1)" OR Octocaine OR Xylesthesin OR Xylocaine OR "Xylocaine CO2" OR "Lidocaine Monohydrochloride, Monohydrate" OR "Monohydrate Lidocaine Monohydrochloride" OR Dibucaine OR Cinchocaine OR Sovcaine OR Nupercaine OR Cincaïn OR Nupercainal)
Hemorroidas e Corticosteroides/ Corticoides/ Hidrocortisona/ Fluocortolona	(Hemorrhoids OR Haemorrhoids) AND (corticosteroids OR corticoids OR hydrocortisone OR cortisol OR "Hydrocortisone, (9 beta, 10 alpha, 11 alpha)-Isomer" OR "Hydrocortisone, (11 alpha)-Isomer" OR fluocortolone OR "Fluocortolone Pivalate" OR "Pivalate, Fluocortolone" OR "Fluocortolone Caproate" OR "Caproate, Fluocortolone")
Hemorroidas e Banho de Assento	(Hemorrhoids OR Haemorrhoids) AND ("Sitz bath" OR "warm-water bath")
Hemorroidas e Nitroglicerina	(Hemorrhoids OR Haemorrhoids) AND (Nitroglycerin OR "Glyceryl Trinitrate" OR "Trinitrate, Glyceryl")

Os estudos identificados em cada base de dados foram agrupados no *software* de manejo de referências EndNote versão X5 de acordo com a forma de tratamento (cada uma das estratégias de busca descritas no Quadro 1), sendo excluídos os duplicados. Os critérios de seleção para esta busca incluíram: desenho dos estudos (MA ou RS), população (pessoas com hemorroidas) e intervenção (tratamento clínico conservador *versus* placebo ou outro tratamento clínico conservador). Foram excluídos estudos com outro tipo de desenho que não MA ou RS, população composta por animais, intervenção diferente daquela considerada na estratégia e ainda estudos sobre outras doenças ou temas.

O resultado da busca foi avaliado de forma independente por dois dos autores deste estudo de avaliação de tecnologia em saúde, de acordo com o título e resumo e quanto ao preenchimento dos critérios de seleção. Quando o título ou o resumo não permitiam a exclusão e o estudo estava disponível na íntegra, a avaliação foi feita com base na metodologia do artigo. Quando o texto completo não estava disponível, tentou-se obtê-lo por meio de contato com professores de Universidades da Espanha e Canadá, sendo então excluídos os estudos que não foram obtidos. A Tabela 1 demonstra de forma detalhada o processo de seleção.

Tabela 1. Seleção das revisões sistemáticas e meta-análises.

Tratamento	Estudos identificados	Estudos que não preencheram critérios de seleção após análise do título e/ou do resumo ou da metodologia				Estudos Selecionados
		Outros desenhos de estudo	Outros tipos de tratamento ou medicamento utilizados	Outra doença ou tema estudado	Estudos cujo resumo e/ou texto completo não estavam disponíveis	
Fibras / Laxantes	n=9	n=3	n=2	n=3	n=0	n=1
Flavonoides	n=9	n=3	n=1	n=0	n=2	n=3
Analgésicos	n=19	n=2	n=13	n=3	n=1	n=0
Corticosteroides	n=10	n=3	n=3	n=3	n=1	n=0
Banho de assento	n=0	n=0	n=0	n=0	n=0	n=0
Nitroglicerina	n=8	n=1	n=5	n=2	n=0	n=0
TOTAL	n=55	n=12	n=24	n=11	n=4	n=4

Em um segundo momento realizou-se uma busca por ensaios clínicos controlados aleatorizados (ECCA) para cada tipo de tratamento individualmente, nas mesmas bases de dados e com as mesmas estratégias utilizadas inicialmente. Não houve restrição de linguagem e os limites da pesquisa foram: estudos publicados até dezembro de 2012, humanos e tipo de estudo. Para tal busca, consideraram-se os mesmos critérios de seleção e metodologia descritos anteriormente, à exceção do desenho de estudo (desta vez ECCA) e adicionando-se como critério de exclusão o fato de já ter sido incluído em alguma das RS ou MA selecionadas ou ter avaliado um desfecho substituto não mensurável na prática clínica. O processo de seleção está demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2. Seleção dos ensaios clínicos controlados e aleatorizados.

Tratamentos	Estudos Identificados	Estudos que não preencheram critérios de seleção após análise do título e/ou resumo ou da metodologia						Estudos Selecionados
		Outros desenhos de estudo	Outros tipos de tratamentos ou medicamentos utilizados	Outra doença ou tema estudado	Resumo e/ou texto completo não estavam disponíveis	ECCR já avaliados nas MA selecionadas	Desfecho não mensurável na prática clínica	
Fibras / Laxantes	n=47	n=3	n=37	n=3	n=1	n=3	n=0	n=0
Flavonoides	n=31	n=2	n=14	n=1	n=1	n=13	n=0	n=0
Analgésicos	n=175	n=2	n=134	n=38	n=0	n=1	n=0	n=0
Corticosteroides	n=21	n=1	n=7	n=7	n=4	n=2	n=0	n=0
Banhos de assento	n=2	n=0	n=2	n=0	n=0	n=0	n=0	n=0
Nitroglicerina	n=19	n=1	n=12	n=4	n=1	n=0	n=1	n=0
TOTAL	n=295	n=9	n=206	n=53	n=7	n=19	n=1	n=0

A avaliação da qualidade dos estudos selecionados baseou-se nas diretrizes metodológicas para elaboração de pareceres técnico-científicos padronizadas pelo Ministério da Saúde.²⁶

Resultados e Discussão

Foram identificados quatro estudos para incluir nesta ATS, cujas características estão descritas no Quadro 2.

Quadro 2. Características dos estudos selecionados.

Estudo	Tipo de Estudo e População	Intervenção	Desfechos Avaliados
Alonso-Coello et al. ¹⁰	- Meta-análise - 7 ECCR (n=378) - Adultos com doença hemorroidária (Graus I-III)	Fibras (<i>Ispaghula</i> , <i>Psyllium</i> ou <i>Plantago ovata</i> , <i>Sterculia</i> e farelo não processado) <i>versus</i> Placebo	- Melhora Global - Sangramento - Prolapso - Dor - Prurido - Recorrência ou necessidade de outros tratamentos - Efeitos Adversos
Quijano e Abalos ¹²	- Meta-análise - 2 ECCR (n=150) - Mulheres grávidas com doença hemorroidária (Graus I-III)	Rutosídeo <i>versus</i> Placebo	- Melhora Global - Efeitos Adversos - Efeitos no bebê
Alonso-Coello et al. ²⁸	- Meta-análise - 14 ECCR (n=1514) - Adultos com doença hemorroidária	Flavonoides (Diosmina+hesperidina, rutosídeo, troxerrutina e troxerrutina+carbazocromo) <i>versus</i> Placebo	- Melhora Global - Sangramento - Dor - Prurido - Recorrências - Efeitos Adversos
Perera et al. ⁷	- Meta-análise - 24 ECCR (n=2344) - Adultos com doença hemorroidária ou pós-hemorroidectomia	Flavonoides (Diosmina+hesperidina, troxerrutina+carbazocromo e rutosídeo) <i>versus</i> Placebo ou outros tratamentos clínicos e conservadores	- Melhora Global - Sangramento - Dor - Prurido - Descarga ou Vazamento - Consumo de analgésico - Pós-operatório - Efeitos Adversos

Fibras ou laxantes

Uma meta-análise¹⁰ que avaliou o uso de fibras e laxantes *versus* placebo em adultos com doença hemorroidária de grau I a III demonstrou diferença estatisticamente significativa na melhora global dos sintomas e no sangramento. Foram selecionados ensaios clínicos somente com fibras do tipo agentes formadores de massa, como *Plantago ovata* ou *Psyllium*, *Ispaghula husk* e *Sterculia*. Não foram encontrados estudos com outros tipos de laxantes.

Houve redução no risco absoluto de persistência ou não melhora dos sintomas de 24% (NNT 4; RR 0,47; IC 95% 0,32 a 0,68; I²=1,1%), e de sangramento de 26% (NNT 3; RR 0,50; IC 95% 0,28 a 0,89; I²=45%).

Para prolapso, dor e prurido, não houve melhora estatisticamente significativa no grupo de fibras em relação ao placebo, tampouco houve diferença na incidência de efeitos adversos. Quanto ao prolapso, não surpreende a ausência de benefício com a mudança na consistência das fezes ou na frequência da defecação decorrente do uso de fibras, pois se trata de uma alteração estrutural anatômica.

Um estudo (n=92) incluído na revisão comparou o número de recorrências em 18 meses com uso de fibras ou placebo em pacientes com doença grau III depois de submetidos à ligadura elástica. Houve redução no risco absoluto de recorrência global dos sintomas de 30% (NNT 3; RR 0,34; IC95% 0,15 a 0,77).

Os autores da meta-análise¹⁰ consideraram a possibilidade de viés de publicação. No entanto buscou-se minimizar essa limitação por meio de contato com autores, especialistas e farmacêuticos, tendo sido encontrados dois estudos não publicados. Os ensaios selecionados foram considerados de moderada qualidade devido a problemas no sigilo de alocação, cegamento e ausência de informações sobre perdas de seguimento.

Flavonoides

Foram encontradas três meta-análises, sendo uma de ensaios clínicos somente com gestantes. Nesse estudo¹² avaliou-se o uso de rutosídeo por via oral *versus* placebo, em dois ensaios clínicos com 150 mulheres grávidas com doença hemorroidária de grau I a III, entre a décima quarta e trigésima terceira semana de gestação. Houve diferença estatisticamente significativa na melhora global dos sintomas, com redução no risco absoluto de persistência ou não melhora do quadro, em quatro semanas, de 62% (NNT 2; RR 0,07; IC95% 0,03 a 0,20; I²=0%). Não houve diferença na incidência de efeitos adversos entre os dois grupos. Com relação aos possíveis efeitos para a criança, apesar da ocorrência de um óbito fetal no grupo controle e um caso de polidactilia no grupo dos flavonoides, não houve diferença estatisticamente significativa na morte fetal, malformação congênita ou parto prematuro. Os ensaios incluídos nesse estudo foram considerados de baixa qualidade pelos autores devido a problemas no sigilo de alocação, aleatorização, descrição do controle (placebo) e tamanho das amostras.

Duas meta-análises avaliaram adultos com doença hemorroidária. O estudo de Alonso-Coello et al.²⁸ incluiu 14 ensaios clínicos que compararam flavonoides (associação de diosmina e hesperidina, rutosídeo, troxerrutina e associação de troxerrutina com carbazocromo) *versus* placebo, em pacientes portadores de doença aguda, grau I a III. Já o estudo de Perera et al.⁷ incluiu 24 ensaios clínicos que consideraram pacientes com qualquer grau de doença hemorroidária, tanto em sua forma aguda quanto no pós-operatório de hemorroidectomia ou após ligadura elástica. Essa meta-análise comparou o uso de medicamentos flebotônicos, incluindo os mesmos avaliados por Alonso-Coello et al.²⁸ além de um não pertencente à classe de flavonoides, *versus* placebo ou outros tratamentos clínicos conservadores. Perera et al.⁷ incluíram estudos mais recentes e consideraram o período pós-operatório, enquanto Alonso-Coello et al.,²⁸ apesar de mais antigo, selecionaram estudos que Perera et al. não incluíram, tampouco excluíram de sua meta-análise. Nos dois estudos^{7,28} os três tipos de flavonoides citados anteriormente foram avaliados para todos os desfechos considerados no PICO.

Para a avaliação da melhora global dos sintomas, Alonso-Coello et al.²⁸ incluíram os quatro ensaios com flavonoides utilizados por Perera et al.⁷ além de outros cinco. Tal desfecho foi avaliado também em subgrupos de acordo com o período de seguimento de até sete dias, até quatro semanas e de 60 dias. Houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, com redução no risco absoluto de persistência ou não melhora do quadro de 32,8% (RR 0,42; IC95% 0,28 a 0,61; I²=69,9%), que foi semelhante à encontrada nos períodos de até sete dias e até quatro semanas. Apenas um estudo (n=100) avaliou esse desfecho com seguimento de 60 dias, demonstrando uma redução ainda maior no risco de persistência ou não melhora do quadro (RR 0,17; IC95% 0,08 a 0,37).

Os ensaios utilizados para a avaliação da dor não foram os mesmos nas duas meta-análises. Alonso-Coello et al.²⁸ mostraram diferença estatisticamente significativa entre os grupos, com redução absoluta no risco de permanecer com dor de 26,9% (RR 0,35; IC95% 0,18 a 0,69). Porém, os estudos foram muito heterogêneos (I²=84,1%). Perera et al.⁷ avaliaram esse desfecho na doença aguda e no pós-operatório, mas não houve diferença estatisticamente significativa em ambos os cenários.

Para sangramento, diferentes ensaios foram avaliados nas duas meta-análises. Perera et al.⁷ mostraram benefício estatisticamente significativo entre os grupos, tanto no sangramento agudo como no pós-operatório (OR 0,12; IC95% 0,04 a 0,37 e OR 0,18; IC95% 0,06 a 0,58, respectivamente, com I²=0 em ambos). Alonso-Coello et al.²⁸ avaliaram esse desfecho também em subgrupos, de acordo com o período de seguimento de até sete dias, até quatro semanas e de 60 dias. Houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, com redução no risco absoluto de persistência ou não melhora do sangramento de 21,7% (RR 0,33; IC95% 0,19 a 0,57; I²=61,4%), que foi semelhante à encontrada nos períodos de até sete dias e até quatro semanas. Apenas um mesmo estudo (n=100) avaliou esse desfecho com seguimento de 60 dias, demonstrando uma redução ainda maior no risco de persistência ou não melhora do sangramento (RR 0,20; IC95% 0,08 a 0,49).

Ensaio clínico distintos foram utilizados para avaliar o prurido nas duas meta-análises. Alonso-Coello et al.²⁸ mostraram diferença estatisticamente significativa, porém marginal entre os grupos, com redução no risco absoluto de permanecer com prurido de 35% (RR=0,65; IC95% 0,44 a 0,97; I²=66,1%). Perera et al.⁷ avaliaram prurido em episódios agudos e no pós-operatório, por meio de apenas um ensaio em cada cenário. Não houve diferença estatisticamente significativa nos casos agudos de prurido. Já no pós-operatório, houve benefício, porém marginal, no grupo dos flavonoides (OR 0,25; IC95% 0,06 a 0,97).

Quanto aos efeitos adversos, não houve diferença entre os grupos nas duas meta-análises.^{7,28} Alonso-Coello et al.²⁸ salientaram que a maioria dos ensaios teve um período de seguimento menor do que três meses.

Perera et al.⁷ ainda avaliaram exsudação perianal, demonstrando benefício estatisticamente significativo dos flavonoides em relação ao placebo (OR 0,12; IC95% 0,04 a 0,42 e I²=0%). Também mensuraram a não adesão ao tratamento e não houve diferença estatística entre os grupos.

Alonso-Coello et al.²⁸ ainda avaliaram a recorrência após um episódio agudo em um período de dois a seis meses, mostrando benefício estatisticamente significativo do grupo flavonoides em relação ao placebo, com redução no risco absoluto de recorrência dos sintomas de 17,2% (RR 0,53; IC95% 0,41 a 0,69; I²=0%).

Como limitações, Alonso-Coello et al.²⁸ consideraram a qualidade moderada dos estudos, principalmente pela ausência de informações claras sobre sigilo de alocação, aleatorização e cegamento pelos autores dos ensaios, além de potencial viés de publicação, apesar dos esforços para localizar estudos não publicados. Para explicar a variabilidade entre os estudos, foi considerada a severidade da doença (maior efeito nos casos de graus I e II do que nos de graus III e IV), tipos de intervenções diferentes (com associação a outros tratamentos clínicos conservadores ou isoladas), metodologia inadequada dos estudos e períodos de seguimento distintos. A variação na dose dos medicamentos não alterou os desfechos. Dos 14 ensaios incluídos apenas três avaliaram os resultados por intenção de tratar. Os demais o fizeram conforme protocolo ou não deixaram clara tal informação.

Os estudos selecionados por Perera et al.⁷ foram considerados de moderada qualidade, uma vez que alguns realizaram inadequados cegamentos ou sigilo de alocação e outros não trouxeram informações claras sobre desfechos, seguimento ou financiamento do estudo. Houve dificuldade de reunir e comparar os dados dos ensaios, visto que muitos deles utilizaram parâmetros subjetivos, como escalas de sintomas, e outras variáveis dicotômicas para avaliar os desfechos. As diferentes doses utilizadas dos medicamentos e a localização geográfica dos estudos (com dietas e estilos de vida que variam da Ásia para a Europa) são possíveis explicações para a heterogeneidade entre os ensaios.

Analgésicos, corticosteroides e banhos de assento

Não foram encontrados estudos que preenchessem os critérios de seleção para o tratamento da doença hemorroidária com analgésicos orais ou tópicos, corticosteroides tópicos e banhos de assento.

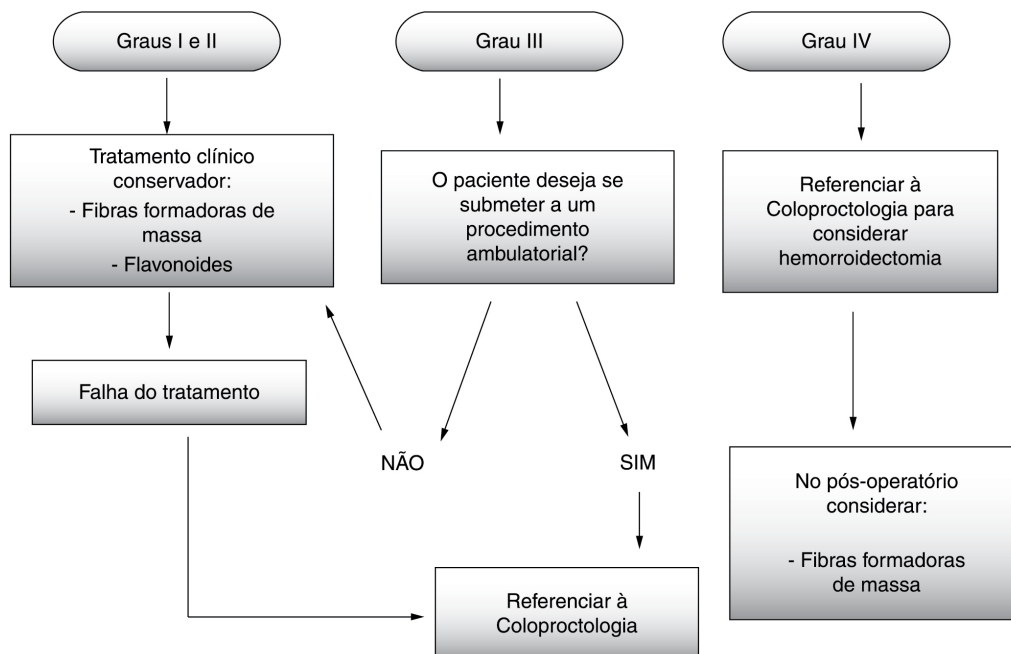
Nitroglicerina

Foi encontrado um ECCA²⁹ para o tratamento da doença hemorroidária com pomada à base de nitroglicerina. No entanto, este media como desfecho a diminuição da pressão do esfíncter anal interno por meio de manometria retal de 24 horas. Tal estudo foi excluído por considerar apenas um desfecho não mensurável na prática clínica, não preenchendo os critérios de seleção.

Contextualização ao cenário de prática da APS e Medicina de Família no Brasil

A doença hemorroidária é uma afecção comum na prática médica, com alta prevalência na população. A imensa maioria será diagnosticada e manejada na APS, pelo médico de família, que avaliará o tratamento inicial ou a necessidade de referenciar.

Na doença de graus I e II, há benefício de tratamentos clínicos conservadores que devem ser realizados no âmbito da APS, como o uso de fibras formadoras de massa e de flavonoides. (Fluxograma 1).



Fluxograma 1. Manejo da doença hemorroidária.

As fibras formadoras de massa minimizam a constipação e o esforço prolongado associado. Promovem a melhora global dos sintomas e do sangramento, sem diferença significativa na incidência de efeitos adversos. Não há evidência de benefício para dor ou prurido como sintomas isolados.¹⁰ No mercado brasileiro, existem medicamentos à base de *Plantago ovata* e *Plantago psyllium*. A Relação de Medicamentos Essenciais (Rename) traz *Plantago ovata* para constipação e síndrome do intestino irritável, mas não menciona o uso para doença hemorroidária. A inclusão desta indicação poderia ser considerada numa próxima atualização da Rename.

Os flavonoides não têm seu mecanismo de ação bem estabelecido, mas estão associados ao fortalecimento da parede vascular e normalização da permeabilidade capilar.³⁰ Demonstram benefício na melhora global dos sintomas, no sangramento, na exsudação perianal e na recorrência dos sintomas após um episódio agudo, sem diferença na incidência de efeitos adversos (que em sua maioria correspondem a casos isolados de desconforto gastrointestinal).^{7,28} Seu uso por períodos maiores (em torno de 60 dias ou mais) parece mostrar efeitos ainda melhores se comparados a curtos períodos de seguimento.²⁸ Para dor e prurido, ainda há controvérsia entre os estudos e não se pode confirmar a existência de benefício. No mercado brasileiro, estão disponíveis medicamentos com rutosídeo e com associação de diosmina e hesperidina. Troxerrutina só existe em associações não avaliadas nos ensaios clínicos. Nenhum destes medicamentos faz parte da Rename.

Em pessoas com doença hemorroidária grau III, que não desejam se submeter a um procedimento ambulatorial, pode-se optar pelo uso de fibras formadoras de massa ou flavonoides, já que há benefício no que concerne à melhora global dos sintomas e sangramento. No entanto não há diferença significativa no prolapso.^{7,28} Quando não ocorre melhora com o tratamento clínico conservador e na doença grau IV, a melhor conduta do médico na APS seria o encaminhamento à atenção secundária, para a especialidade de coloproctologia.

Casos submetidos a procedimentos ambulatoriais ou hemorroidectomia retornam à APS e, quando sintomáticos, podem se beneficiar do uso de fibras formadoras de massa, que diminuem a recorrência dos sintomas após ligadura elástica,²⁸ ou de flavonoides, que reduzem o risco de sangramento em ambos os cenários.⁷

Para gestantes portadoras de doença hemorroidária graus I e II, o uso de flavonoides do tipo rutosídeo apresenta benefício na melhora global dos sintomas em quatro semanas, sem diferença estatística do placebo na ocorrência de efeitos adversos ou prejudiciais ao bebê. No entanto, o pequeno tamanho da amostra dos ensaios torna os dados insuficientes para afirmar a segurança de tais medicamentos na gestação.¹²

Intervenções como analgésicos orais e tópicos, corticosteroides tópicos, banhos de assento e pomadas à base de nitroglicerina são amplamente utilizados e prescritos na APS, com aparentes efeitos benéficos. Todavia, não há evidências consistentes que validem seu uso.

Conclusão

A maioria dos estudos incluídos nas meta-análises foi considerada de qualidade moderada, com problemas diversos como sigilo de alocação, cegamento, tempo curto e perda de seguimento e análise por protocolo. Não se pode descartar a ocorrência de vies de publicação, embora os autores tenham procurado minimizá-lo. Ensaios clínicos controlados e aleatorizados com adequada qualidade metodológica e maior tempo de seguimento são necessários para confirmar os resultados encontrados com fibras e flavonoides e para avaliar se existe benefício com outros tratamentos clínicos conservadores na doença hemorroidária.

Referências

1. Quilici FA, Reis Neto JA, Cordeiro F, Reis Junior JA, Ciquini S, editors. Atlas de proctologia: do diagnóstico ao tratamento. São Paulo: Lemos Editorial; 2000.
2. Cruz GMG. Coloproctologia: propedêutica nosológica. Rio de Janeiro: Revinter; 1999. (Coloproctologia, vol. II).
3. Cruz GMG. Coloproctologia: terapêutica. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. (Coloproctologia, vol. III).
4. Loder PB, Kamm MA, Nicholls RJ, Phillips RK. Haemorrhoids: pathology, pathophysiology and aetiology. *Br J Surg*. 1994;81(7):946-954. <http://dx.doi.org/10.1002/bjs.1800810707>
5. Beck DE. Hemorrhoidal disease. In: Beck DE, Wexner SD, editors. *Fundamentals of anorectal surgery*. 2nd ed. London: WB Saunders; 1998. p. 237-253.
6. Cruz GMG, Ferreira RMRS, Neves PM. Doença hemorroidária: aspectos epidemiológicos e diagnósticos de 9.289 pacientes portadores de doença hemorroidária. *Rev Bras Coloproct*. 2006;26(1):6-23. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-98802006000100001>
7. Perera N, Liolitsa D, Iype S, Croxford A, Yassin M, Lang P, et al. Phlebotonics for haemorrhoids. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(8):CD004322. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004322.pub3>
8. Abramowitz L, Godeberge P, Staumont G, Soudan D. Clinical practice guidelines for the treatment of hemorrhoid disease. *Gastroen Clin Biol*. 2001;25(6-7):674-702. Pmid:11673735.
9. Johanson JF, Sonnenberg A. The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation: an epidemiologic study. *J Gastro*. 1990;98(2):380-386.
10. Alonso-Coello P, Guyatt G, Heels-Ansell D, Johanson JF, Lopez-Yarto M, Mills E, et al. Laxatives for the treatment of hemorrhoids. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(4):CD004649. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004649.pub2>
11. Quijano CE, Abalos E. Conservative management of symptomatic and/or complicated haemorrhoids in pregnancy and the puerperium. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(3):CD004077. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004077.pub2>
12. Banov L, Knoepp LF, Erdman LH, Alia RT. Management of hemorrhoidal disease. *J S C Med Assoc*. 1985;7:398-401.
13. Quijano CE, Abalos E. Conservative management of symptomatic and/or complicated haemorrhoids in pregnancy and the puerperium. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(3):CD004077. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004077.pub2>
14. Johanson JF, Rimm A. Optimal nonsurgical treatment of hemorrhoids: a comparative analysis of infrared coagulation, rubber band ligation, and injection sclerotherapy. *Am J Gastroenterol*. 1992;87:1600-1606. Pmid:1442682.
15. Alonso-Coello P, Marzo M. Office evaluation and treatment of hemorrhoids. *J Fam Pract*. 2003;52(5):366-374. Pmid:12737769.
16. Bleday R, Breen E. Treatment of hemorrhoids. Waltham: UpToDate; 2012 [acesso em 2012 Oct 02]. Disponível em: http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-hemorrhoids?source=search_result&search=hemorrhoids&selectedTitle=1-74#H2
17. Prodigy. Haemorrhoids. Prodigy; 2012 [acesso em 2012 Oct 02]. Disponível em: <http://prodigy.clarity.co.uk/topic/haemorrhoids>.
18. American Gastroenterological Association (AGA). American Gastroenterological Association Medical Position Statement: diagnosis and treatment of hemorrhoids. *J Gastro*. 2004;126:1461-1462. <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2004.03.001>
19. McPhee SJ, Papadakis MA, Rabow MW. 2012 Current Medical Diagnosis & Treatment. 51th ed. McGrawHill Medical; 2012.
20. Rivadeneira DE, Steele SR, Ternent C, Chalasani S, Buie WD, Rafferty JL. Standards practice task force of the American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for the management of hemorrhoids (revised 2010). *Dis Colon Rectum*. 2011;54(9):1059-1064. <http://dx.doi.org/10.1097/DCR.0b013e318225513d>
21. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). Assistência de média e alta complexidade no SUS. Brasília: CONASS; 2007.
22. Ministério da Saúde (BR). Média e alta complexidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2003 [acesso em 2002 Set 28]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm?id_area=821.
23. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2006. [acesso em 2012 Sep 28]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf.

24. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de atenção básica. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 68 p. (Série E. Legislação de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, vol. 4).
25. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 575-590.
26. Göttems LBD, Pires MRGM. Para além da atenção básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. *Saúde Soc.* 2009;18(2):189-198 [acesso em 2012 Set 28]. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000200003>
27. Ministério da Saúde (BR); Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: elaboração de pareceres técnico-científicos. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
28. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. *Evidence-Based Medicine: how to practice and teach EBM.* 2th ed. London: Churchill Livingstone; 1997.
29. Alonso-Coello P, Zhou Q, Martinez-Zapata MJ, Mills E, Heels-Ansdell D, Johanson JF, et al. Meta-analysis of flavonoids for the treatment of haemorrhoids. *Br J Surg.* 2006;93:909-920. <http://dx.doi.org/10.1002/bjs.5378>
30. Cundal JD, Gunn J, Tilsed JVT, Duthie GS. The dose response of the internal anal sphincter to topical application of glyceryl trinitrate ointment. *Colorectal Dis.* 2001;3(4):259-262. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1463-1318.2001.00248.x>
31. Beck DE, Roberts PL, Saclarides TJ, Senagore AJ, Stamos MJ, Wexner SD, editors. *The American Society of Colon and Rectal Surgeons Textbook of Colon and Rectal Surgery.* 2th ed. Springer; 2011. <http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4419-1584-9>

Abordagem da dermatite atópica na infância pelo Médico de Família e Comunidade

Approach to atopic dermatitis in children by the Family Physician

Enfoque de la dermatitis atópica em niños por el Médico de Familia y Comunidad

Alysson Quitério Guilherme. Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS). Belo Horizonte, MG, Brasil. alyssonq@hotmail.com (*Autor correspondente*)
Bárbara Couto Carvalho. Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS). Belo Horizonte, MG, Brasil. barbaracouto@hotmail.com
Bernarlli Pinto Diniz. Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS). Belo Horizonte, MG, Brasil. bernarllidiniz@hotmail.com
Bianca Ferreira Bianco. Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS). Belo Horizonte, MG, Brasil. biancaferreirabianco@bol.com.br
Talita Granero de Andrade. Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS). Belo Horizonte, MG, Brasil. talitagranero@hotmail.com
Liubiana Arantes Araújo. Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP). Ouro Preto, MG, Brasil. liubiana@ig.com.br

Resumo

Dermatite atópica (DA) é uma inflamação crônica e pruriginosa da pele, que acomete crianças nos primeiros anos de vida. Sua etiologia permanece pouco elucidada, mas sabe-se que ocorre uma disfunção da barreira cutânea que facilita a penetração de alérgenos/irritantes na epiderme, provocando reação inflamatória com predomínio de resposta Th2 em relação a Th1. O diagnóstico é clínico, podendo associar-se com a presença de história familiar e progressão de atopias, como rinite e asma. A DA manifesta-se por meio de lesões eczematosas, pruriginosas, com presença de eritema, pápulas, vesículas e escamas. Os principais diagnósticos diferenciais são dermatite seborreica, dermatite de contato, psoríase e escabiose. O tratamento baseia-se na educação do paciente e de seus familiares, somado ao controle do prurido com anti-histamínicos e da inflamação com corticoides e inibidores da calcineurina. Devido à alta prevalência e impacto da DA na qualidade de vida de crianças, corrobora-se a importância do diagnóstico precoce e de uma abordagem individualizada.

Abstract

Atopic dermatitis (AD) is a chronic and inflammatory disease that affects the skin of children in their early stages of life. Its aetiology remains little understood, but it is known that there is a dysfunction of the skin barrier, which facilitates the penetration of allergens/irritants into the epidermis, causing an inflammatory response with a predominance of Th2 response relative to Th1. The diagnosis is clinical and may be associated with previous and family medical history of atopias such as rhinitis and asthma. AD manifests itself through eczematous, pruritic injuries with the presence of erythema, papules, vesicles, and scales. The main differential diagnoses of AD are seborrheic dermatitis, contact dermatitis, psoriasis and scabies. The treatment is based on the education of patients and their families, plus the control of pruritus with antihistamines and of inflammation with corticosteroids or calcineurin inhibitors. Given the high prevalence and impact of AD on the quality of life of paediatric patients, early diagnosis and an individualized approach are paramount.

Resumen

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad crónica e inflamatorio en la piel, que afecta a los niños en los primeros años de vida. Su etiología sigue siendo poco dilucidado, pero se sabe que existe una disfunción de la barrera de la piel que facilita la penetración de alérgeno/irritante sobre la piel, causando una reacción inflamatoria con predominante respuesta Th2 hacia Th1. El diagnóstico es clínico y puede estar asociado con la presencia de la historia familiar y la historia anterior de enfermedades atópicas, tales como la rinitis y el asma. La DA se manifiesta a través de lesiones eczematosas y pruriginosas, la presencia de eritema, pápulas, vesículas y escamas. Los principales diagnósticos diferenciales son dermatitis seborreica, dermatitis de contacto, la psoriasis y la sarna. El tratamiento se basa en la educación de los pacientes y sus familias, además del control del prurito con antihistamínicos y la inflamación con corticoides y los inhibidores de la calcineurina. Dada la alta prevalencia y el impacto de la DA en la calidad de vida de los pacientes pediátricos, corrobórase la importancia del diagnóstico precoz y un enfoque individualizado.

Palavras-chave:

Dermatite Atópica
Criança
Diagnóstico Clínico
Antagonistas dos Receptores
Histamínicos
Quimioterapia

Keywords:

Dermatitis, Atopic
Child
Clinical Diagnosis
Histamine Antagonists
Drug Therapy

Palabras clave:

Dermatitis Atópica
Niño
Diagnóstico Clínico
Antagonistas de los
Receptores Histamínicos
Quimioterapia

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP: não se aplica.

Conflito de interesses: declaram
não haver.

Recebido em: 31/10/2013.
Aprovado em: 03/05/2014.

Introdução

Dermatite atópica (DA) é uma doença caracterizada por inflamação crônica e pruriginosa da pele, de caráter recorrente, associada a fatores genéticos, ambientais e alimentares.^{1,2} Normalmente, manifesta-se nos primeiros anos de vida, podendo persistir durante a vida adulta e ser também a primeira manifestação de uma doença atópica.^{2,3}

Sua prevalência varia de acordo com a localização geográfica, grau de escolaridade da população e faixa etária.⁴ Na Europa, acomete 7-20% das crianças e, no mundo, tem prevalência de 10-20%, com predomínio na faixa etária de 0 a 2 anos.⁵

A DA baseia-se na interação de fatores genéticos, alérgenos (ácaros e alimentos) e não-alérgenos (roupa áspera, *Staphylococcus aureus*, calor e exposição a agentes irritantes), os quais predispõem ao aparecimento dessa dermatite.^{5,6}

Por ser uma doença crônica, comumente caracterizada por prurido intenso e eczemas, e com forte correlação com outras doenças atópicas, tais como asma brônquica e rinite alérgica, a DA provoca inúmeros danos na qualidade de vida das crianças e repercussões psicológicas e sociais.^{7,8} É frequente a presença de distúrbios do sono, do humor e evasão escolar.⁸ A família também é afetada, uma vez que os familiares muitas vezes têm dificuldades para lidar com as necessidades da criança doente, custear suas medicações e gerenciar um ambiente equilibrado entre as crianças saudáveis.⁸

Estratégia de busca

O mapeamento da literatura foi realizado nas bases de dados do PubMed, da SciELO e da COCHRANE. O descritor utilizado foi “atopic dermatitis”. A pesquisa teve início em Julho e término em Dezembro de 2013, incluindo artigos publicados entre 2009 e 2013.

A pesquisa no banco de dados do PubMed encontrou 18.663 artigos, os quais foram filtrados quanto à idade (<18 anos), espécie humana, publicação nos últimos 5 anos, línguas inglesa, portuguesa e espanhola, artigos de revisão e ensaios clínicos com livre acesso. Foi obtido um total de 70 artigos.

No SciELO, foram encontrados 112 artigos, filtrados com base no ano de publicação (intervalo entre 2009 e 2013), idiomas português, inglês e espanhol, e áreas temáticas tais como ciências da saúde, dermatologia e pediatria. Foi obtido um total de 39 artigos.

No Cochrane, foram encontrados inicialmente 1790 artigos, sendo os mesmos filtrados pela revisão sistemática do Cochrane e revisões completas, totalizando 53 artigos.

Os critérios de avaliação das referências elegíveis para o estudo foram:

- Inclusão: artigos que abordavam conceito, epidemiologia, fisiopatologia, diagnóstico, diagnóstico diferencial, tratamento e qualidade de vida de crianças com DA.
- Exclusão: artigos sem relevância para o tema abordado pelo estudo.

Fisiopatologia

A etiologia da DA está pouco elucidada, sendo desencadeada pela interação entre fatores genéticos, alterações estruturais da pele e fatores imunitários, exógenos e alimentares.⁹ Componentes genéticos são considerados como um importante fator de risco no desenvolvimento da DA.¹⁰

Sabe-se que a integridade da barreira cutânea dificulta o desenvolvimento da DA, já que a barreira cutânea íntegra tem como função principal o controle da permeabilidade, promovendo proteção contra agentes físicos, químicos e biológicos.^{9,11} Na DA, ocorre disfunção da barreira cutânea, caracterizada por baixa renovação celular e pequena quantidade de aminoácidos hidrossolúveis, ocasionando aumento da permeabilidade celular a fatores externos.^{9,11}

Com a penetração de alérgenos ou irritantes na epiderme, o organismo será sensibilizado e desencadeará reações inflamatórias.¹² A DA possui um componente inflamatório com predomínio de resposta Th2 em contrapartida à baixa influência da atividade Th1.^{9,12,13,14,15}

Como descrito, a pele dos pacientes com DA está mais propensa à lesão por agentes exógenos e à invasão por microorganismos.¹² Portanto, inúmeros fatores desencadeantes podem favorecer a DA, dentre eles: ácaros e pelos de animais; detergentes, roupas sintéticas, estresse, temperaturas extremas, infecções por *Staphylococcus aureus* e alérgenos alimentares.¹⁵

Em relação à associação de DA e alimentação, muitas lacunas ainda precisam ser preenchidas.^{11,16} Relatos apontam que, na infância, casos moderados e graves de DA podem estar relacionados com a alimentação, incluindo ovo, leite, trigo, soja e amendoim.^{11,16}

A amamentação exclusiva mínima até os 4 meses de idade é vista como fator protetor para atopias e DA devido à sua interação com o sistema imune.¹⁷ Acredita-se que o aleitamento materno exclusivo contribui para o desenvolvimento de flora intestinal rica em probióticos, os quais ajudam na manutenção da permeabilidade da mucosa, dificultando o transporte de antígenos e reduzindo os riscos de sensibilização alérgica.¹⁷

Diagnóstico

O diagnóstico é feito predominantemente pela clínica do paciente, que varia de acordo com sua idade.¹⁴ Na infância, as manifestações clínicas de DA surgem no primeiro ano de vida em 60% dos casos.¹⁴ Em lactentes, comumente caracterizam-se por lesões em face (Figuras 1 e 2) que poupam sua região central e, em crianças, acometem dobras dos joelhos e cotovelos. (Figuras 3 e 4).¹⁴

As lesões típicas são os eczemas, identificados pela presença de eritema, pápulas, vesículas e escamas.¹⁴ Nas crianças, esse eczema é acompanhado de prurido moderado ou intenso, com predomínio à noite e consequente impacto no sono, aprendizagem e humor.¹⁸

Muitos quadros dermatológicos estão associados à DA, como xerodermia, pitiríase alba, ceratose pilar e liquenificação.¹⁵ Xerodermia (pele seca) é a manifestação clínica mais prevalente em indivíduos com DA, decorrente de defeitos na integridade da barreira cutânea que geram maior perda de água e aumento da sua permeabilidade a fatores externos.¹⁴ A pitiríase alba é condição benigna, inicialmente assintomática, caracterizada por máculas redondas inicialmente avermelhadas, evoluindo para mancha pálida, devido à descamação e à hipopigmentação.¹⁵ A lesão possui bordas bem definidas e localização preferencial na face, braços e costas.¹⁵ Está diretamente relacionada com atopias, exposição solar e alta frequência de banhos.¹⁵ A ceratose pilar é identificada pela presença de pápulas foliculares com ceratina, acometendo membros superiores e face.¹⁵ Já a liquenificação apresenta-se pelo espessamento e acentuação dos sulcos da pele.¹⁵

Além disso, há a história familiar e progressa de atopias, como por exemplo, rinite e asma, o que auxilia no diagnóstico de DA.¹⁴



Figura 1. Dermite atópica em face poupando área central.



Figura 2. Dermite atópica em face poupando área central.



Figura 3. Dermatite atópica em face flexora do membro superior.

Fonte das ilustrações: DermatologyAtlas.¹⁹



Figura 4. Dermatite atópica em face flexora do membro superior.

Diagnóstico diferencial

Dermatite seborreica

Afeção crônica, recorrente, acometendo cerca de 40% da população, principalmente jovens, diferentemente da DA, que acomete preferencialmente crianças.²⁰

Sua etiologia permanece pouco elucidada. Uma das hipóteses é que ela decorre da presença de fungos lipofílicos que geram eritema e prurido; outra hipótese sugere ocorrência de epidermopiose, que leva à hiperprodução de queratina.²⁰ A forma infantil assemelha-se à DA por ocorrer nos primeiros meses de vida e apresentar curso auto limitado; todavia, a dermatite seborreica inicia-se com escamas amareladas e grosseiras, chamadas “crosta láctea”. Também podem estar presentes placas eritemo-descamativas arredondadas, predominantes em áreas oleosas e repletas de glândulas sebáceas, como couro cabeludo, face, dorso, virilha e axilas, ocorrendo regressão com melhora espontânea antes dos 6 meses de idade.²⁰ A dermatite seborreica, assim como a DA, não é passível de tratamento erradicador, somente controle dos sintomas.²⁰ Na dermatite seborreica, utilizam-se xampus, loções capilares ou cremes, enquanto na DA é fundamental evitar a exposição aos fatores desencadeantes.²⁰

Dermatite de contato

Assim como na DA, na dermatite de contato há lesões eritematosas com presença de vesículas, crostas, exsudatos e liquenificação.²⁰ Entretanto, a distribuição da dermatite de contato tem ligação direta com agentes irritantes primários como sabonetes, detergentes e níquel presente em bijuterias.²⁰

É importante realizar uma boa anamnese, buscando relacionar a exposição a agentes irritantes com o início e duração dos sintomas, bem como com a localização das lesões.²⁰ Em caso de dúvida em relação ao diagnóstico ou dificuldade para identificação do agente irritante, pode ser necessário encaminhar o paciente para o especialista (dermatologista ou alergista) para realizar o teste de contato (*patch test*).²⁰

Psoríase

Doença inflamatória crônica, não contagiosa e com forte caráter hereditário, que afeta pele, unhas, dorso e ocasionalmente articulações, apresentando prevalência de 2% na população do norte europeu.^{20,21} Acomete pessoas em qualquer faixa etária, com um maior predomínio na 2ª e 5ª décadas de vida, ao passo que a DA acomete preferencialmente crianças e sua prevalência é de aproximadamente 10%.²⁰

Sua fisiopatologia não está bem esclarecida, mas, devido à presença de linfócitos T ativados e macrófagos e à boa resposta a terapias imunossupressoras, sugere-se o envolvimento de fatores autoimunes.²⁰ Essa doença caracteriza-se por lesões escamosas, eritematosas bem delimitadas e de tamanhos variados. As lesões crônicas possuem placas que se localizam preferencialmente nas superfícies extensoras dos joelhos, cotovelos, couro cabeludo e região lombo sacral.^{20,21} O paciente com psoríase geralmente apresenta outras morbidades associadas, como alcoolismo, depressão, obesidade, diabetes mellitus, hipertensão arterial, síndrome plurimetabólica, colite e artrite reumatoide, diferentemente da DA, na qual os pacientes frequentemente apresentam asma, rinite e atopias.²⁰

Escabiose

É causada pelo ectoparasita *Sarcoptes scabiei*, um ácaro parasita obrigatório que completa seu ciclo de vida em seres humanos. Não há predileção por idade, diferentemente da DA, que predomina na infância.²⁰ A escabiose é transmitida por contágio direto, interpessoal, por fômites ou por contato sexual, de modo que a ocorrência de casos semelhantes em moradores da mesma residência é um forte indicativo dessa etiologia.²⁰ Caracteriza-se por pápulas, vesículas, nódulos, escoriações e erupções eczematosas.²⁰ O prurido é intenso e agrava-se à noite.²⁰ As lesões são geralmente nos cotovelos, axilas, espaços interdigitais e genitália, poupando face e cabeça, diferenciando-se da DA, que se caracteriza pela presença de eczema numular, liquenificação e xerodermia, localizados em membros superiores, inferiores, face e couro cabeludo.²⁰

O diagnóstico definitivo depende da identificação de ácaros, ovos ou fragmentos de cascas de ácaros. A história de manifestações semelhantes na família e de contato íntimo com pessoas infestadas, bem como as alterações típicas encontradas nas lesões, são fundamentais no auxílio do diagnóstico.²⁰ O tratamento é baseado no uso de escabicidas.²⁰ Além disso, é imprescindível a presença de medidas coadjuvantes como boa higiene, separação de vestimentas dos indivíduos contaminados por 3 dias e o tratamento simultâneo de todos os indivíduos infestados moradores da mesma residência.²⁰

Tratamento

Para o eficaz tratamento da DA, é fundamental conscientizar paciente e familiares sobre o curso crônico da doença e sobre a importância do tratamento correto.^{9,22} O tratamento baseia-se em três pontos importantes: eliminação de fatores irritantes e desencadeantes, hidratação e controle da inflamação e do prurido.^{9,22}

Para eliminar os fatores irritantes e desencadeantes, recomenda-se evitar sabões, detergentes, vestimentas sintéticas ou que facilitem a sudorese, amaciantes, altas temperaturas e umidade.²² Algumas medidas que ajudam a amenizar a DA são a utilização de sabão de glicerina neutro e de vestimentas de algodão a 100% e banhos rápidos com temperatura amena.²² Em relação aos aeroalérgenos, medidas relacionadas ao domicílio, como capas impermeáveis em colchão e eliminação de carpetes e bichos de pelúcia, são eficazes para diminuir a exacerbação das lesões.²² No caso dos alérgenos alimentares, é preciso uma investigação sobre possíveis alimentos suspeitos de desencadear a atopias.²²

A hidratação é importante para prevenir e controlar a DA, pois o paciente atópico apresenta barreira cutânea deficiente e pele sensível.²³ Os objetivos são restaurar essa barreira e evitar a perda de água transepidermica.²³ Recomenda-se evitar banhos demorados e quentes, buchas de banho, piscinas cloradas e ar condicionado. Os pacientes devem ser orientados a utilizar sabonetes neutros e emolientes após o banho.²³

Para controle da inflamação, utilizam-se corticosteroides e inibidores da calcineurina.^{9,24} Os corticosteroides tópicos apresentam ação anti-inflamatória, pois impedem a síntese de interleucinas, controlando prurido e eczema.^{9,24} Os efeitos colaterais são estrias, atrofia cutânea e alteração de pigmentação.^{9,24} Sua administração leva em conta gravidade e extensão das

lesões, correlacionando-as com a potência do corticóide.²⁴ Em casos de lesões de grande extensão, é necessário ter cautela com o uso de corticoides, visto que podem agir de forma sistêmica, interferindo no crescimento e na absorção óssea em crianças.²⁴

Quando a lesão situa-se na face ou em regiões de dobra, recomenda-se o uso de corticoide de baixa potência, como o acetato de hidrocortisona, e com a menor duração possível, porque essas regiões apresentam alta taxa de absorção.²⁵ Em casos de lesões agudas ou crônicas, moderadas ou graves, recomenda-se um corticoide de potência intermediária com o objetivo de que o resultado seja alcançado em menor tempo possível.²⁵ A grande indicação dos corticoides está no controle das crises. O Quadro 1 mostra os corticoides tópicos de acordo com sua potência.^{15,25}

Quadro 1. Potência dos corticosteroides tópicos.^{22, 25}

Grupo I (superpotentes)	Grupo II (potentes)
Dipropionato de Betametasona p/c	Fluocinonida (0,05%) p/c
Propionato de Clobetasol p/c	Halcinonida (0,1%) c
Propionato de Halobetasol p/c	Furuato de Mometasona (0,1%) c
Grupo III (potentes)	Grupo IV (potência moderada)
Valerato de Betametasona 0,01%	Acetonida de Fluocinolona 0,2% c
Propionato de Fluticasona 0,005%	Actonidafluocinolona p
Fluorcotolonac 0,25%	Halcinonida 0,025% c
Acetonida de Triancinolona 0,1%	Valerato de Hidrocortisona 0,2%
Acetonida de Triancinolona 0,5% c	Furuato de Mometasona 0,1%
	Acetonida de Triancinolona 0,1%
Grupo V (potência moderada)	Grupo VI (baixa potência)
Valerato de Betametasona 0,01% c	Desonida 0,05% c
Acetonida de Fluocinolona 0,025% c	Acetonida de Fluocinolona 0,01% c
Propionato de Fluticasona 0,05% c	Prednicarbato 0,1%
Butirato de Hidrocortisona 0,1% c	Acetonida de Tralancinolona 0,1%
Grupo VII (muita baixa potência)	
Dexametasona 0,1% c	
Hidrocortisona 0,5%, 1%, 2,5%	
Metilprednisolona 1%	
Preparações tópicas com Prednisolona	

*p = pomada, c = creme. Nota: Adaptado pelos autores.

Inibidores da calcineurina ou imunomoduladores tópicos são medicamentos que inibem a calcineurina, proteína citoplasmática que, quando ativada, participa da transcrição de interleucinas inflamatórias.⁹ Portanto, o uso desse medicamento deve ser controlado para evitar o comprometimento da função imunológica.^{9,24} Os medicamentos disponíveis são pimecrolimo e tacrolimo, que devem ser aplicados duas vezes ao dia concomitantemente com o uso de protetor solar.^{9,24} Como essas medicações não apresentam efeitos colaterais semelhantes aos dos corticoides, utilizam-se os inibidores da calcineurina em locais onde os corticosteroides têm alta absorção.^{9,24} O pimecrolimo, na forma de creme a 1%, é indicado em lesões leves a moderadas a partir dos 3 meses de idade.^{9,24} Já tacrolimo é indicado a partir do segundo ano de vida e em lesões graves.²⁴ Entre 2-12 anos de idade, utiliza-se essa medicação na forma de pomada a 0,03% e para crianças acima de 12 anos, a 0,1%.²⁴ Dentre os efeitos colaterais dessa classe, encontram-se ardor e prurido, que reduzem após os primeiros dias de aplicação.²⁴ O imunomodulador tópico deve ser administrado quando houver sinal de lesão cutânea e utilizado no máximo uma semana. Na ausência de melhora, deve-se rever o tratamento e a indicação de corticoterapia.^{15, 24}

Ainda no tratamento farmacológico, os anti-histamínicos são medicamentos que reduzem o prurido.²² Os de primeira geração apresentam um efeito sedativo maior, que, ao induzir sono no paciente, reduz os episódios de prurido noturno.²² No entanto, uma desvantagem é que o paciente pode ficar sonolento durante o dia, comprometendo o desempenho escolar e a qualidade de vida.²² Em contrapartida, o efeito sedativo do anti-histamínico de segunda geração é menor, por isso recomenda-se sua aplicação em crianças.²² É importante salientar que, apesar da ampla utilização dos anti-histamínicos na DA, os benefícios clínicos não foram ainda comprovados adequadamente.²² O Quadro 2 ilustra os anti-histamínicos de 1ª e 2ª geração mais utilizados na DA. A Figura 5 representa esquematicamente a abordagem terapêutica na DA e o Quadro 3 resume as evidências para as principais intervenções terapêuticas.

Quadro 2. Anti-histamínicos de 1ª e 2ª geração.²²

	Anti-histamínico	Contra-indicação	Efeito colateral
1ª geração	Hidroxizina	Gravidez Amamentação Hipersensibilidade Crianças com peso inferior a 6 kg	Sedação Excitação Constipação Xerostomia
	Dexclorfeniramina	Uso concomitante com inibidores da monoaminoxidase Recém-nascidos e prematuros Hipersensibilidade Crianças abaixo de 2 anos de idade	Rash cutâneo Choque Anafilático Calafrios Cefaleia Taquicardia Hipotensão Sedação Vertigem Vômito
2ª geração	Fexofenadina	Hipersensibilidade	Náusea Vertigem Vômitos Fraqueza Sonolência Fadiga Diarreia Cefaleia
	Cetirizina	Hipersensibilidade Crianças abaixo de 2 anos idade	Sonolência Desconforto gastrointestinal Cefaleia Tontura Boca seca Agitação
	Loratadina	Hipersensibilidade Crianças abaixo de 2 anos de idade	Fadiga Cefaleia Sonolência Rash cutâneo Náusea Gastrite
	Desloratadina	Hipersensibilidade Crianças abaixo de 6 meses de idade Hepatopatia grave	Fadiga Cefaleia Sonolência Boca seca Náusea Gastrite Rash cutâneo

Nota: Adaptado pelos autores.

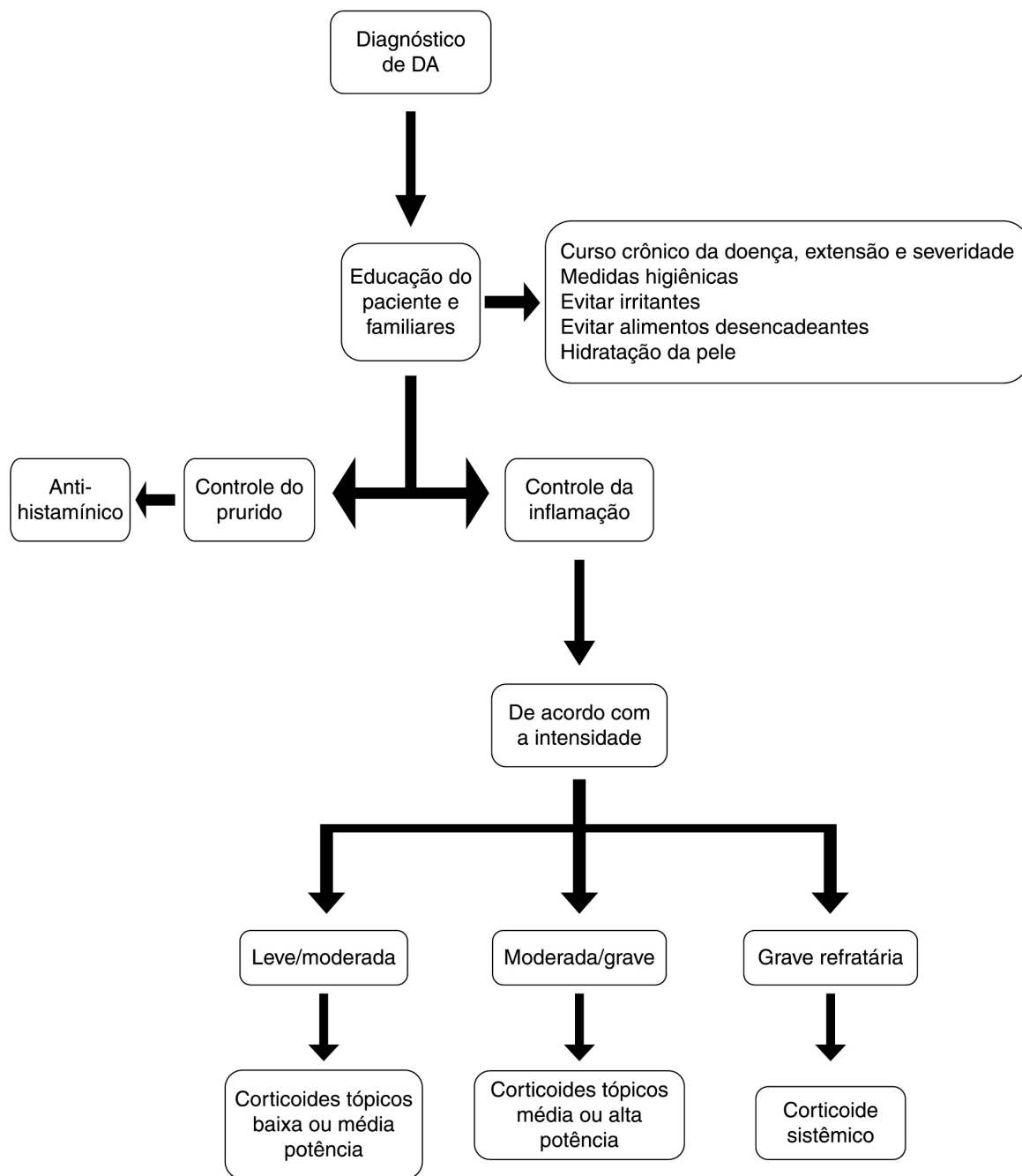


Figura 5. Fluxograma de tratamento da dermatite atópica.^{15, 25} Nota: Adaptado pelos autores.

Quadro 3. Níveis de evidência para as principais condutas terapêuticas na dermatite atópica, utilizando o sistema SORT (*Strength of Recommendation Taxonomy*).

Recomendação clínica	Nível de evidência	Referência
Medidas gerais e educação dos pacientes são importantes para o tratamento.	C	9, 21
Os emolientes são fundamentais para o controle eficaz da DA.	B	22
O corticoide tópico é essencial no tratamento da DA.	B	9, 15, 23, 24
Inibidores da calcineurina são tratamentos de segunda linha para DA moderada/grave.	A	9, 23
Os anti-histamínicos são eficientes no controle do prurido de pacientes com DA.	C	21

A= ensaios clínicos randomizados de boa qualidade metodológica ou revisão sistemática desses ensaios clínicos com ou sem metanálise; B = ensaios clínicos ou revisões sistemáticas de ensaios clínicos com qualidade metodológica inferior, estudos observacionais; C = consenso/opinião de especialistas.

Qualidade de vida

A DA tem importante impacto na qualidade de vida das pessoas acometidas, bem como na de seus familiares. Os fatores mais impactantes para o paciente são o prurido, a alteração do humor e o desconforto durante o banho.¹⁸ Já para os familiares, pesam mais as despesas com o tratamento, as alterações no sono, o cansaço e a preocupação. Não há correlação clara entre a gravidade clínica da doença e a gravidade atribuída pelos pais; estudo mostrou que a maioria dos pacientes, mesmo apresentando formas leves de DA, eram considerados pelos seus pais como portadores de doença de média gravidade.¹⁸ Assim, é fundamental um tratamento individualizado, integrando farmacologia e medidas socioeducativas, visando a menores danos no cotidiano dos pacientes e familiares.^{18,26,27}

Doenças associadas

A DA está relacionada com outras doenças atópicas como asma e rinite, compartilhando com elas aspectos genéticos e fisiopatológicos; essas doenças inicialmente caracterizam-se por sensibilização a alérgenos com predomínio da resposta Th2.²⁸

Conclusão

A DA é uma doença com alta prevalência, tendo importante impacto na qualidade de vida das crianças e de seus familiares. Portanto, é fundamental o reconhecimento de seus fatores desencadeantes e suas manifestações clínicas pelo médico de família e comunidade, o que proporciona não só um diagnóstico adequado e precoce, como também um tratamento efetivo e individualizado.

Referências

1. Ceruelo EE. Dermatitis atópica: una enfermedad emergente. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009;11:11-14.
2. Ryan C, Shaw RE, Cockerell CJ, Hand S, Ghali FEN. Sodium Hypochlorite Cleanser Shows Clinical Response and Excellent Acceptability in the Treatment of Atopic Dermatitis. *Pediatric Dermatology*. 2013;30(3):308-15. <http://dx.doi.org/10.1111/pde.12150>
3. Torreló A, Ortiz J, Alomar A, Ros S, Prieto M, Cuervo J. Atopic dermatitis: impact on quality of life and patients' attitudes toward its management. *Eur J Dermatol*. 2012;22(1):97-105.
4. Bagazgoitia L, Gutiérrez M, García Blesa C, Hernández Martín A, Torreló A. Aspectos epidemiológicos, patogénicos, clínicos y diagnósticos de la dermatitis atópica. ¿Es posible la prevención? *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009;11:31-47. <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322009000300003>
5. Canpolat F, Erkoçoğlu M, Tezer H, Kocabaş CN, Kandi B. Hydrocortisone acetate alone or combined with mupirocin for atopic dermatitis in infants under two years of age – a randomized double blind pilot trial. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2012;16(14):1989-1993.
6. Sheffield PE, Weinberger KR, Kinney PL. Climate change, aeroallergens, and pediatric allergic disease. *Mt Sinai J Med*. 2011;78(1):78-84. <http://dx.doi.org/10.1002/msj.20232>
7. Eccleston C, Palermo TM, Fisher E, Law E. Psychological interventions for parents of children and adolescents with chronic illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;8:CD009660.
8. Tejada CS, Mendoza-Sassi RA, Almeida Jr HL, Figueiredo PN, Tejada VFS. Impact on the quality of life of dermatological patients in southern Brazil. *An Bras Dermatol*. 2011;86(6):1113-1121.
9. Carr WW. Topical calcineurin inhibitors for atopic dermatitis: review and treatment recommendations. *Pediatr Drugs*. 2013;15(4):303-10. <http://dx.doi.org/10.1007/s40272-013-0013-9>
10. Apfelbacher CJ, van Zuuren EJ, Fedorowicz Z, Jupiter A, Mattered U, Weissshaar E. Oral H1 antihistamines as monotherapy for eczema. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2:CD007770.
11. Van Bever HP, Llanora G. Features of childhood atopic dermatitis. *Asian Pac J Allergy Immunol*. 2011;29(1):15-24.
12. Leung DY. New insights into atopic dermatitis: role of skin barrier and immune dysregulation. *Allergol Int*. 2013;62(2):151-61. <http://dx.doi.org/10.2332/allergolint.13-RAI-0564>
13. Hon KL, Yong V, Leung TF. Research statistics in atopic eczema: what disease is this? *Ital J Pediatr*. 2012;38:26. <http://dx.doi.org/10.1186/1824-7288-38-26>

14. Rodrigues RNS, Melo JF, Montealegre F, Hahnstadt RL, Pires MC. Avaliação do teste de contato com aeroalérgenos em pacientes com dermatite atópica. *An Bras Dermatol*. 2011;86(1):37-43. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962011000100004>
15. Nasarre IQ. Dermatitis atópica. *Rev Pediatr Aten Primária*. 2009;11(Supl 17):317-329.
16. Suárez-Varela MM, Alvarez LG, Kogan MD, Ferreira JC, Martínez Gimeno A, Aguinaga Ontoso I et al. Diet and prevalence of atopic eczema in 6 to 7-year-old school children in Spain: ISAAC phase III. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2010;20(6):469-75.
17. Chemello, RML, Giugliani ERJ, Bonamigo RR, Bauer VS, Cecconi MCP, Zubaran GM. Aleitamento materno e colonização mucocutânea pelo *Staphylococcus aureus* na criança com dermatite atópica. *An Bras Dermatol*. 2011;86(3):435-439. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962011000300002>
18. Alvarenga TM, Caldeira AP. Quality of life in pediatric patients with atopic dermatitis. *J Pediatr*. 2009;85(5):415-420. <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.1924>
19. Silva SF. *Dermatology Atlas* [Internet]. Atopic dermatites, 2014 [acesso em 2014 Apr 03]. Disponível em: <http://www.atlasdermatologico.com.br>
20. Laguna RL, Cudós ES. No todo es dermatitis atópica. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009;11:15-30
21. Mason AR, Mason J, Cork M, Dooley G, Edwards G. Topical treatments for chronic plaque psoriasis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(2):CD005028.
22. Cudós ES, Laguna RL. Tratamiento de la dermatitis atópica. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009;11:49-67.
23. Addor FAS, Aoki V. Barreira cutânea na dermatite atópica. *An Bras Dermatol*. 2010;85(2):184-194.
24. McCollum AD, Paik A, Eichenfield LF. The safety and efficacy of tacrolimus ointment in pediatric patients with atopic dermatitis. *Pediatr Dermatol*. 2010;27(5):425-36. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1470.2010.01223.x>
25. Álvarez JCB. Tratamiento de la dermatitis atópica: Una perspectiva desde la medicina basada en pruebas. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009;11:69-79.
26. Amaral CSF Do, March MDFBP, Sant'Anna CC. Quality of life in children and teenagers with atopic dermatitis. *An Bras Dermatol*. 2012;87(5):717-723. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962012000500008>
27. Weber MB, Lorenzini D, Reinehr CPH, Lovato B. Assessment of the quality of life of pediatric patients at a center of excellence in dermatology in southern Brazil. *An Bras Dermatol*. 2012;87(5):697-702. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962012000500004>
28. Fuiano N, Incorvaia C. Dissecting the causes of atopic dermatitis in children: less foods, more mites. *Allergol Int*. 2012;61(2):231-43.

Principios Éticos y Prevención Cuaternaria: ¿es posible no proteger el ejercicio del principio de autonomía?

Princípios Éticos e Prevenção Quaternária: é possível não proteger o exercício do princípio da autonomia?

Ethical Principles and Quaternary Prevention: is it possible not to protect the exercise of the principle of autonomy?

Enrique Miguel Pizzanelli Báez. Facultad de Medicina de la Universidad de la República (UDELAR). Unidad Docente Asistencial Rural de Florida, Florida, Uruguay. miguelpizzanelli@gmail.com (Autor correspondente)

Resumen

Este artículo tiene como objetivo discutir los principios éticos y la Prevención Cuaternaria utilizando como ejemplo la política adoptada por el gobierno Uruguayo, que a partir del año 2006 obliga a realizar tamizaje para el cáncer de mama, mediante mamografías obligatorias cada dos años, a las trabajadoras entre los 40 y 59 años de edad. Actualmente existe una controversia internacional sobre la pertinencia de los programas de detección precoz del cáncer de mama, y surgen autores e instituciones advirtiendo sobre la tensión entre el ejercicio de la autonomía individual y un contexto que promueve cada vez más la medicalización de la vida. En este contexto es fundamental que los médicos de familia utilicen un abordaje individualizado que respete la autonomía de las personas.

Resumo

Este artigo tem como objetivo discutir os princípios éticos e a Prevenção Quaternária utilizando como exemplo a política adotada pelo governo uruguaio que, a partir de 2006, obriga o rastreamento para câncer de mama, por meio de mamografias obrigatórias a cada dois anos, para mulheres trabalhadoras na faixa etária entre 40 e 59 anos. Atualmente há uma controvérsia internacional sobre a pertinência dos programas de detecção precoce para câncer de mama e surgem autores e instituições alertando sobre a tensão entre o exercício individual da autonomia em um contexto que promove cada vez mais medicalização da vida. Neste contexto, é fundamental que os médicos de família utilizem uma abordagem individualizada que respeite a autonomia das pessoas.

Abstract

This article aims to discuss the ethical principles and Quaternary Prevention using a policy adopted by the Uruguayan government as example. This policy, which was created in 2006, instituted mass screening for breast cancer by means of compulsory mammography every two years, for women workers aged 40 to 59 years old. However, currently there is an international controversy over the relevance of breast cancer early detection programs, and some authors and institutions are raising concerns about the exercise of individual autonomy within a context that promotes the medicalization of life. In this context, it is fundamental that family physicians use an individualized approach that respects personal autonomy.

Palabras clave:

Tamizaje Masivo
Mamografía
Medicalización
Neoplasias de la Mama
Autonomía Personal

Palavras-chave:

Programas de Rastreamento
Mamografia
Medicalização
Neoplasias da Mama
Autonomia Pessoal

Keywords:

Mass Screening
Mammography
Medicalization
Breast Neoplasms
Personal Autonomy

Fonte de financiamento:
declara não haver.

Parecer CEP:
não se aplica.

Conflito de interesses:
declara não haver.

Recebido em: 20/11/2013.
Aprovado em: 27/12/2013.

Preventive medicine displays all 3 elements of arrogance. First, it is *aggressively assertive*, pursuing symptomless individuals and telling them what they must do to remain healthy. Occasionally invoking the force of law (immunizations, seat belts), it prescribes and proscribes for both individual patients and the general citizenry of every age and stage. Second, preventive medicine is *presumptuous*, confident that the interventions it espouses will, on average, do more good than harm to those who accept and adhere to them. Finally, preventive medicine is *overbearing*, attacking those who question the value of its recommendations. (Sackett, 2002, p. 1).¹

¿Principio de Autonomía cuestionado?

Durante el año 2013 bajo el título “*Uruguay’s mandatory breast cancer screening for working women aged 40-59 is challenged*” fue publicado un artículo en el *British Medical Journal*.² Esta comunicación hace referencia a un caso particular. Una usuaria del sistema de salud ha enviado una nota al Ministerio de Salud Pública, solicitando que no se le realice la mamografía exigida como parte del programa de tamizaje al que son sometidas todas las trabajadoras uruguayas. Desde el mes de abril de 2013 hasta el momento de escribir este documento (noviembre), la autoridad sanitaria nacional no ha emitido ninguna respuesta a la solicitud de la usuaria, que en pleno ejercicio de sus facultades y sabiendo que no daña la salud colectiva, no desea someterse, en esta ocasión, a la realización del mencionado estudio radiológico.

Normas vigentes

En Uruguay, de acuerdo a lo dispuesto por el decreto presidencial número 571/006 del 19 de diciembre de 2006, se establece la obligatoriedad de realizar el carné de salud. Las actividades incluidas, en dicho carné, son: el monitoreo del estado de salud a través de una entrevista médica, cuestionario que permite identificar factores de riesgo y patologías presentes, así como la realización de pruebas y exámenes de tamizaje o *screening* para cáncer de mama y cáncer de cuello de útero. Esto implica la realización de mamografía y test citológico de Papanicolaou (PAP) a todas las mujeres trabajadoras, según normas nacionales (establecidas por el Programa Nacional de Control del Cáncer – PRONACCAN), de acuerdo con su edad.^{3,4}

El decreto hace referencia, a su vez, a una ordenanza del Ministerio de Salud Pública, n° 402, que establece que estos exámenes se realicen, sin costo añadido, a las usuarias beneficiarias de prestadores del subsector privado. A su vez, se definen los rangos de edad en los que dichos estudios deben realizarse. En el caso del PAP será aplicado a mujeres no hysterectomizadas entre los 21 y 65 años. Respecto a las mamografías, cito textualmente: “*Dispónese que el estudio de Mamografía, sin costo de prepago por el Sub-Sistema Privado, de acuerdo a las recomendaciones internacionales, se realizará a las mujeres entre cuarenta y cincuenta y nueve años, cada dos años cuando los estudios son normales*”.⁵

De este modo, el empleador debe reclamar a cada una de sus empleadas para que cumpla con el procedimiento que implica la realización del llamado “carné de salud”. En caso de no cumplirse la normativa, se aplican sanciones tanto para la empresa como para las trabajadoras. Por ejemplo, el empleador puede cesar el pago del salario hasta que se cumpla con el requisito.

Controversia internacional respecto a la pertinencia de los programas de ‘detección precoz’ para cáncer de mama por medio de mamografía

Desde hace varios años existe controversia internacional sobre la pertinencia de los programas de detección precoz para cáncer de mama. El aporte de evidencias en contra de la eficiencia del cribado por mamografía ha sido liderado por el Centro Cochrane Nórdico. La primera comunicación científica surgida desde este centro, que levantó cierta polvareda, fue publicada en el 2000. Analizó, mediante una revisión sistemática, varios estudios aleatorizados que incluían medio millón de mujeres de varios países y procedencias (Estados Unidos, Escocia, Canadá y Suecia). Los autores se enfrentaron con bastantes dificultades a la hora de comunicar dichos resultados, que no fueron “bienvenidos” (una suerte de literatura gris). Incluso los mismos editores de Cochrane pusieron en peligro la libertad académica de los investigadores.⁶ En el resumen del trabajo realizado por Gøtzsche y Olsen publicado en *The Lancet*⁷ se señala:

Screening for breast cancer with mammography is unjustified. If the Swedish trials are judged to be unbiased the data show that for every 1000 women screened biennially throughout 12 years, one breast-cancer death is avoided whereas the total number of deaths is increased by six. If the Swedish trials (apart from the Malmo trial) are judged to be biased, there is no reliable evidence that screening decreases breast-cancer mortality. (Gøtzsche P, Olsen O, 2000, p. 1).⁷

“El *screening* para cáncer de mama con mamografía es injustificado”: con esta contundente sentencia inician su apartado de interpretaciones. Después de esta publicación, la cascada de trabajos centrados en el análisis sobre la pertinencia de la detección precoz del cáncer de mama por mamografía, surgidos desde el Centro Nórdico de Cochrane, ha sido abrumadora tanto en cantidad como en calidad.^{8,9} El metanálisis del año 2000 encuentra, en cuatro de un total de ocho estudios, sesgos e inconsistencias en el proceso de aleatorización. Estos estudios analizados fueron los documentos principales que, en su momento, condujeron a justificar la práctica del *screening*. En los dos ensayos donde la aleatorización fue realizada adecuadamente, no se encontraron efectos del cribado en la reducción de la mortalidad por cáncer de mama.

Es importante reflexionar sobre las tensiones a las que nos expone la medicalización de la vida

La discusión de la tensión entre el ejercicio individual de la autonomía y el bien común es el centro del debate. La medicalización de la vida tiene múltiples protagonistas: los profesionales; las instituciones; las empresas médico-farmacéuticas y de tecnologías médicas; los medios masivos de comunicación, la población usuaria del sistema de salud; los organismos que ejercen rectoría y los administradores de servicios sanitarios. Estos protagonismos promueven acciones con movimientos que oscilan entre diferentes valores e intereses.¹⁰

Quisiera concentrarme en factores de orden cultural que intervienen en la medicalización. La reforma de salud en Uruguay, que ha surgido desde el Estado, promueve un cambio en el modelo asistencial. Como todo modelo, está sustentado en un paradigma de salud. Por lo tanto, hay un movimiento o evolución desde un paradigma de salud imperante a otro nuevo, con valores que se pretenden impulsar. Con la ley de reforma de salud del año 2008¹¹ se ha impulsado mayor equidad y acceso a la salud, con destacables logros. Ha sido un camino de mejora y ha impulsado ciertos valores en el sistema que estábamos esperando y deseando. Sin embargo, las decisiones en los procesos de cambio recorren diversos caminos. Dichas decisiones son tomadas, la mayor parte de las veces, por sanitaristas y políticos que creen que es mejor proponer algo que no hacer nada, y no tienen en cuenta la evidencia científica que va en contra de lo que ellos consideran una “buena política”. La mayoría de los usuarios avalan estas decisiones porque el nuevo paradigma es una construcción colectiva y es, desde ahí, desde donde se analizan los fenómenos. Las otras miradas o alternativas que emerjan serán resistidas y podrán ser interpretadas como “contraculturales”, tales como, el planteamiento de gozar del ejercicio de la autonomía y, por tanto, de negarse a cumplir una medida impuesta.

No siempre más es mejor: Ley de los Cuidados Inversos

La mortalidad por cáncer de mama a nivel mundial es del 9%, y Uruguay casi triplica este número. Cuando se valoran tales datos estadísticos, los responsables por tomar decisiones pueden sensibilizarse y promover acciones de alcance colectivo con pretensión preventiva, e incluso de carácter obligatorio.

La creciente propuesta preventiva satura la agenda de los equipos de salud del primer nivel de atención y provoca un agotamiento de recursos por extrema competencia. Se desvía buena parte de la energía desde lo que es realmente prioritario hacia lo que es sistemáticamente impuesto. Podemos caer en la contradicción de que a pesar de querer dar *más*, estemos privando de *mucho* a los que *más* necesitan de nuestra atención: los vulnerables y excluidos. Podemos llegar a un desequilibrio de recursos que aumente la inequidad, tal y como plantea Tudor Hart en su Ley de los Cuidados Inversos: “la disponibilidad de los recursos varía inversamente a las necesidades”.¹²

Atención centrada en la enfermedad *versus* atención centrada en la persona

Las acciones desencadenadas por los programas preventivos y de *screening* responden muy bien a una modalidad de abordaje asistencial centrado en la enfermedad. Es una perspectiva pragmática posible, pero no deja de ser una perspectiva reduccionista, ya que compromete las acciones de los proveedores de salud, limitándolas a una búsqueda de enfermedades en sujetos sanos, mediante la aplicación de protocolos, cuestionarios y el uso de tecnología. Y todo esto, para encontrar aquello “de lo que no se sufre”. Las actividades sanitarias se restringen a una función medicalizadora, que puede comprometer el enfoque integral centrado en la persona. El carácter obligatorio de alguna de estas medidas no respeta la intimidad ni el principio de autodeterminación de los individuos. El cuerpo del ser humano no es una propiedad colectiva.

Como proteger el Principio de Autonomía

Somos médicos familiares y comunitarios con responsabilidad en el cuidado y mantenimiento de la salud de las personas, y como tales, nuestros esfuerzos se focalizan en varios ejes fundamentales: integralidad, atención longitudinal, compromiso con la persona, respeto por la alteridad. Trabajar con esta orientación no impide el abordaje de problemas y enfermedades, sino que lo integra desde una dialéctica contextualizadora. Este modo de abordaje estratégico de la salud es el que realizamos a diario en la actividad clínica comunitaria, pues nos permite identificar factores de riesgo particulares y definir priorizaciones individualizadas.

Requiere establecer una agenda común paciente-médico, compartir las miradas sobre el problema y establecer prioridades para las acciones o planes a acordar. Este enfoque evita la fragmentación asistencial, permite detectar personas en riesgo de medicalización^{13,14} y admite trabajar desde una perspectiva de reducción de daños.¹⁵

Abordaje Estratégico Centrado en la Persona

- Implica una mirada multidimensional sobre la persona para lograr una interacción y comunicación eficaz y asertiva.
- Incluye al vínculo como herramienta y a los aspectos relacionales que implican compromiso, empatía y ajustes permanentes de la distancia óptima en la relación paciente-médico-familia.
- Implica una actitud de respeto hacia la autonomía y el espacio personal del otro.
- Tiene en cuenta la perspectiva y la opinión del paciente, tanto en los aspectos terapéuticos como en los preventivos, compartiendo, de este modo, la toma de decisiones.
- Permite priorizar los problemas o situaciones en las que es necesario intervenir.

El abordaje estratégico centrado en la persona se configura, entonces, como proceso protector ante esta creciente escalada de “arrogancia preventiva”, que es sostenida por posicionamientos autoritarios y paternalistas, totalmente funcionales para una medicina utilitaria pero que termina erosionando la autonomía de los pacientes.

La comunicación a través de redes entre colegas de varios países nos ha permitido, en estos últimos meses, exponer e intercambiar nuestras inquietudes, discrepancias y reflexiones, incluso exponiéndolas en actividades científicas, con la finalidad de promover un pensamiento crítico y reflexión entre pares.^{16,17}

Un enfoque respetuoso hacia la individualidad y la autonomía, que brote con naturalidad desde el vínculo del paciente con su terapeuta, que tome como centro la persona¹⁸ y no la enfermedad, tal vez sea el mejor factor protector de la salud con el que podamos contribuir desde nuestra práctica.

Referencias

1. Sacket D. Hormone replacement therapy: the arrogance of preventive medicine. *CMAJ*. 2002;67(4):363-364. Disponible en: <http://www.cmaj.ca/content/167/4/363.full.pdf>.
2. Arie S. Uruguay's mandatory breast cancer screening for working women aged 40-59 is challenged. *BMJ*. 2013;346:f1907. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f1907>
3. Ministerio de Salud Pública (UY); Archivo Presidencia de la República Oriental. Decreto n° 571/006. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2013 [última consulta el 2013 Nov 10]. Disponible en: http://archivo.presidencia.gub.uy/_Web/decretos/2006/12/S253_15_09_2006_00001.PDF.
4. Ministerio de Salud Pública (UY). Decreto n° 571/006: carné de salud básico a las mujeres. Expedición. Montevideo: El Derecho Digital; 2013 [última consulta el 2013 Nov 10]. Disponible en: <http://www.elderechodigital.com.uy/smu/legisla/D0600571.html>.
5. Ministerio de Salud Pública (UY). Ordenanza n° 402, 11 de julio de 2006. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2006 [última consulta el 2013 Nov 10]. Disponible en: <http://www2.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?5684,24733>
6. Horton R. Screening mammography: an overview revisited. *Lancet*. 2001;358(9290):1284-1285. Disponible en: <http://www.miniseminaires.com/wp-content/uploads/2009/05/4-screening-mammography-is-justifiable.pdf> [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)06452-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(01)06452-2)
7. Gøtzsche P, Olsen O. Is screening for breast cancer with mammography justifiable? *Lancet*. 2000;355(9198):129-134. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)06065-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(99)06065-1)
8. Zahl P, Gøtzsche P, Mæhlen J. Natural history of breast cancers detected in the Swedish mammography screening programme: a cohort study. *Lancet Oncol*. 2011;12(12):1118-1124. [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70250-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70250-9)
9. Gøtzsche P, Jørgensen J. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(6):CD001877. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001877.pub5>
10. Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. *GCS*. 2003;5(2):47-53 Disponible en: <http://www.iiss.es/gcs/gestion16.pdf>.
11. Sistema Nacional Integrado de Salud (UY). Ley n° 18.211. Normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación. Montevideo: Sistema Nacional Integrado de Salud; 2007. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=>.
12. Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971;1:405-412. Disponible en: <http://www.juliantudorhart.org/papers/Paper11.pdf>.
13. Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G, Gervas J, Jamouille M. Prevención cuaternaria, actividad del médico general. *Prim Care*. 2010;10(18):350-354. Disponible en: http://www.primary-care.ch/docs/primarycare/archiv/de/2010/2010-18/2010-18-368_ELPS_esp.pdf.
14. Nève J, Bernstein J, Terra MA. Prevención cuaternaria, una tarea explícita del médico generalista: una entrevista con Marc Jamouille. *AMFG*. 2013;10(2):23-26. Disponible en: <http://archivos.famfyg.org/revista/index.php/amfyg/article/view/130>.
15. Jamouille M, Gomes L. Prevenção quaternária e limites em medicina. In: 18° Congresso Nacional de MGF, 12° Encontro Nacional de Internos de MGF e Jovens MF; 2013, Covilha.
16. Pizzanelli M. Están cambiando los tiempos. Uruguay; 2013 [última consulta el 2013 Nov 10]. Disponible en: <http://estancambiandolostiempos.blogspot.com.br/2013/02/cribado-cancer-de-mama-un-poco-mas-de.html>.
17. Pizzanelli M. O rastreamento do câncer de mama e a política adotada pelo Uruguai. In: 12° Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade; 2013, Belém do Pará. Disponible en: <http://www.slideshare.net/MiguelPizzanelli/cribado-cancer-mamabelem2013>.
18. Lopes JMC. Consulta e abordagem centrada na pessoa. In: Gusso GDF, Lopes JMC. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 113-123.

Historia epistolar para no dormir: Uruguay contra Ana (para obligarle a hacerse la mamografía “preventiva”)

História epistolar para não dormir: Uruguai contra Ana (para obrigá-la a fazer mamografia “preventiva”)

An epistolary story for not sleeping: Uruguay against Ana (to compel her to undergo “preventive” mammography)

Juan Gérvas. Médico general, Equipo CESCA, Doctor en Medicina, profesor honorario de salud pública Universidad Autónoma de Madrid, profesor invitado de salud internacional, Escuela Nacional de Sanidad. Madrid, España. jgervas@gmail.com (Autor correspondiente)

En noviembre de 2012 estábamos (mi esposa, Mercedes Pérez Fernández, y yo) en Argentina, en La Pampa profunda, a cargo de los dos nietos que tenemos allí. Nuestros hijos se habían ido de viaje para celebrar los diez años de matrimonio. Pasábamos el día yendo y volviendo a la escuela, haciendo compras ocasionales, arreglando la casa, cuidando los perros, las ovejas y otro ganado menor, y atendiendo el jardín y la piscina. El nieto más pequeño tenía entonces 3 años, la nieta mayor cumplió los 7 años el 11 de noviembre, y lo celebramos adecuadamente. De vez en cuando tenía tiempo para ponerme al día con el correo electrónico. El 17 de noviembre recibí uno desde Uruguay, que no pude creer. Alguien que no conocía de nada escribía literalmente:

“Estimado Dr. Juan Gérvas,

Llegué a Ud. navegando la web en busca de material en contra del cribado para la detección precoz de cáncer de mama usando la mamografía como técnica de diagnóstico. Resulta que en mi país (Uruguay) para poder trabajar hay que tramitar el carnet de salud. Tiene un protocolo complejo según género y edad. En particular para las mujeres entre 40 y 59 años de edad (yo tengo 51) dispone que deben hacerse una mamografía cada 2 años. Esto es así desde el 2006 por un decreto del ex presidente Dr. Tabaré Vázquez. El Dr. Vázquez era (mientras fue presidente de 2005 a 2010) y es en la actualidad médico oncólogo y propietario de una clínica que proporciona tanto servicios de mamografía como de radioterapia. Debido a todo lo que leí sobre la alta tasa de sobrediagnósticos, sobretratamientos y mutilaciones innecesarias que resultan de tal cribado, es que estoy luchando en forma totalmente individual para que las autoridades públicas me exoneren de tal obligación. También descubrí que en el mundo desarrollado (Europa, EEUU y Canadá) para participar en programas de cribado por mamografía, a la mujer se le requiere el consentimiento informado. Sé que hay una gran polémica en torno a la información que se le brinda a la mujer, es decir, si se le explican los riesgos y daños junto con los beneficios. Lo molesto por si Ud puede facilitarme alguna información que no he encontrado.

Palabras clave:

Programas Obligatorios
 Coerción
 Bioética
 Medicalización
 Autonomía Personal

Palavras-chave:

Programas Obrigatórios
 Coerção
 Bioética
 Medicalização
 Autonomia Pessoal

Keywords:

Mandatory Programs
 Coercion
 Bioethics
 Medicalization
 Personal Autonomy

Financiación:

ninguna declarada.

Conflicto de intereses:

ninguno declarado.

Procedencia y revisión por pares:

encargado por el editor, no revisado por pares.

Primero me interesa conocer la norma europea que exige el consentimiento informado de la mujer que participa en un programa de cribado para la detección precoz del cáncer de mama con mamografía. Si Ud me puede facilitar un link o cualquier pista por la cual googlear, le quedaría muy agradecida. Segundo me interesa saber si han prosperado demandas judiciales iniciadas por mujeres que sometidas al cribado por mamografía hayan sufrido daños, entre otros, “cáncer por acumulación de la radiación recibida”. Estoy convencida que desde el punto de vista de los expertos en control de calidad, la mamografía aplicada en mujeres asintomáticas constituye un *ensayo destructivo*, que a la larga demuestra que la mamografía provoca lo que pretende detectar porque introduce un factor (radiación) que de sobra se sabe puede desarrollar cáncer. Y como supongo que los patólogos no tienen forma de distinguir un cáncer provocado por radiación de uno desarrollado espontáneamente, es que me animo a pensar que alguna mujer luego de someterse a “n” mamografías con resultado negativo, si la “n+1” es positiva, lejos de pensar que le detectaron precozmente el cáncer, bien podría encontrar un abogado que la defendiera acusando a los promotores del asunto, de haberle provocado lo que pretendían evitar. Desde ya le agradezco la atención a estas líneas.

Quedando a la espera de noticias tuyas, le saluda muy atentamente,
Ing. Ana Rosengurtt”

Dediqué unas horas nocturnas a comprobar la veracidad de la queja de Ana. También tomé contacto con los organizadores del Seminario que íbamos a celebrar en Montevideo (Uruguay), el 1 de diciembre, con Miguel Pizzanelli. Y, a través de la Escuela Nacional de Sanidad de Madrid (España), con el Ministerio de Salud de Uruguay. Además, puse en circulación en la Red lo que había encontrado al respecto. Al día siguiente, 18 de noviembre de 2012, escribí a Ana:

“Estimada Ana:

Le contesto desde este correo-e [el de mi esposa, de Google] pues mi correo-e habitual no funciona bien desde el extranjero, y estamos en Argentina (en La Pampa, al cuidado de los nietos de “acá”).

Gracias por su confianza. Para serle sincero he tenido que cercionarme por mí mismo de lo que decía pues me resultó increíble leerlo. Que yo sepa no hay país en el mundo en el que se haya llegado a ese extremo de “salud persecutoria”.

Es lástima que no haya participado en el Seminario en Buenos Aires, sobre medicalización [el 29 de octubre], pues le habría venido bien. Daré un Seminario en Montevideo, el sábado 1 de diciembre, pero sobre “Sistemas de salud basados en atención primaria”.

En el mundo desarrollado no cabe la menor duda de que se precisa el consentimiento informado para realizar la mamografía. A nadie se le ha ocurrido tener que legislar sobre ello, como no se legisla sobre “comer niños fritos” pues es algo inconcebible. Hay un movimiento mundial de mejora de la información a la mujer. Entre en el Centro Cochrane de Copenhague (Dinamarca). O en el Servicio de Medicina Preventiva de Asturias (España).

En la página www.equipoesca.org tiene muchísima información sobre la mamografía

<http://www.equipoesca.org/organizacion-de-servicios/irrelevante-efecto-del-cribado-sobre-el-riesgo-de-morir-por-cancer-de-mama-la-mamografia-no-salva-ni-prolonga-vidas/>

<http://www.equipoesca.org/uso-apropiado-de-recursos/modos-de-ver-falta-de-efectividad-del-cribado-con-mamografia-del-cancer-de-mama-datos-metodos-y-resultados-segados-en-un-innovador-diseno-poblacional-sobre-cribado-2/>

<http://www.equipoesca.org/organizacion-de-servicios/de-la-investigacion-a-la-toma-de-decisiones-interpretaciones-sobre-el-ensayo-del-cribado-del-cancer-de-mama-swedish-twi-county/>

Respecto a la segunda pregunta, la inducción de cáncer de mama por la mamografía es efecto secundario menor (mayor si se tienen mutaciones del gen BRCA y otros). Su mejor defensa son los textos del Centro Cochrane de Copenhague (incluso en español), los de Welch sobre “overdiagnosis” y los nuestros. Niéguese y busque apoyo en grupos como los que organizan el Seminario del sábado 1 de diciembre, que están sensibilizados sobre medicalización y excesos de la prevención.

Abajo copio lo que acabo de difundir en listas electrónicas de España, Brasil, Argentina y Uruguay, y en Twitter (@JuanGrvs) y en Facebook y en LinkedIn. Esa legislación uruguaya hay que eliminarla, es una lacra mundial, “Sana Inquisición”.

Reciba un saludo de

Juan Gérvas

1. Uruguay, *Salud persecutoria estatal. Carnet de salud obligatorio mujeres. Cada 2 años mamografía, Papanicolau. De 40 a 60 años. Imprescindible para trabajar. El Presidente que firma el decreto, médico oncólogo con práctica en radioterapia*
<http://www.elderechodigital.com.uy/smul/legisla/D0600571.html>

2. Uruguay. *Obligatorio revisión médica y dental, orina, colesterol, hemograma, glicemia, screening mamográfico, y PAP cada dos años.*

La realidad supera a la ficción

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000300019

[http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/leop/S0213-9111\(11\)00100-2.pdf](http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/leop/S0213-9111(11)00100-2.pdf)

En fin.

Nueva Laputa

<http://www.actasanitaria.com/opinion/el-mirador/articulo-quien-tema-el-colesterol-laputa.html>

¿Qué habrán hecho los uruguayos para merecer este encarnizamiento?

Un saludo

Juan Gérvas

Desde entonces hasta finales de enero de 2014 he intercambiado más de 100 correos electrónicos con Ana (para aconsejar, documentar y acompañarla en su queja judicial, “*gratis et amore*”). Ana ya había contactado con Peter Gotzsche, del Centro Cochrane de Copenhague, quien me cedió la antorcha. Volví de Montevideo a Madrid el 3 de diciembre de 2012, después de haber hablado con personal del Ministerio de Salud Pública de Uruguay, con la promesa de que el asunto se arreglaría. Pero como el caso no progresaba, Miguel Pizzanelli publicó un comentario en su bitácora (blog) “Están cambiando los tiempos”, el 21 de febrero de 2013, reclamando el cambio en la legislación: <http://estancambiandolostiempos.blogspot.com.es/2013/02/cribado-cancer-de-mama-un-poco-mas-de.html>

Por ese motivo organicé, en inglés, una campaña internacional de denuncia de la situación en Uruguay, incluyendo el grupo “*BMJ editorial advisers for primary care*”, al que pertenezco. Efectivamente, el asunto interesó al *British Medical Journal* y a Sophie Arie, una periodista del mismo, que nos entrevistó: a Ana, a Miguel Pizzanelli y a mí. Con todo ello escribió un texto, que se publicó el 21 de marzo de 2013, titulado: “*Uruguay’s mandatory breast cancer screening for working women aged 40-59 is challenged*” <http://www.bmj.com/content/346/bmj.f1907>

Desde entonces, las cosas no han ido demasiado bien para Ana, aunque por ahora no ha perdido el trabajo ni ningún juicio. No le ha faltado el apoyo de Miguel Pizzanelli y de la Sociedad Uruguaya de Medicina de Familia y Comunitaria, pero, está en marcha, en Uruguay, un proyecto legislativo de endurecimiento de las exigencias “preventivas” del “carnet de salud”, con mamografía anual.

Ana creó el 5 de marzo de 2013 una petición en Avaaz.org dirigida a la Ministra de Salud Pública de Uruguay: https://secure.avaaz.org/es/petition/MAMOGRAFIA_OBLIGATORIA_EN_URUGUAY_UN_PROBLEMA_CIENTIFICO_Y_UN_ABUSO_ETICO/

Ana ha publicado en varios medios generalistas uruguayos, con apoyo diverso y el pleno rechazo de dos médicos especialistas. El 16 de septiembre de 2013 dediqué un “El Mirador” a esta cuestión con el título de “Uruguay, presidente excepcional y dictadura preventiva institucional” <http://www.actasanitaria.com/uruguay-presidente-excepcional-y-dictadura-preventiva-institucional/>

A través de la Red, Ana tomó contacto con Hazel Thornton, quien publicó una carta en el *British Medical Journal* el 21 de enero de 2014, titulada: “*Bringing an end to mandatory breast cancer screening in Uruguay*” <http://www.bmj.com/content/348/bmj.g390>

La cuestión que plantea Ana se refiere a la práctica y a la ética médica y también a los derechos humanos. Es, sin más, una discriminación intolerable y, como tal, terminará en la Organización de las Naciones Unidas.

NOTA: Ana Rosengurtt ha leído y aprueba este texto, incluyendo el que conste su nombre. Para saber más sobre ella y su lucha contra la mamografía obligatoria en Uruguay visite el siguiente enlace: <http://www.actasanitaria.com/la-lucha-contra-las-mamografias-obligatorias-y-por-los-derechos-humanos-ana-rosengurtt-de-urugua/>

Commentaire sur l'article de Pizzanelli

Commentary on the article by Pizzanelli

Comentario sobre el artículo de Pizzanelli

Marc Jamouille. Espace Temps maison de santé, Charleroi, family doctor, investigador em Cuidados Primários. Departement Universitaire de Médecine Générale of Université de Liège (DUMG ULg), Belgique. marc.jamouille@doct.ulg.ac.be (Autor correspondente)

Peu après l'accouchement de son cinquième enfant ma sœur a consulté son gynécologue. Elle sentait une masse dans son sein et était inquiète. Il l'a rassuré. Elle l'a cru. On était en Espagne, dans les années 80. Ma sœur était avocate et mère de famille. Une femme très occupée. Elle a fait confiance à son docteur. C'était un mauvais docteur. 15 ans plus tard elle mourrait de cachexie cancéreuse après d'innombrables radiothérapies, chimiothérapies, examens diagnostiques et complications en tout genre, entourée de ses enfants et dans la souffrance.

Quand on est médecin praticien soi-même et qu'on travaille avec ce souvenir on est très sensibilisé et on cherche par tous les moyens d'éviter à ses propres patients de vivre un calvaire aussi affreux. J'étais très organisé dans ma pratique professionnelle. Nous apprenions aux femmes l'autopalpation, nous avions un échecancier pour les prévenir de faire leur mammographie de dépistage et nous étions satisfaits de trouver de temps en temps un cancer peu évolué, gardant l'impression d'avoir sauvé une patiente qui nous le rendait bien.

La Belgique n'a pas de système de santé organisé et le dépistage se faisait et se fait encore de façon pittoresque et épisodique. L'état ou les hôpitaux ou quelques médecins de famille organisés lancent des campagnes qui sensibilisent toujours les mêmes femmes et en « souvent » quelques-unes, fiers d'avoir mis en place un système de médecine dit préventive.

Ce système ne prévient rien du tout et le taux de mortalité par cancer du sein n'a pas changé pendant toutes ses années. On recrute plus tôt, allongeant la période de conscience de la présence du mal. Les cancers fulgurants tuent toujours aussi vite et nous laissent démunis.

Dans son article "*Principios Éticos y Prevención Cuaternaria: ¿es posible no proteger el ejercicio del principio de autonomía?*" le confrère Pizzanelli fait état d'un projet de dépistage systématique dont son pays, l'Uruguay, envisage de se doter, avec une contrainte d'obligation et de risque de perdre l'emploi pour les femmes qui le refuserait.

Au moment où dans le monde entier, des voix s'élèvent contre le dépistage de masse, ou les médecins généralistes tentent de s'organiser pour identifier et accompagner les femmes porteuses de risque, des politiques, certainement emportés par leur désir de bien faire et probablement seulement de faire, proposent de mettre en place un système coercitif et obsolète. Cette attitude est politiquement risquée, éthiquement injustifiable et scientifiquement dépassée.

Mots-clés:

Dépistage de masse
Mammographie
Médicalisation
Néoplasmes du Sein
Prévention Quaternaire

Palavras-chave:

Programas de Rastreamento
Mamografia
Medicalização
Neoplasias da Mama
Prevenção Quaternária

Keywords:

Mass Screening
Mammography
Medicalization
Breast Neoplasms
Quaternary Prevention

Palabras clave:

Tamizaje Masivo
Mamografía
Medicalización
Neoplasias de la Mama
Prevención Cuaternaria

Sources de financement:

L'auteur déclare n'avoir aucun source de financement en relation avec cet article.

Conflits d'intérêts:

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Recebido em: 27/11/2013.
Aprovado em: 27/12/2013.

Politiquement risquée parce qu'elle va engager des sommes importantes du budget de la santé dans une suffusion administrative (prévenir, en santé publique, c'est d'abord organiser) et dans des investissements majeurs pour du matériel coûteux. En même temps s'installera un climat de contrôle et de suspicion qui ne peut que nuire à la convivialité d'une société.

Ethiquement injustifiée parce que la maladie et la mort sont de l'ordre de l'intime et du symbolique et que la décision d'examiner un corps pour le savoir ou non malade n'appartient qu'à la personne elle-même et non à la société. Contrôler le corps est une main mise inacceptable sur le devenir humain et revient à assimiler la maladie à une tache ou une faute que le corps social s'autorise à châtier.

Scientifiquement obsolète parce qu'on sait maintenant que le soi-disant dépistage ne met à jour que des cancers lents, qui n'auraient probablement pas tué la personne et qui rate les cancers rapides qui eux sont de toute façon mortels. Cette attitude repose sur une croyance d'après-guerre et son vocabulaire militaire. Combattre le cancer et croire qu'en arrivant plus tôt on pouvait le vaincre a été le leitmotiv de toutes les campagnes de masse depuis lors.

On sait maintenant que les humains vivent avec le cancer, qu'ils arrivent parfois à s'en défendre et qu'ils ne meurent pas tous. On sait aussi que certaines femmes sont plus à risque que d'autres et qu'une écoute attentive et un relevé minutieux de leur histoire familiale permet de dégager des groupes à risque qu'il est bon de conseiller. Mais investir dans la communication n'a pas la même visibilité ni le même rendement qu'investir dans la technologie et il faudra beaucoup de courage aux politiques pour décider d'investir dans un système de première ligne performant et bien géré qui permettra de mettre la connaissance des grands nombres au sein des consultations individuelles des acteurs de soins primaires.

Le Dr Pizzanelli est un collègue courageux. Il dit tout haut ce que beaucoup pensent tout bas et il doit être soutenu, pas ses pairs d'abord dans son pays, et par tous les collègues du monde qui pensent que la science c'est aussi cultiver le doute et se méfier de ses propres erreurs.

Tradução: Comentário sobre o artigo de Pizzanelli

Logo após o nascimento de seu quinto filho, minha irmã visitou seu ginecologista. Ela tinha sentido um caroço em seu seio e estava inquieta. Ele a tranquilizou. Ela acreditou. Foi na Espanha, nos anos 1980. Minha irmã era advogada e mãe de família. Uma mulher muito ocupada. Ela confiou em seu médico. Era um mau médico. Quinze anos depois ela faleceu de caquexia neoplásica após incontáveis sessões de radioterapia, quimioterapia, testes diagnósticos e complicações de toda a natureza, rodeada por seus filhos e em sofrimento.

Quando o próprio médico trabalha com esse tipo de memória torna-se muito sensível e procura por todos os meios evitar que seus pacientes vivam um calvário tão terrível como esse. Eu era muito organizado na minha prática profissional: nós ensinávamos às mulheres a autoapalpação das mamas, tínhamos uma agenda de datas para avisá-las quando deveriam fazer suas mamografias de rastreamento e ficávamos satisfeitos em encontrar, de tempos em tempos, um câncer não muito avançado, ficando a impressão de termos salvo uma paciente, o que nos fazia bem.

A Bélgica não tem um sistema de saúde organizado, e o rastreamento era - e ainda é - feito de modo pitoresco e episódico. O estado, os hospitais ou alguns médicos de família organizados lançam campanhas país a fora, que sensibilizam *sempre* as mesmas mulheres e "salvam" algumas delas, confiantes por terem implementado um sistema de medicina dita preventiva.

Este sistema não influencia o todo e a taxa de mortalidade por câncer de mama não mudou em todos esses anos. O recrutamento precoce para rastreamento apenas aumenta o período consciente da presença do problema. Os cânceres agressivos sempre matam muito rapidamente e nos deixam desamparados e atônitos.

Em seu artigo "*Principios Éticos y Prevención Cuaternaria: ¿es posible no proteger el ejercicio del principio de autonomía?*" o colega Pizzanelli relata um projeto sistemático de rastreamento que o seu país, o Uruguai, planeja fazer, com pressão para sua obrigatoriedade e risco de perder o emprego para as mulheres que se recusarem a fazê-lo.

Em um momento, quando, mundo a fora, crescem vozes contrárias ao rastreamento em massa, ou, em que os médicos generalistas procuram se organizar para identificar e acompanhar as mulheres sob risco, os políticos, movidos pelo seu desejo de fazer o bem, ou provavelmente somente por fazer, dão início a um sistema coercivo e obsoleto. Esta atitude é politicamente arriscada, eticamente injustificável e cientificamente ultrapassada.

Politicamente arriscada porque vai incorrer em quantidades significativas de orçamento da saúde em uma sangria administrativa (prevenir, em saúde pública, é primeiramente organizar) e em grandes investimentos para a aquisição de equipamentos caros. Ao mesmo tempo, se estabelecerá um clima de controle e desconfiança que pode prejudicar a convivialidade de uma sociedade.

eticamente injustificável porque adoecimento e morte estão na ordem da intimidade e do simbólico, assim como a decisão de se examinar um corpo - ou pessoas não doentes - para conhecimento, pertence somente à própria pessoa e não à sociedade. Controlar os corpos é uma mão posta inaceitavelmente sobre o destino humano, que vem reduzir o adoecimento a um ponto, a um erro para o qual o corpo social se autoriza a punir.

Cientificamente obsoleta, porque agora sabemos que as chamadas atualizações de rastreamento encontram cânceres lentos, que provavelmente não teriam matado a pessoa, e fracassam com os cânceres rápidos e agressivos, que são de fato mortais. Esta atitude é fundamentada em uma crença dos anos pós-guerra e seu vocabulário militar. Combater o câncer e pensar que 'ao se antecipar seria possível derrotá-lo' foi o *leitmotiv* de todas as campanhas de massa desde então.

Sabe-se agora que os seres humanos estão vivendo com câncer, que eles algumas vezes conseguem se defender por si próprios e que nem todos eles morrem. Sabe-se também que algumas mulheres estão sob maior risco do que outras e que a escuta atenta e o registro cuidadoso de suas histórias familiares permite identificar grupos de risco para os quais é importante se aconselhar o rastreio. Entretanto, investir na comunicação não tem a mesma visibilidade, ou o mesmo retorno, que o investimento em tecnologias, e requer muita coragem para os políticos decidirem investir em um sistema, primeiramente competitivo, eficiente e bem administrado, que irá permitir colocar o conhecimento dos grandes números dentro das consultas individuais dos atores dos cuidados primários.

Dr. Pizzanelli é um colega corajoso. Ele afirma em alto e bom som o que muitas pessoas estão pensando e por isso deve ser apoiado, não somente por seus pares em seu próprio país, mas também por todos os nossos colegas mundo afora que pensam que a ciência também serve para cultivar a dúvida e desconfiar de seus próprios erros.

Tradução: Josane Araujo Norman (Editora adjunta RBMFC).

Revisão técnica: Dr. André Luís Andrade Justino (SMS-Rio de Janeiro).

Leitura recomendada

1. Mukhtar TK, Yeates DR, Goldacre MJ. Breast cancer mortality trends in England and the assessment of the effectiveness of mammography screening: population-based study. *J R Soc Med*. 2013;106:234-42. PMID:23761583. <http://dx.doi.org/10.1177/0141076813486779>
2. Gøtzsche PC, Gøtzsche PG. *Mammography Screening. Truth, lies and controversy*. Radcliff Publishing; 2012. 400 p.
3. Gøtzsche PG, Hartling OJ, Nielsen M, Brodersen J. Screening for breast cancer with mammography. Patient leaflet Nordic Cochrane Center; 2012. 15 p. PMID:21249649.
4. Autier P, Boniol M, Gavin A, Vatten LJ. Breast cancer mortality in neighbouring European countries with different levels of screening but similar access to treatment: trend analysis of WHO mortality database. *BMJ*. 2011;343:d4411. PMID:21798968. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d4411>
5. Baines C. Rational and Irrational Issues in Breast Cancer Screening. *Cancers*, Basel. 2011;3:252-66. PMID: PMC3756360. <http://dx.doi.org/10.3390/cancers3010252>
6. Zahl P-H, Maehlen J, Welch HG. The natural history of invasive breast cancers detected by screening mammography. *Arch Intern Med*. 2008;168:2311-6. PMID:19029493. <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.168.21.2311>
7. Jørgensen KJ, Klahn A, Gøtzsche PC. Are benefits and harms in mammography screening given equal attention in scientific articles? A cross-sectional study. *BMC Med*. 2007;5:12. <http://dx.doi.org/10.1186/1741-7015-5-12>
8. Domenighetti G, D'Avanzo B, Egger M, Berrino F, Pernerger T, Mosconi P, et al. Women's perception of the benefits of mammography screening: population-based survey in four countries. *Int J Epidemiol*. 2003;32(5):816-21. PMID:14559757. <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyg257>
9. Evans MF. False-positive results in breast cancer screening. *Can Fam Physician*. 1999;45:73-4. PMID:10889859 PMID:PMC2328037.

Cuidado(!) na prevenção do câncer: ética, danos e equívocos

Caution(!) in cancer prevention: ethics, damages and misconceptions

¡Cuidado(!) en la prevención del cáncer: ética, daños y equívocos

Charles Dalcanale Tesser. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, SC, Brasil. charlestesser@ccs.ufsc.br (Autor correspondente)

O artigo *Principios Éticos y Prevención Cuaternaria: ¿es posible no proteger el ejercicio del principio de autonomía?* é preciso em criticar a medicalização social que tem avançado na direção da prevenção. A prevenção é uma ideia apelativa, popular e medicamente defensável. O envelhecimento populacional, o sedentarismo progressivo, a epidemia de obesidade e a proliferação de doenças crônicas, bem como as limitações terapêuticas da biomedicina do século XX e XXI, reforçam essa ideia. Quase todos preferem ou apoiam o dito popular “antes prevenir que remediar”.

O problema é que tal senso comum é perigoso e por vezes deve ser restrito, evitado ou mesmo combatido e reorientado, particularmente quando estão envolvidas intervenções (diagnósticas e terapêuticas) com alto potencial de dano, especialmente quando se chega ao extremo de impor procedimentos preventivos em situações em que o fundamento é precário, como na prevenção do câncer por meio da mamografia periódica no Uruguai. Além disso, as pessoas podem não querer realizar os procedimentos preventivos, pelo que não devem ser penalizadas de modo algum. Mesmo diante da mais consensual evidência, o que cabe ao profissional e ao Sistema de Saúde é aconselhar e informar; não deve haver imposição de condutas preventivas, especialmente se não houver consequências para a coletividade, como é o caso. Alguns pontos merecem destaque para compreensão da situação.

Primeiro: na prevenção, as implicações éticas são - e devem ser - diferentes em relação às intervenções em pessoas adoecidas clinicamente. Na prevenção, exige-se maior rigor quanto à garantia de benefícios e evitação de danos, pois a intervenção ocorrerá em pessoas de baixo risco (assintomáticas) em que deve imperar mais fortemente o *primum non nocere*. Essa garantia e segurança exigem sólidos critérios científicos que somente podem ser obtidos por meio de evidências atualizadas, resultantes de meta-análises e de ensaios clínicos de alta qualidade denominados como ensaios clínicos controlados e aleatorizados. Portanto, a opinião pessoal ou coletiva de especialistas - quaisquer que sejam, médicos de família ou especialistas focais - não deve vigorar quanto aos rastreamentos. Contudo, é compreensível que mastologistas e ginecologistas tenham opiniões favoráveis ao rastreamento do câncer de mama mais cedo, porque eles entendem e tratam os “cânceres de mama clinicamente relevantes” e os “cânceres produzidos pelo rastreamento” como fenômenos idênticos, dada a impossibilidade técnica atual em diferenciar “os cânceres clinicamente relevantes” dos sobrediagnósticos resultantes do rastreamento. Tal pressão situacional e emocional, porém, não deve definir recomendações de rastreamento. Ao contrário, essa opinião deve ser informada e continuamente reformulada por evidências atualizadas de boa qualidade, que estão além da experiência pessoal e são contra-intuitivas, mas hoje acessíveis facilmente.

Palavras-chave:

Programas de Rastreamento
Mamografia
Medicalização
Neoplasias da Mama
Prevenção Quaternária

Keywords:

Mass Screening
Mammography
Medicalization
Breast Neoplasms
Quaternary Prevention

Palabras clave:

Tamizaje Masivo
Mamografía
Medicalización
Neoplasias de la Mama
Prevención Cuaternaria

Fonte de financiamento:

declara não haver.

Parecer CEP:

não se aplica.

Conflito de interesses:

declara não haver.

Recebido em: 03/12/2013
Aprovado em: 27/12/2013

No caso da mamografia, os danos conhecidos envolvem exposição à radiação ionizante ao longo de vários anos; mastectomias desnecessárias devido ao sobrediagnóstico e sobretratamento; sofrimento psicológico quanto aos falsos positivos (com consequentes biópsias desnecessárias e complicações associadas) e falsos negativos; situações *borderlines* que necessitam de seguimento por vários anos, convertendo sadios em doentes; maior mortalidade devido a insuficiência cardíaca, bem como indução de câncer de pulmão.¹ Nos rastreamentos, o ônus da prova fica com a “intervenção”: deve haver provas (evidências) de que os benefícios superam amplamente os danos. Em caso de dúvida, estão indicadas, pelo princípio da precaução e do *primum non nocere*, prudência e conduta conservadora: não intervir e discutir o balanço danos *versus* benefícios com a pessoa, à luz da informação disponível.

Segundo: a redução da mortalidade específica é o principal, se não quase o único, critério para avaliação dos benefícios de rastreamentos de câncer. Sua estimativa em meta-análises recentes e rigorosas de ensaios clínicos envolvendo rastreamentos por mamografia reduziu-se para 15%,² o que é pouco ou nada divulgado para o público. Além disso, nas séries históricas de mortalidade por câncer de mama nas populações, tal redução não é observada, e espera-se algum correlato nos indicadores populacionais dos resultados dos ensaios clínicos. O mais longo estudo histórico a respeito não mostra diferença significativa na mortalidade por câncer de mama entre populações rastreadas e não rastreadas.³ Nele, a redução pequena de mortalidade em ambas as populações é atribuída à melhoria da terapêutica. Esse tipo de evidência é importante. Por exemplo, ela tem sustentado a indicação do rastreamento de câncer cervicouterino há muitos anos, cuja redução histórica da mortalidade é grande e tem sido atribuída à introdução do rastreamento a partir de 1950-1960.⁴

Terceiro: os danos do rastreamento por mamografia existem em grande proporção. Talvez os mais importantes sejam os falsos positivos e principalmente o sobrediagnóstico, situação em que o “problema” diagnosticado pelo rastreamento não teria consequências clínicas na vida da pessoa.^{5,6} Devido à incapacidade atual de distinção entre os “verdadeiros” casos curados precocemente, que se manifestariam clinicamente, daqueles que não se manifestariam (embora o “diagnóstico” tenha sido realizado corretamente), o sobrediagnóstico gera o sobretratamento - todos são igualmente tratados - e também o chamado “paradoxo da popularidade⁶”: todas as mulheres sobrediagnosticadas e sobretratadas (prejudicadas) pelo rastreamento consideram-se as (bem poucas) beneficiadas por ele, reforçando o senso comum anteriormente mencionado. Por isso, há proposta de mudança de nomenclatura para os diagnósticos produzidos por rastreamento, que mereceriam distinção dos cânceres diagnosticados clinicamente.⁷ A dimensão do sobrediagnóstico variou nos estudos de 10%⁸ até 52%⁹ das pessoas diagnosticadas por mamografia periódica. Recentes estudos de boa qualidade concluíram que essa proporção é de 30%.¹ De cada 2.000 mulheres rastreadas ao longo de 10 anos, uma mulher terá sua vida salva pelo rastreamento; 10 serão sobrediagnosticadas e sobretratadas; e 200 mulheres receberão um resultado falso positivo, levando a estresses psicológicos e a biópsias desnecessárias.^{1,10}

Quarto: para agravar o quadro, a investigação dos danos dos rastreamentos tem se mostrado aquém do que se imagina. Os ensaios clínicos raramente se dispõem a quantificar os danos.¹¹ Apenas 13% dos artigos sobre o rastreamento de câncer de mama citam o sobrediagnóstico como uma possibilidade, havendo ainda uma grande diferença entre periódicos científicos de medicina geral e de especialidades focais: estas últimas são mais explícitas em rejeitar dados de revisões sistemáticas e apresentam com maior frequência problemas de conflitos de interesses.¹²

Concluindo, os critérios éticos e técnicos envolvidos e os estudos dos últimos anos questionam a recomendação do rastreamento por mamografia em qualquer idade, o que já seria motivo para revisão das recomendações ou, no mínimo, sua relativização e abertura de discussão do problema com as mulheres e a sociedade. Logo, a obrigatoriedade da realização do rastreamento por mamografia é um desserviço à saúde das mulheres do Uruguai. No Brasil, pelos mesmos pontos anteriormente abordados, merece crítica enfática a campanha “Outubro Rosa”, em que instituições privadas e filantrópicas especializadas em câncer de mama (espantosamente) recomendam o rastreamento a partir dos 40 anos¹³⁻¹⁵ e o governo brasileiro a partir dos 50 anos,¹⁶ sem abertura para compartilhamento de decisão com as mulheres devidamente informadas, nem informações claras sobre os danos. Cabe revisão, pelas autoridades sanitárias brasileiras, da indicação da mamografia a partir dos 50 anos ou dos termos dessa recomendação, abrindo discussão sobre o tema. Também merece severa - ou ainda maior crítica - a equivalente campanha preventiva “Novembro Azul”, assumida pelo governo brasileiro, que orienta explicitamente a população masculina assintomática a demandar exames preventivos de câncer de próstata, sem base de evidência para tal. Site oficial do governo federal é explícito: “Homens a partir dos 50 anos devem procurar um posto de saúde para realizar exames de rotina”,¹⁷ “A Sociedade Brasileira de Urologia recomenda que todos os homens com 45 anos de idade ou mais façam um exame de próstata anualmente, o que compreende o toque retal feito e o PSA”,¹⁷ apesar de o próprio Ministério da Saúde brasileiro não recomendar ações de rastreamento de câncer de próstata^{16,18} e, inclusive, haver

consensual recomendação contrária derivada de avaliação recente de evidências por instituições idôneas quanto ao rastreamento com PSA (*Prostate-Specific Antigen*).¹⁹ Tudo isso é um verdadeiro desafio individual e coletivo de prevenção quaternária,^{20,21} e esperamos que as autoridades sanitárias brasileiras e uruguaias e os médicos de família e comunidade, a exemplo do Dr. Pizzanelli, se mobilizem para corrigir esses equívocos e socializar informações e orientações bem fundamentadas a esse respeito, bem como orientar, discutir e compartilhar decisões com seus usuários.

Referências

1. Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. The Nordic Cochrane Centre; 2012. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jun 4;6:CD001877. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001877.pub5>
2. Welch HG, Frankel BA. Likelihood that a woman with screen-detected breast cancer has had her "life saved" by that screening. Arch Intern Med. 2011 Dec;171(22):2043-6. PMID:22025097. <http://dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2011.476>
3. Jørgensen KJ, Zahl Per-Henrik, Gøtzsche P. Breast cancer mortality in organised mammography screening in Denmark: comparative study. BMJ. 2010;340:c1241. PMID:20332505 PMCID:PMC2844939. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c1241>
4. Boyle P, Levin B; World Health Organization - WHO, International Agency for Research on Cancer. World Cancer Report 2008. Lyon, 2008. Disponível em: <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/>.
5. Black WC, Welch HG. Overdiagnosis in cancer. JNCI. 2010;102(9):605-613. <http://dx.doi.org/10.1093/jnci/djq099>
6. Welch HG. Overdiagnosed: Making people sick in the pursuit of health. Boston: Beacon Press; 2011.
7. Esserman LJ, Reid B, Thompson IM. Overdiagnosis and overtreatment in cancer: An opportunity for improvement. JAMA. 2013;310(8):797-798. PMID:23896967. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2013.108415>
8. Kopans DB, Smith RA, Duffy SW. Mammographic screening and "overdiagnosis". Radiology. 2011;260(3):616-20. PMID:21846757. <http://dx.doi.org/10.1148/radiol.11110716>
9. Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. Overdiagnosis in publicly organised mammography screening programmes: systematic review of incidence trends. BMJ. 2009;339:b2587. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.b2587>
10. Bleyer A, Welch G. Effect of Three Decades of Screening Mammography on Breast-Cancer Incidence. N Engl J Med. 2012;367:1998-2005. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1206809>
11. Heleno B, Thomsen MF, Rodrigues DS, Jørgensen KJ, Brodersen J. Quantification of harms in cancer screening trials: literature review. BMJ. 2013;347:f5334. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f5334>
12. Rasmussen K, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. Citations of scientific results and conflicts of interest: the case of mammography screening. Evid Based Med. 2013; 8(3):83-9. PMID:23635839 PMCID:PMC3664368. <http://dx.doi.org/10.1136/eb-2012-101216>
13. Hospital do Câncer de Barretos. Outubro Rosa 2013 no Hospital de Câncer de Barretos [internet]. Disponível em: <http://www.hcancerbarretos.com.br/institucional/unidades/82-noticias-institucional/938-uma-cidade-rosa>.
14. Sociedade Brasileira de Mastologia. Como lidar com os temores sobre o câncer de mama [internet]. Disponível em: <http://www.sbmastologia.com.br/index/index.php/rastreamento-e-diagnostico/61-como-lidar-com-os-temores-sobre-o-cancer-de-mama>.
15. Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA). Documento de Posição da FEMAMA para o diagnóstico precoce do câncer de mama [Internet]. FEMAMA; 2010. Disponível em: <http://www.femama.org.br/novo/arquivos/0.163891001286463380.pdf>.
16. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad29.pdf
17. Ministério da Saúde (BR). Novembro Azul conscientiza homens para prevenção do câncer de próstata [internet]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/11/novembro-azul-conscientiza-homens-para-prevencao-do-cancer-de-prostata>
18. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Rastreamento para o Câncer da Próstata: Diretrizes [internet]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/diretriz_rastreamento_prostata.pdf.
19. United States Preventive Services Task Force (USPSTF) [internet]. Disponível em: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/prostatecancerscreening.htm>.
20. Jamoulle M, Gusso G. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. In: Gusso G, Lopes JMC, organizadores. Tratado de medicina de família e comunidade e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed; 2012. v. 1, p. 2015-211.
21. Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública. 2009;25(9):2012-2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900015>

Carta de Quito: Cobertura Universal, Medicina de Família e Comunidade e participação social

Letter of Quito: Universal Coverage, Family and Community Medicine and social participation

Carta de Quito: Cobertura Universal, Medicina Familiar y Comunitaria y participación social

Assinam o presente documento, datado de 12 de abril de 2014 na cidade de Quito, Equador:

Carina Vance. Ministério da Saúde do Equador. República do Equador.

Augusto Barrera. Distrito Metropolitano de Quito (DMQ), Equador.

Michael Kidd. Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA). Austrália.

Manuel Pena. Organização Panamericana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPS/OMS). Equador.

Maria Inez Padula Anderson. Confederação Ibero-americana de Medicina Familiar (CIMF). Brasil.

Edgar León. Presidente V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Equador.

Durante os dias 11 e 12 de abril de 2014, na cidade de Quito, Equador, foi realizada a V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar com o tema: “Cobertura Universal, Medicina de Família e Comunidade e Participação Social”.

Este evento, organizado pelo Ministério da Saúde do Equador, a Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA), Confederação Ibero-americana de Medicina Familiar (CIMF), a Sociedade Equatoriana de Medicina Familiar (SEMF), o Município do Distrito Metropolitano de Quito (DMQ) e a Organização Panamericana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPS/OMS), teve como objetivo contribuir para o fortalecimento das políticas de saúde no campo da Atenção Primária e da Medicina de Família na Ibero-América.

Representantes dos Ministérios da Saúde da Ibero-América, representantes da WONCA, representantes da WONCA Ibero-americana-CIMF, representantes da SEMF, representantes de saúde de governos municipais do Equador e de outros países Ibero-americanos, coordenadores/as de programas docentes de Medicina de Família, delegados/as da sociedade civil e representantes da OPS/OMS, analisaram os temas relacionados a seguir:

1. A Cobertura Universal e a Medicina de Família e Comunidade.
2. A participação e comunicação social para a Medicina de Família e Comunidade e a Atenção Primária à Saúde (APS).
3. A formação de médicos e médicas de família na Ibero-América.
4. A certificação e acreditação profissional.
5. A produção e difusão de conhecimentos em medicina de família e comunidade na Ibero-América.

Fonte de financiamento:
de tradução/publicação
SBMFC.

Parecer CEP:
não se aplica.

Conflito de interesses:
referentes à especialidade de
MFC e à APS/SUS/ESF.

Recebido em: 29/04/2014.
Aprovado em: 30/04/2014.

Como resultado desta análise dos grupos de trabalho formados por especialistas nas áreas mencionadas das organizações convocadas e as instituições que certificam esta Cumbre, foram geradas as seguintes definições e recomendações:

Definições

Cobertura Universal

É a garantia do exercício do direito à saúde para todos e todas, fornecido por um sistema integral e integrado de base estatal com financiamento público, que possibilita o acesso aos serviços, de maneira equitativa, igualitária, oportuna, integral e de qualidade, baseado nos princípios de solidariedade e participação social, tendo a Atenção Primária como eixo do cuidado, com médicos e médicas de família e comunidade nas equipes de saúde, assegurando o primeiro contato e o acompanhamento contínuo, centrado na pessoa em seu contexto familiar e comunitário, em conformidade com as necessidades de saúde que apresentam no curso de suas vidas.

Medicina de Família e Comunidade

A Medicina de Família e Comunidade é uma especialidade essencial para garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde. Fornece cuidados centrados na pessoa em seu contexto familiar e comunitário de forma contínua, independentemente de sua idade, sexo, condição socioeconômica ou de saúde, integrando no processo de atenção os fatores físicos, psicológicos, sociais culturais e existenciais que contribuem no processo saúde-doença.

O médico ou médica de família tem uma responsabilidade profissional e social com a sua comunidade. Desempenha seu papel por meio da promoção da saúde, a prevenção da doença e a prestação de cuidados clínicos assistenciais, de reabilitação e paliativos; atua de acordo com as necessidades de saúde, respeitando a diversidade cultural e otimizando os recursos disponíveis na comunidade. Deve responsabilizar-se pelo desenvolvimento e manutenção de suas competências, valores e equilíbrio pessoal, como base para a prestação de cuidados efetivos e seguros. A Medicina de Família e Comunidade é uma ferramenta chave para o desenvolvimento e a manutenção da saúde dos povos.

Recomendações

1. Reconhecer o conceito da Cobertura Universal para que transcenda os aspectos técnicos do financiamento sanitário e incorpore os princípios de equidade, igualdade e solidariedade, no direito à saúde e na responsabilidade dos governos para estabelecê-la.
2. Gerar políticas e promover as mudanças necessárias para que os sistemas de saúde da Ibero-América alcancem a Cobertura Universal.
3. Reconhecer a especialidade de Medicina Família e Comunidade como parte da equipe de APS para alcançar a Cobertura Universal e o acesso efetivo da população aos serviços de saúde a partir de um olhar integral e integrador da APS.
4. Posicionar a especialidade de Medicina de Família como integrante fundamental dos sistemas de saúde que permitirá a implementar a Atenção Primária nos países da Ibero-América.
5. Reconhecer que os indicadores para medir o avanço à Cobertura Universal devem incluir aqueles relacionados com o fortalecimento da APS, incorporando o financiamento público, o acesso aos serviços, a qualidade dos mesmos, o número de equipes de saúde e o número de especialistas em Medicina de Família e Comunidade, com formação e capacitação qualificadas, envolvidos nestas equipes.
6. Incluir nos indicadores parâmetros de qualidade em relação à estrutura físico-funcional das unidades de saúde do primeiro nível, a fim de proporcionar que os médicos e médicas de família e comunidade possam alcançar a excelência clínica em sua capacidade resolutiva.
7. Promover que nos sistemas de saúde da Ibero-América a proporção de especialistas em Medicina da Família e Comunidade em relação ao total de especialistas alcance 50% e que este valor seja um indicador para o alcance da Cobertura Universal.

8. Consolidar a participação cidadã na saúde como um direito que promove a ação dos atores sociais na tomada de decisões e gestão pública da saúde para incidir nos determinantes sociais da saúde com igualdade e equidade.
9. Facilitar a articulação intersetorial dos grupos de agentes comunitários de saúde.
10. Promover a educação em saúde e o intercâmbio de experiências nacionais e internacionais, utilizando meios de comunicação de massa, tais como rádio, televisão, periódicos, websites, *Facebook*, *Twitter* e outros.
11. Integrar a participação e comunicação social ao setor acadêmico desde o estudante até a pós-graduação.
12. Advogar pela criação de uma aliança internacional permanente de participação e comunicação social para a Medicina de Família e Comunidade.
13. Promover que os governos, os gestores de saúde e de educação tomem decisões e desenvolvam políticas que permitam o fortalecimento de um primeiro nível de atenção qualificado, de maneira a contrariar os interesses antagônicos que nos últimos 100 anos privilegiaram a constituição de sistemas de saúde centrados na atenção hospitalar e na medicina superespecializada.
14. Apoiar a formação do talento humano em Medicina de Família e Comunidade, sua capacitação contínua e de qualidade e sua justa remuneração.
15. Reconhecer que a certificação e acreditação profissional em Medicina de Família e Comunidade permite o fortalecimento da qualidade de atenção no tempo e estimula a atualização do profissional.
16. Promover a pesquisa e a formação contínua como elementos fundamentais para manter o nível profissional dos médicos de família e comunidade.
17. Fortalecer a Rede Ibero-americana de Pesquisa em Medicina de Família e Comunidade (IBIMEFA) para fomentar a pesquisa, a formação de pesquisadores em Medicina de Família e Comunidade e a divulgação de novos conhecimentos em Medicina de Família e Comunidade e Atenção Primária à Saúde, em interação com outras redes de pesquisa na Ibero-América e no mundo, promovendo a questão para os órgãos internacionais, órgãos governamentais de saúde e de educação dos países da região.
18. Potencializar o uso das Tecnologias da Informação e Comunicação nos processos de pesquisa e difusão em Medicina de Família na região; por meio da criação de bases de dados de informação de pesquisas, publicações, consultores, revisores e pesquisadores em Medicina de Família e Comunidade.
19. Incentivar o compromisso de todos os atores envolvidos na coparticipação do financiamento para a geração e difusão do conhecimento, através da pesquisa especializada em Medicina de Família e Comunidade; a mesma que implica uma responsabilidade das organizações ibero-americanas de Medicina de Família e Comunidade para evitar que tais pesquisas sejam influenciadas por interesses comerciais.
20. Incentivar as universidades e autoridades formadoras de profissionais da saúde para que fortaleçam o ensino e pesquisa em Atenção Primária e em Medicina de Família e Comunidade, tanto nos estudantes como na pós-graduação.
21. Promover que as sociedades de Medicina de Família e Comunidade da região tenham maior envolvimento nos processos técnico-políticos de fortalecimento do primeiro nível de atenção e da Medicina de Família e Comunidade em seus países, assim como nos processos de qualificação e desenvolvimento profissional contínuo, com certificação e recertificação de seus membros.
22. Recomendar aos médicos de família e comunidade, para que junto com os demais integrantes da equipe de APS nos países da região, tornem visível e evidenciem a transcendência da especialidade de Medicina de Família e Comunidade como primeiro contato e acompanhamento contínuo nos sistemas de saúde, aos membros da sociedade civil.
23. Promover a criação do Observatório de Medicina de Família e Comunidade na região com a participação da Wonca e Wonca Iberoamericana-CIMEF, para fortalecer a identidade e a especialidade e que se constitua em uma ferramenta relevante para a tomada de decisões dos governos, os órgãos internacionais, a academia e a comunidade.

Nota da RBMFC: o documento original encontra-se disponível em <http://www.salud.gob.ec/carta-de-quito-v-cumbre-iberoamericana-de-medicina-familiar/>

Tradução: Rogério Machado (Secretário da SBMFC).

Prevenção Quaternária e limites em medicina^{*,**}

Quaternary Prevention and limits in medicine

Prevención Cuaternaria y límites en medicina

Marc Jamouille. Espace Temps maison de santé, Charleroi, family doctor, investigador em Cuidados Primários. Departement Universitaire de Médecine Générale of the Université de Liège (DUMG ULg). Bélgica. marc.jamouille@doct.ulg.ac.be (Autor correspondente)

Luís Filipe Gomes. Universidade do Algarve (UAIG). Faro, Portugal. gomes.filipe@netcabo.pt

Resumo

O conceito de Prevenção Quaternária, um questionamento sobre a base da ação médica, nasceu na articulação da relação médico-paciente. Refere-se a toda a atividade médica, sendo uma importante ferramenta para a medicina de família. É uma interrogação ética sobre os excessos da demasiada e demasiadamente pouca medicina e fornece algumas respostas.

Abstract

The concept of Quaternary Prevention, a questioning upon the basis of medical action, was born from the articulation of the doctor-patient relationship. It refers to all medical activities being an important tool for family medicine. It is an ethical question about the excesses of too much and too little medicine which provides some answers.

Resumen

El concepto de Prevención Cuaternaria, un cuestionamiento sobre la base de la acción médica, nació en la articulación de la relación médico-paciente. Se refiere a toda la actividad médica, siendo una herramienta importante para la medicina familiar. Es una cuestión ética sobre los excesos de demasiado y demasiadamente poca medicina y ofrece algunas respuestas.

Palavras-chave:

Conflito de Interesses
Medicalização
Prevenção Quaternária
Medicina de Família e Comunidade

Keywords:

Conflict of Interest
Medicalization
Quaternary Prevention
Family Practice

Palabras clave:

Conflicto de Intereses
Medicalización
Prevención Cuaternaria
Medicina Familiar y Comunitaria

Ainda demasiada medicina

Desde os anos 1950, o número de especialidades médicas, de tecnologias e de doenças tem aumentado consideravelmente. A Classificação Internacional das Doenças (CID) viu o seu número de itens passar de trezentos para 15.000 e, no entanto, poucas especialidades se mostram satisfeitas com a sua categorização.¹ O Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, mais conhecido pelo seu acrônimo DSM, atualmente na sua quinta revisão² conta com mais de 350 “condições”. Sabemos agora que boa parte das doenças no DSM foi incluída devido à influência dos *lobbies* farmacêuticos.³ Estamos todos doentes, somos todos loucos.⁴

Mas muito mais do que a quantidade de doenças, é a transformação de situações assintomáticas em risco e deste em doença,⁵ além da pressão direta sobre os médicos,⁶⁻⁸ que modifica a gestão das atividades médicas. A hipertensão, a hiperglicemia, a hipercolesterolemia ou o excesso de peso são,

Como citar: Jamouille M, Gomes LF. Prevenção Quaternária e limites em medicina. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(31):186-91. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(31\)867](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(31)867)

*Marc Jamouille. Discurso de abertura do Congresso Português de Médicos de Família em Corvilha, Portugal, 28 de setembro de 2013.

**Nota do Editor: Este artigo foi publicado originalmente em francês na Revista Pratiques n° 63 *En faire trop?*, página 98, novembro 2013, <http://pratiques.fr/Prevention-quaternaire,13560.html>. A RBMFC obteve junto aos autores e à Dra. Marie Kayser (editora do periódico) a autorização para publicação da tradução adaptada do artigo para a língua portuguesa.

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
não se aplica.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Recebido em: 26/11/2013.
Aprovado em: 31/12/2013.

com efeito, na maioria das vezes assintomáticos, ou seja, os pacientes não se queixam e até que um ‘bom samaritano’ os informe, não se consideram certamente como doentes. Os hipolipemiantes, medicamentos tão simbólicos quanto protetores, como uma ‘hóstia consagrada’, devoram a maior parte do orçamento destinado à farmácia pela gestão em saúde. Sabemos que é preciso tratar 1.000 pacientes hiperlipêmicos durante 5 anos para evitar 18 eventos cardiovasculares graves.⁹ Como em todo e qualquer médico há sempre um doutor Knock¹⁰ adormecido, a hipertensão e a hipercolesterolemia, afecções sem sintomas, ocuparam os primeiros lugares como motivo de consulta em quase todos os países do mundo.

As técnicas de *Disease mongering* (*Disease mongering*: do inglês *disease* [doença] e *monger* [comerciante, mascate], em português “Promoção da doença” como proposta de tradução) ou fabricação de novos doentes, apelam também à manipulação psicológica¹¹ aplicando às doenças a mesma técnica usada com as marcas comerciais.¹² Esta técnica é denominada “*Branding condition*”: do Inglês *brand* [marca] e *condition* [condição – afecção, doença]. Aplicar às afecções médicas as mesmas técnicas utilizadas, por exemplo, com roupas ou sapatos de marca. Foi assim que a osteoporose, no começo uma simples alteração fisiológica por vezes mais marcada, se transformou em uma doença.

É certo que tudo depende do estadiamento. Somos todos doentes no estágio I se o estágio I for aquele que define a ausência de sintomas para uma afecção predizível. Os médicos decidem que um paciente é diabético, hipertenso ou hiperlipêmico em função de limiares estatísticos calculados sobre populações, mas inadequadamente aplicados à uma só pessoa. Tais valores/metabolismos são fixados no mais baixo limiar possível^{13,14} em uma atmosfera de corrupção institucional.¹⁵

O número de cesarianas é, na maioria das vezes, proporcional ao número de obstetras disponíveis e o número de *stents* coronários colocados é diretamente proporcional ao número de cardiologistas.¹⁶ Podem-se assim identificar seções completas da atividade médica que se encontram em sobreprodução porque as normas, regras e limiares são determinados por comitês de peritos cujas ligações com os produtores de medicamentos ou de bens tecnológicos são constantes, porém dissimuladas.¹⁷ As próprias categorias das doenças estão em plena expansão. A osteoporose, a menopausa ou a disfunção sexual são exemplos atuais de mercados fabricados.^{18,19}

Não faltam *bigpharmas* responsáveis por esta avalanche. Partindo de boas intenções iniciais e aplicando com determinação o escorregadio adágio “Mais vale prevenir que remediar”, os programas de rastreamento floresceram em todos os países do mundo desde o pós-guerra. Mas eis que a aplicação estrita dos princípios da Medicina Baseada em Evidência (MBE) pôs tudo isto à prova. O exemplo típico, a mamografia para rastreio de tumores, que evidencia mais cânceres do que aqueles que se esperaria encontrar²⁰ foi estudada em detalhes e coloca a dúvida no cerne do médico, que já não sabe o que deve aconselhar a estas pacientes.²¹ O mesmo acontece com a vacina da gripe, com a chamada vacina contra o câncer do colo do útero, a anti-HPV ou com o rastreamento do câncer de próstata.

Além disso, os médicos escondem frequentemente a sua incapacidade de se comunicarem com os pacientes por detrás de diagnósticos diáfanos, cujo enunciado não configura mais do que uma confissão de impotência e limites indefinidos. É possível pesquisar na base de dados *Medline* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>) palavras-chave tão desprovidas de sentido como “doença sem doença,^{22,23} somatização, síndrome somático funcional²⁴” ou fibromialgia [a se traduzir como dor nos músculos e tendões], termos que denunciam a incapacidade dos médicos para compreenderem a vivência pessoal dos seus pacientes, tanto quanto o uso de uma categorização baseada em limiares, taxas ou critérios fixados arbitrariamente, e que constituem norma obrigatória para a criação de um mercado.

No âmago das nossas consultas, na incerteza que nos constrange no momento de tomar uma decisão, é sempre mais fácil dizer que se vai fazer uma tomografia computadorizada (TAC) para aprofundar a informação do que dizer que não se vai fazer nada, apenas esperar. Usar o tempo como instrumento a nosso favor implica uma relação de confiança com o nosso paciente, relação essa estabelecida ao longo do tempo e do cuidado longitudinal, que conhecemos na medicina de família e que desaparece na sobreutilização das urgências hospitalares e no acesso livre a todas as especialidades.

A resposta dos médicos de família: a Prevenção Quaternária (P4)

A medicina pode ser perigosa para a saúde, desde a relação médico-paciente individual até às campanhas de massa destinadas a milhões de indivíduos. Entre a prescrição de um benzodiazepínico a um paciente em luto e a compra de milhões de doses de vacinas inúteis, apenas varia a escala na dimensão de erro. Não há diferença do ponto de vista qualitativo.

O conceito de Prevenção Quaternária²⁵⁻²⁷ (encontra-se em www.ph3c.org uma rubrica “*Quaternary Prevention*” que retoma as principais publicações e eventos relativos a este conceito) é um eco do adágio multissecular: *primum non nocere*, ‘primeiro não prejudicar’. É uma resposta de médicos conscientes dos seus limites e desejosos de aplicar à sua prática os

princípios da medicina baseada em provas, como uma atenção humana e uma escuta empática que não tente medicalizar os problemas da vida.

A Prevenção Quaternária encontra as suas fontes em Ivan Illich na “Nêmesis Médica”,²⁸ em *Medical Flipper* de Jean Carpentier,²⁹ em Michael Balint,³⁰ em Ian McWhinney³¹ e em numerosos outros exploradores do papel do médico de família. Adotado pelo Comitê Internacional de Classificação da WONCA (WICC - *Wonca International Classification Committee* - grupo de trabalho da organização mundial da medicina de família: <http://www.globalfamilydoctor.com/>), o conceito difundiu-se em grande escala e, atualmente, existem grupos ou simpatizantes de P4 na Espanha, França, Alemanha, Itália, Portugal, Brasil, Argentina, Uruguai, Peru, Canadá, Irã, Vietnam, China e Bolívia. A Prevenção Quaternária fundamenta-se no domínio da informação médico-científica e da sua aplicação nas decisões do cotidiano. Ela atribui, assim, um papel central ao médico de família que maneja e faz o acompanhamento de seus pacientes (ver Figura 1).

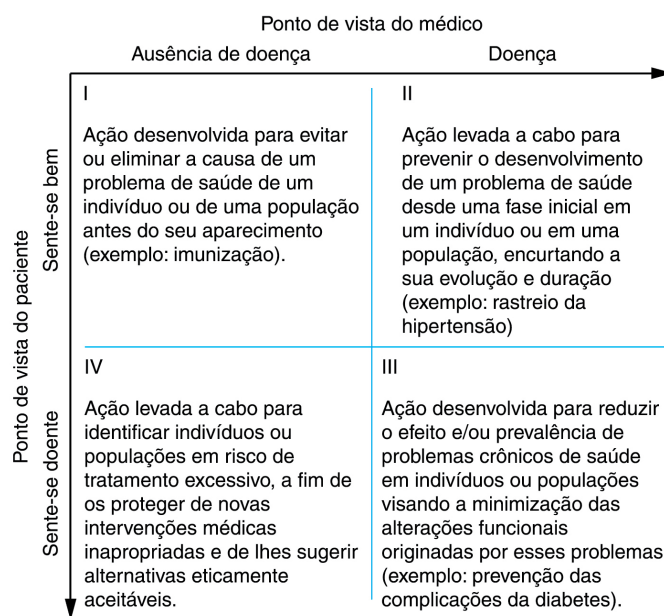


Figura 1. As definições publicadas³³ de prevenção I, II e III são naturalmente completadas pela prevenção IV³⁴ e oferecem uma nova visão dos campos de atividade do médico de família.

Poderíamos acrescentar à definição de prevenção quaternária, que dá primazia à sobremedicalização, o seu corolário obrigatório – a submedicalização ou a falha de não levar em consideração problemas de saúde existentes – e isto por razões morais, sociais, econômicas, políticas ou ideológicas. Assim como os pacientes dos anos 1980, dependentes de drogas pesadas, vilipendiados e socialmente excluídos puderam ser entregues aos cuidados dos médicos generalistas portugueses, belgas e franceses nos anos 1990;³² os excluídos sociais da atualidade – quer sejam imigrantes ilegais, sem-teto ou outros excluídos da prestação de cuidados – devem se beneficiar de uma rede de apoio e de uma escuta atenta.

Praticar a Prevenção Quaternária

Praticar a Prevenção Quaternária é reconhecer, escutar e auxiliar um paciente na incerteza, mas também reconhecer o seu sofrimento, e ir ao encontro deste com todos os meios disponíveis, enquanto se pratica permanentemente uma análise crítica sobre a própria forma de agir.

A P4 é mais compreensível quando se examina a sua gênese. A fonte da atividade médica clínica é a relação médico-paciente. O encontro entre um médico praticante da arte de curar e um paciente é marcado com o duplo selo do conhecimento e da certeza do seu contrário. Geralmente o paciente outorga ao médico uma certeza que ele não tem. Poucos médicos anunciam que trabalham na incerteza. Certeza e inquietação são inversamente proporcionais, tanto para o médico como para o paciente, e ambos procuram frequentemente esconder do outro (ou, por vezes, sobrepor) a incerteza e a angústia que os dominam.

Mas o paciente não possui a mesma formação que o médico para discriminar a informação e para gerir a base estatística sobre a qual se tomam algumas decisões. Quando se introduz esta relação do paciente com o médico em uma tabela dois por dois (na realidade o conceito nasceu durante um curso de estatística sobre o χ^2) vemos aparecer quatro possibilidades de acordo ou desacordo entre os protagonistas (Figura 2).

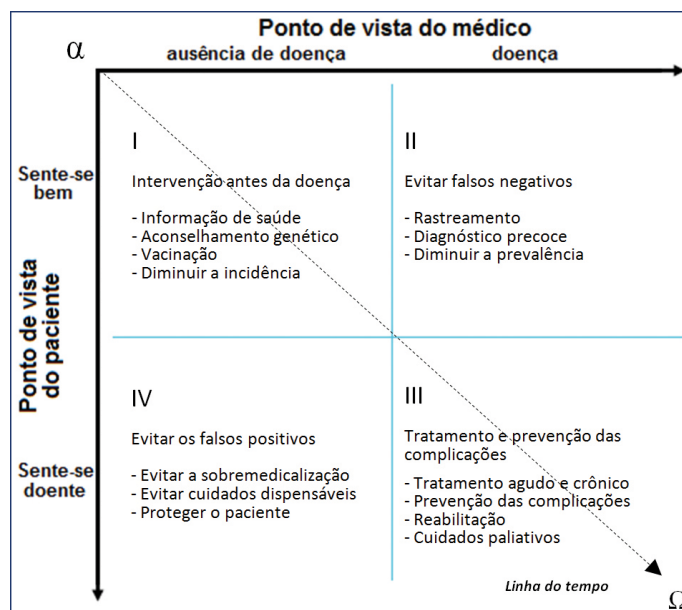


Figura 2. Atividades clínicas em função do tempo e da relação médico-paciente. Note-se que médico e paciente se encontram no ponto Ω , no sofrimento e na morte.

Se admitirmos, nem que seja apenas pelo tempo desta exposição, a possibilidade da dicotomia entre sentir-se bem ou mal e identificar ou não uma doença, estaremos diante de quatro possibilidades análogas aos verdadeiros e falsos positivos e verdadeiros e falsos negativos da tabela dois por dois. As definições das três primeiras formas de prevenção, tal como publicadas no glossário de medicina geral da WONCA³³ em 1995, assumem naturalmente o seu lugar na tabela (Figura 1).

O domínio dos acontecimentos no campo I dos verdadeiros negativos corresponde exatamente à definição de prevenção primária. O campo III é o dos cuidados e dos procedimentos a que conduzem, visto que paciente e médico chegaram a um comum acordo. Existe mesmo doença ou alguma coisa identificada como tal. *Mutatis mutandis*, são os verdadeiros positivos do χ^2 . Diabéticos, cancerosos, hiperlipêmicos ou osteoporóticos acumulam-se todos na casa dos “doentes”, apesar de se encontrarem por vezes com excelente saúde. Fala-se então de prevenção terciária e tenta-se levar a cabo a prevenção das complicações.

O campo II ou dos falsos negativos é mais insidioso. Aplicando-se o provérbio segundo o qual ‘qualquer pessoa que aparenta boa saúde é um doente que se ignora’,¹⁰ a medicina faz questão de descobrir as doenças escondidas. O diagnóstico precoce e o rastreamento podem ser excessivamente ansiogênicos e portadores de efeitos deletérios.

Chega-se então à casa IV. Para completar o quadro, demos a esta casa o nome de Prevenção Quaternária, com uma definição do mesmo estilo.³⁴ As quatro definições, avalizadas pelo WICC, foram publicadas no dicionário de medicina geral da WONCA.³⁵

Como fazer então? Que atitudes adotar para que a angústia dos pacientes não se conjugue com a dos médicos para ocupar esta última casa? Como dominar esta dupla incerteza de pacientes e médicos, que origina a corrida aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos e escava a tumba da seguridade social?

Em resumo, como pode o médico controlar a sua própria ansiogênese – verdadeira ou motivada pelo lucro para si próprio ou outros – e a hiperprodução de bens médicos que a acompanha. Este permanente questionamento sobre a ética da relação médico-paciente, nascido no campo do paciente não reconhecido, pode ser aplicado aos outros campos da atividade médica.

O conceito de Prevenção Quaternária, P4 para os íntimos, um questionamento sobre a base da ação médica, pode importar às ações no campo I: pertinência da educação para a saúde, pertinência das vacinas? No campo II: critérios de doença, verdadeiros ou inventados? Objetivos e resultados de rastreamentos validados e permanentes? No campo III: comunicação ao paciente, vigilância *post-marketing*, verdadeiros cuidados paliativos, terapêuticas comprovadas? Assim fazendo, encontram-se e podem ser organizadas e classificadas todas as recentes interrogações sobre o exercício da medicina, quer se trate de sobremedicalização, sobrerastreo ou sobretratamento.

Os meios necessários à aplicação da P4 são essencialmente de dois tipos. Por um lado, o conhecimento e o controle mental e afetivo do médico face a si mesmo, de forma que possa dominar a sua própria incompletude, a sua relação com o paciente, a sua comunicação e a sua empatia. Por outro lado, o conhecimento e a ciência real, desmascarada de manipulações, baseada em uma clínica que se apoia em provas, sempre que possível.

O domínio do falso positivo e a forma de o evitar fundamentam-se essencialmente na atividade da medicina de família, que conta - ou deveria contar - com o tempo (longitudinalidade) e a empatia do seu lado, nas suas relações com os pacientes e familiares. Não é de se admirar que o conceito de P4 tenha deixado as suas marcas na América Latina, onde associações de médicos de família jovens e dinâmicos são muito ativas. O exame atento dos programas de conferências e a formação dos já referidos grupos de P4 (Tabela 1) poderão dar algumas ideias aos médicos do velho continente.

Tabela 1. Rede crescente de Prevenção Quaternária.

mailing list ; SIAP2011@yahoogroups.com	Espanha
mailing list ;gtprevencaoquaternaria@googlegroups.com	Brasil
https://www.facebook.com/Prevenção-Quaternária	Brasil
http://hamiltonwagner.com/ Curitiba Conference	Brasil
Twitter @prevquaternaria	Brasil
mailing list ; prevencion-cuaternaria@gruposyahoo.com.ar	Argentina
http://prevencion4.com.ar/	Argentina
mailing list : surmedicalisation@yahoogroupes.fr	França
http://surmedicalisation.fr/	França
http://voixmedicales.fr	França
https://www.facebook.com/PrevencionCuaternaria	Uruguai
http://estancambiandolostiempos.blogspot.com	Uruguai
http://earthcitizenshealth.blogspot.com	Irã
http://www.ph3c.org rubric Quaternary prevention	WICC
https://www.facebook.com/P4	world

Referências

1. World Psychiatric Association. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry*. 2011;10(2):86-92. PMID:21633677 PMCID:PMC3104876.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Arlington: APA; 2013.
3. Cosgrove L, Wheeler EE. Drug firms, the codification of diagnostic categories, and bias in clinical guidelines. *J Law Med Ethics* [Internet]. 2013;14(3):1-27. Disponível em: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2286724
4. St-Onge JC. *Tous fous? L'influence de l'industrie pharmaceutique sur la psychiatrie*. Montréal: Ecosociété; 2013.
5. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *Br Med J*. 2002;324(7342):886-891. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.324.7342.886>
6. Fugh-Berman A, Ahari S. Following the script: how drug reps make friends and influence doctors. *PLoS Med*. 2007;4(4):e150. PMID:17455991 PMCID:PMC1876413. <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.0040150>
7. Mintzes B, Lexchin J, Sutherland JM, Beaulieu MD, Wilkes MS, Durrieu G, et al. Pharmaceutical sales representatives and patient safety: a comparative prospective study of information quality in Canada, France and the United States. *J Gen Intern Med*. 2013;10:1368-1375. PMID:23558775. <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-013-2411-7>
8. Sah S, Fugh-Berman A. Physicians under the influence: social psychology and industry marketing strategies. *J Law Med Ethics* [Internet]. 2013;14(3):1-27. Disponível em: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2286433

9. Taylor F, Huffman MD, Macedo AF, Moore THM, Burke M, Smith GD, et al. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;1. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004816.pub5>
10. Cathébras P. [Doctor Knock lives at Wall Street. The new targets of pharmaceutical industry]. *Rev Med Interne.* 2003;24(8):538-41. PMID:12888175. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12888175>
11. Goldacre B. *Bad pharma: how drug companies mislead doctors and harm patients.* London: Faber & Faber; 2012
12. Parry V. The art of branding a condition. *Med Mark Media [Internet].* 2003;38(5):43-49. Disponível em: <http://www.ybranding.com/Content/pdf/TheArtofBrandingaCondition.pdf>.
13. Heath I. Combating disease mongering: daunting but nonetheless essential. *PLoS Medicine.* 2006;3(4):e146. PMID:16597174. PMCID:PMC1434491. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.0030146>
14. Brownlee S. *Overtreated: why too much medicine is making us sicker and poorer.* USA: Bloomsbury; 2008.
15. Light DW, Lexchin J, Darrow JJ. Institutional Corruption of Pharmaceuticals and the Myth of Safe and Effective Drugs. *J Law, Med Ethics.* 2013;14(3):590-600.
16. Dumit J. *Drugs for life.* Durham: Duke University Press; 2012. PMCID:PMC3342335. <http://dx.doi.org/10.1215/9780822393481>
17. Welch HG, Schwartz L, Woloshin S. *Overdiagnosed.* Boston: Beacon Press; 2011.
18. Morell Sixto, ME, Martínez González, C, Quintana Gómez, JL. Disease mongering, el lucrativo negocio de la promoción de enfermedades. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2009;11(43):491-512. <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322009000400011>
19. Moynihan R. A new deal on disease definition. *Br Med J.* 2011;342:d2548-d2548. PMID:21540259. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d2548>
20. Zahl PH, Gotzsche PC, Mæhlen J. Natural history of breast cancers detected in the Swedish mammography screening programme: a cohort study. *Lancet Oncol [Internet].* 2011;12(12):1118-1124 [acesso em 2011 Oct 17]. PMID:21996169. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21996169>
21. Gøtzsche PC, Gøtzsche PG. *Mammography screening: truth, lies and controversy.* Radcliffe Publishing [Internet]; 2012. p. 400. [acesso em 2012 Feb 3]. Disponível em: <http://www.radcliffe-oxford.com/books/bookdetail.aspx?ISBN=1846195853>
22. Meador CK. The art and science of non disease. *New Engl J Med.* 1965;14(272):92-95 <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM196501142720208>
23. Smith R. In search of "non-disease". *Br Med J.* 2002;324(7342):883-885. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.324.7342.883>
24. Barsky AJ, Borus JF. Functional somatic syndromes. *Ann Intern Med.* 1999;130(11):910-921. <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-130-11-199906010-00016>
25. Jamoulle M. *Information et informatisation en médecine générale [Internet].* Belgium: Presses Universitaires de Namur; 1986. p. 193-209. Disponível em: <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000103/0000405.pdf>
26. Jamoulle M, Roland M. *Prévention quaternaire De Wonca world Hong Kong 1995 à Wonca world Prague 2013.* Wonca world Prague [Internet]. 2013. Poster. Disponível em: <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000284/0000440.pdf>.
27. Jamoulle M. A propos d'un dessin. *Ethica Clinica [Internet].* 2013;70:28-31. Disponível em: <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000281/0000416.pdf>.
28. Illich I. *Némésis médicale: l'expropriation de la santé.* Paris: Seuil; 1975.
29. Carpentier J. *Medical flipper.* Paris: La Découverte; 1989. Cahiers libres, 402.
30. Balint M. *The doctor, his patient, and the illness.* Edinburgh: Churchill Livingstone; 1964.
31. McWhinney IR, Freeman T. *A Textbook of family medicine.* 2th ed. Oxford University Press; 1997.
32. Jamoulle M. *Déclaration d'intention; Le médecin généraliste et de famille et l'utilisateur de drogue [Internet].* 1997. Disponível em: <http://www.ulb.ac.be/esp/mfsp/ethitox-fr.html>
33. World Organization of National Colleges - WONCA International Classification Committee. An international glossary for general/family practice. *Fam Pract [Internet].* 1995;12(3):341-369. <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/12.3.341>
34. Jamoulle M, Roland M. *Quaternary prevention and the glossary of general practice/family medicine.* Hong Kong: WICC; 1995.
35. Bentzen N. *Wonca dictionary of general/family practice.* Copenhagen: Wonca International Classification Committee; 2003.

O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do município de Curitiba

The Family and Community Medicine Residency Programme of the municipality of Curitiba

Programa de Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria del municipio de Curitiba

Paulo Poli Neto. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (SMS-PMC). Curitiba, PR, Brasil. ppolineto@gmail.com (Autor correspondente)



Paulo Poli Neto é Médico de Família e Comunidade (MFC) e Diretor do Departamento de Atenção Primária à Saúde (DAPS) da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba-PR. Nesta entrevista, Dr. Paulo Poli Neto discorre sobre como está organizada a Atenção Primária à Saúde no município de Curitiba e também sobre como ocorreu a implementação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) vinculado à SMS Curitiba, que oferece, atualmente, 20 vagas anuais. A RBMFC entrevistou o Dr. Paulo Poli Neto via e-mail em 04/03/2014 e a principal temática abordada foi a formação em Medicina de Família e Comunidade e a importância dessa especialidade médica para a expansão e qualificação da Atenção Primária à Saúde no município.

“Apesar de Curitiba ter uma história de mais de 30 anos do médico generalista na APS e de contar com uma residência em MFC nas suas unidades de saúde, percebeu-se a necessidade de ampliar o número de vagas e de responsabilizar diretamente a gestão municipal por essa tarefa.”

RBMFC: *De que forma o município de Curitiba tem investido na Atenção Primária à Saúde (APS) e na Estratégia Saúde da Família (ESF)?*

Paulo Poli Neto: Curitiba começou a organizar uma atenção primária no sistema público nos moldes da ESF na década de 1980, antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse período, foram criadas unidades de saúde com a figura do médico generalista que atendia ao lado de outros profissionais (enfermeiros, auxiliares de enfermagem e profissionais de saúde bucal) uma população definida. Apesar do fortalecimento dessa proposta com a ESF a partir de 1994, houve uma estagnação nos anos 2000 com metade das unidades atuando com todos os profissionais generalistas e outra metade com clínicos, ginecologistas e pediatras na porta de entrada. Há indicativos, em estudos feitos no próprio município, de que a ESF cumpre melhor os atributos da APS, por exemplo, estudo publicado em edição recente da RBMFC, v. 8, n. 29 “Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba”, disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(29\)828](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(29)828), demonstra que a ESF é mais resolutiva, bem como a média de encaminhamentos médicos das unidades tradicionais é de 28% comparada a 18% nas da ESF. Desde janeiro de 2013, o objetivo tem sido o de ampliar a ESF e chegar a uma cobertura de 100% da população com esse modelo. Nesse último ano, nove unidades de saúde passaram por essa transição e o município ganhou 49 equipes de saúde da família.

RBMFC: *Quais os dados atualizados da cobertura da ESF em Curitiba e quais os principais desafios a serem enfrentados para a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos para a consolidação APS/ESF?*

Paulo Poli Neto: Curitiba conta com 109 unidades básicas de saúde, das quais 64 atuam com todos os profissionais generalistas (ESF) e 45 com médicos não generalistas na porta de entrada. A cobertura populacional da ESF é de 45,5% se considerarmos 3.500 pessoas por equipe, ou de 39%, se considerarmos 3.000 pessoas/equipe. As 45 unidades tradicionais cobrem aproximadamente 30% da população, o que nos leva a uma cobertura de APS no município de mais de 70%. São vários os desafios para fortalecer a APS em Curitiba: 1) Chegar a 100% de cobertura populacional com profissionais generalistas na APS; 2) Melhorar os atributos da APS, acesso facilitado, continuidade do cuidado e oferecer uma carteira de serviços mais abrangente; 3) Rever o papel e forma de atuação das Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs) que, por oferecerem um bom acesso, puxam os sintomáticos das unidades de saúde, mas que, por sua característica, não conseguem oferecer continuidade no cuidado clínico; 4) Melhorar a coordenação do cuidado com o apoio dos profissionais do NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família), ao atuarem como consultores e pontos de regulação com a atenção secundária e terciária; 5) Envolver cada vez mais os enfermeiros na atividade clínica; 6) Melhorar as habilidades clínicas de todos os profissionais da APS, com especializações práticas por categoria sobre os problemas mais comuns, com a residência em Medicina de Família e Comunidade, Enfermagem, Odontologia e as voltadas às categorias não médicas do NASF; e, por fim, 7) Construir uma forma de remuneração variável que não leve a APS a se concentrar em grupos de patologias, mas que premie aqueles profissionais que se dedicam mais a cuidar de todas as pessoas de sua área, quando elas precisam, oferecendo a mais ampla carta de serviços e coordenando seus movimentos por outros equipamentos de saúde.

RBMFC: *Quais os principais motivos que levaram o município de Curitiba a implementar um Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) pela SMS?*

Paulo Poli Neto: A Residência Médica e a Residência em Medicina de Família e Comunidade são consideradas a forma mais adequada para o médico se especializar. A graduação de medicina não permite ao estudante, e nem é seu escopo, atuar por um longo tempo em uma mesma área, sendo acompanhado e observado rotineiramente e com espaços de discussão teórica exclusivos para esse tema. Apesar de Curitiba ter uma história de mais de 30 anos do médico generalista na APS e de contar com uma residência em MFC nas suas unidades de saúde (a da PUC-PR), percebeu-se a necessidade de ampliar o número de vagas e de responsabilizar diretamente a gestão municipal por essa tarefa. Em janeiro de 2013, foi criada a Comissão de Residência Médica (COREME) da SMS de Curitiba e, em abril, iniciaram os primeiros 12 residentes de MFC. Uma das características da nossa residência tem sido a de oferecer essa possibilidade para os médicos concursados da rede. Um efeito que já se percebe é a melhoria na qualidade dos serviços nas unidades de saúde que contam com a residência.

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

Paulo Poli Neto: O maior desafio para qualquer programa de RMFC no Brasil é o de atrair candidatos. Diferentemente de outros países, em que se é obrigado a fazer uma residência médica para atuar e em que 40% das vagas são destinadas à MFC, no Brasil, essa atração, no momento, precisa ocorrer por estímulos financeiros, que, no caso de Curitiba, tem ocorrido para os médicos concursados da rede.

RBMFC: *Como está organizado o PRMFC?*

Paulo Poli Neto: A SMS de Curitiba oferece 20 vagas anuais. O objetivo é que o residente acompanhe um preceptor por dois anos, geralmente um MFC experiente que atua há muitos anos na mesma área. Há também preceptores, médicos de família e comunidade com residência, que ingressaram recentemente na rede. Além da experiência na unidade de saúde, o residente tem três encontros semanais para discussões teóricas, grupos-Balint e aprendizagem por meio do PBI (*Problem Based Interview*) que é a gravação de consultas e discussão em grupo, além dos estágios em atenção secundária, hospitalar e urgências/emergências.

RBMFC: *De que forma o PRMFC pode ser sustentável para o município?*

Paulo Poli Neto: Há várias maneiras de se calcular o impacto ou a sustentabilidade. A curto prazo, o saldo financeiro estará na diferença entre o que gastará com preceptor e residentes e o que conseguirá de entrada pelo Ministério da Saúde (MS) com bolsas para os residentes, cadastramento de novas equipes de Saúde da Família e incentivos financeiros para as novas vagas de MFC. A médio e longo prazo, o resultado é mais sustentado e virá pela melhoria na qualidade da atenção primária do município: profissionais e população mais satisfeita, menor gasto com outros equipamentos de saúde - como UPAs, ambulatórios especializados e hospitais - e, conseqüentemente, melhores resultados e indicadores em saúde.

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

Paulo Poli Neto: O maior poder de atração de candidatos até o momento tem sido o da possibilidade de manter o vínculo estatutário e parte da remuneração no caso dos médicos concursados do município. Curitiba não tem ainda uma carreira própria para o MFC com residência, mas conta com uma excelente remuneração para o médico que atua na ESF. Para aqueles que trabalham 40 horas semanais, o salário inicial é de mais de 15 mil reais e passa dos 20 mil para aqueles com crescimento na carreira.

RBMFC: *Como está organizada a estrutura do PRMFC?*

Paulo Poli Neto: O PRMFC conta com uma coordenação que fica na gerência de ensino e pesquisa da Fundação Estatal de Atenção Especializada (FEAES), ligada à SMS Curitiba. É composta por um grupo de preceptores de MFC que contribuem para a avaliação dos alunos, a elaboração do projeto pedagógico e dos estágios.

“O resultado virá pela melhoria na qualidade da Atenção Primária do município: profissionais e população mais satisfeita, menor gasto com outros equipamentos de saúde - como UPAs, ambulatórios especializados e hospitais - e, conseqüentemente, melhores resultados e indicadores em saúde.”

RBMFC: *Existem instituições de ensino parceiras apoiando o programa de residência, visto que Curitiba possui várias universidades que oferecem graduação em medicina?*

Paulo Poli Neto: São quatro as instituições de Curitiba que oferecem vagas em RMFC: Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR), Universidade Federal do Paraná (UFPR), Universidade Positivo (UP) e a SMS. As quatro coordenações têm trabalhado conjuntamente desde janeiro de 2013 com alguns objetivos: 1) Ter na rede de APS de Curitiba e nos médicos preceptores concursados da SMS o principal recurso de estágio para o RMFC; 2) Chegar a um desenho de estágio na APS em que o preceptor seja a principal referência para aquela população e a garantia do cuidado continuado e o residente, aquele que assume uma responsabilidade gradativa nesses dois anos; 3) Coincidir, no que for possível, a programação teórica; 4) Cada instituição utilizar seus equipamentos para os estágios secundários e terciários, mas aproveitar essa integração com a APS municipal para melhorar a coordenação do cuidado.

RBMFC: *Dada a recente expansão de programas de residência em MFC vinculadas às Secretarias Municipais de Saúde, qual conselho você daria para gestores municipais interessados em implantar um programa de residência?*

Paulo Poli Neto: Implantem logo!

Sobre o entrevistado: Paulo Poli Neto possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Paraná (2001); residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR, 2004); mestrado em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina (2006); doutorado em Ciências Humanas pela Universidade Federal de Santa Catarina (2011), com estágio de doutorado em Antropologia Médica na *Universitat Rovira i Virgili* (Tarragona, Espanha, 2009-2010). Atualmente, é diretor do Departamento de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba-PR.

Entrevista concedida via e-mail em 4/3/2014.

Edição de texto: Josane Araujo Norman.

Razones, retos y aportaciones del programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en España

Razões, desafios e contribuições do programa da especialidade de Medicina de Família e Comunidade na Espanha

Reasons, challenges and contributions of the specialty training programme in family and community medicine in Spain

Verónica Casado Vicente. Centro de Salud Docente y Universitario Parquesol. Valladolid, Castilla y León, España. vcasadovicente@gmail.com

Lourdes Luzón Oliver. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMSRJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. lourdesluzon@gmail.com (Autora correspondiente)

Resumen

El sistema de formación especializada en medicina mediante residencia ha sido indudablemente, en estos 30 años, uno de los motores que ha contribuido a elevar de forma homogénea la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes, alcanzando de forma eficiente importantes resultados en salud en España, en relación a los países de nuestro entorno. La especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) es una de las 44 especialidades médicas vía residencia. Se desarrolla en 97 Unidades Docentes (UJDD) que cuentan con 887 Centros de Salud y 212 hospitales acreditados y forma en torno a 1800 residentes/año. El programa de la especialidad actualmente vigente, de 4 años, es un programa orientado por competencias donde la flexibilidad, la pluripotencialidad, el eje tutor-residente y la evaluación formativa son sus características claves. Nace de la firme voluntad de actualizar y consolidar el cuerpo doctrinal y los valores de la MFyC y de un profundo compromiso con la formación y con el Sistema Nacional de Salud. Se sustenta en la evidencia de que un sistema sanitario que pretenda ser equitativo, efectivo, eficiente y viable ha de contar con una Atención Primaria potente y resolutive, la cual debe ser proporcionada por médicos bien formados y entrenados en su práctica. Por todo ello, es clave que los Ministerios (y otros organismos responsables de los sistemas sanitario y educativo de los países) consideren como objetivo imprescindible valorizar, con financiación adecuada y "empowerment", la Atención Primaria como función central del sistema sanitario, y la MFyC como disciplina, especialidad y profesión sanitaria.

Resumo

O sistema de formação especializada em medicina mediante residência tem sido, sem dúvida, nestes 30 anos, um dos elementos que contribuíram para aumentar a homogeneidade da qualidade assistencial e a segurança dos pacientes, atingindo eficientemente importantes resultados na saúde espanhola, com relação aos países vizinhos. A especialidade de Medicina de Família e Comunidade (MFC) é uma das 44 especialidades médicas existentes por meio de residência. É desenvolvida em 97 Unidades Docentes (UJDD) que contam com 887 Centros de Saúde e com 212 hospitais credenciados que formam cerca de 1800 residentes/ano. O programa da especialidade, que atualmente é de quatro anos, é orientado por competências em que a flexibilidade, o pluralismo na potencialidade, o eixo preceptor-residente, e a avaliação, são características principais. O programa nasce da vontade de atualizar e consolidar as doutrinas e os valores da MFC e de um profundo compromisso com a formação e com o Sistema Nacional de Saúde. É sustentado na evidência de que um sistema de saúde para ser equitativo, eficiente e viável precisa contar com uma Atenção Primária contundente e resolutive, que deve vir com médicos bem formados e treinados. Por isso, é fundamental que os ministérios e os órgãos responsáveis pelos sistemas de saúde e educação dos diferentes países, levem em conta como objetivo imprescindível, a valorização, com um financiamento adequado e o "empowerment" necessário, da Atenção Primária como eixo central do sistema de saúde, e a MFC como disciplina, especialidade e profissão para a área da saúde.

Palabras clave:

Medicina Familiar y Comunitaria
Internado y Residencia
Educación Médica
Educación Basada en
Competencias
Reforma de la Atención de Salud

Palavras-chave:

Medicina de Família e Comunidade
Internato e Residência
Educação Médica
Educação Baseada em
Competências
Reforma dos Serviços de Saúde

Abstract

In the past 30 years, specialty training in medicine, by means of residency programmes, has undoubtedly been one of the instruments that helped raise care quality and patient safety homogeneously across the country, efficiently achieving important health outcomes in Spain in relation to surrounding countries. The specialty of Family and Community Medicine (FCM) is one of 44 medical specialties which require a residency training programme. It is developed in 97 teaching units that count on 887 health centres and 212 accredited hospitals, and train approximately 1800 residents per year. Currently, the specialty programme in FCM lasts four years and it is a competency-oriented programme whose key elements encompass flexibility, pluripotency, a resident-preceptor axis, and formative assessment. It originates from the firm will to update and consolidate the doctrines and values of FCM, as well as from a deep commitment to education and the National Health System. It is based on the evidence that an equitable, efficient and viable health care system must rely on a forceful and resolute Primary Care, which should provide well-prepared and trained physicians. Therefore, it is critical that the Ministries (and other organisations responsible for the health and educational systems of different countries) regard the provision of adequate funding and empowerment as an essential objective, so that primary care services can play a central role within the Health System and FCM can be seen as a discipline, specialty and health profession.

Keywords:

Family Practice
Internship and Residency
Education, Medical
Competency-Based Education
Health Care Reform

“Si creemos en algo, si tenemos en nuestro interior suficiente energía, suficiente pasión y ganas de vivir, podemos encontrar en los recursos que nos ofrece el mundo actual los medios necesarios para hacer realidad nuestros sueños.”

Amin Malouf

El Médico de Familia no espera tiempos mejores, los hace mejores
Programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria 2005

Introducción

La Medicina de Familia nace en España al amparo de tres marcos básicos: el resurgimiento del modelo biopsicosocial, la creación de un Sistema Nacional de Salud (SNS), que define la Atención Primaria (AP) como su función central, y la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC).¹

Las características fundamentales del SNS² español son:

- Financiación pública mediante presupuestos generales del Estado, universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios.
- Derechos y deberes definidos por marco legal.
- Gestión pública y provisión, que aun siendo hegemónicamente pública, utiliza también recursos privados.
- Acceso a la asistencia a través de la AP.
- Descentralización política y de gestión en las Comunidades Autónomas (CCAA).
- Organización territorial de los servicios de salud en Áreas de Salud y Zonas Básicas de Salud definidas por las CCAA en mapas sanitarios, según criterios sociodemográficos y de accesibilidad.
- Prestación de una atención integral de la salud en un marco de garantía de calidad.
- Integración de estructuras y servicios públicos en el SNS.

La Atención Primaria de Salud

De estas características del SNS, cabe destacar el acceso a la asistencia a través de la AP, que se ha constituido en un elemento clave para el desarrollo del SNS español y cuya reforma ha influido muy positivamente en la calidad de la atención sanitaria prestada a la población.

La red de centros de salud, en los que trabajan los equipos de AP, se ha extendido al conjunto del territorio. Un Equipo de AP atiende una Zona Básica de Salud, que en términos generales incluye unos 25000 habitantes y está constituido por varios médicos de familia (MF), pediatras, enfermeras, auxiliares de enfermería, administrativos, celadores, matronas, trabajadores sociales junto a equipos de apoyo (fisioterapia, salud mental). De los 114.326 médicos que trabajaban en el

SNS²⁻⁴ en 2012: 35167 eran Médicos de AP (MF: 28743 y Pediatras: 6424) lo que representa el 30,7% de los médicos del SNS. Esto lleva a que hay, de media, un MF por cada 1356 habitantes (en un rango entre CCAA de un MF por cada 926-1669 habitantes). Estos equipos desarrollan su labor en 3003 centros de salud y 10116 consultorios locales, a los cuales se desplazan los profesionales de los centros de salud de zona, con el fin de acercar los servicios básicos a la población que reside en núcleos dispersos. En 2011 se han producido en AP 418,4 millones de consultas (279 millones de consultas por MF y pediatras y el resto por enfermería). La frecuentación media, es decir, el número de visitas por persona y año, ha sido de 5,48 a MF, 4,92 a pediatría y 2,82 a enfermería. La tasa de resolución se sitúa en torno al 92%.

Las mejoras introducidas por el modelo de AP⁵ se recogen en la Tabla 1 y han redundado en un mejor nivel científico-técnico, con mejoras notables en la oferta de servicios y en los niveles de salud y de satisfacción de los ciudadanos receptores de la AP. Así, en 2012, el 87,6% de los ciudadanos consideraban como “muy buena” y “buena” la atención sanitaria recibida por el MF, el 83,4% de ellos valoraba positivamente la atención prestada por los médicos del hospital, y el 79,4% valoraba positivamente la atención ofrecida por los médicos de Urgencias. La AP, a lo largo de estos años y de forma reiterada, es el nivel sanitario mejor considerado por la población.⁶

Tabla 1. Mejoras introducidas por el modelo de Atención Primaria.

MEJORA	IMPACTO
Incorporación de los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, Pediatras y Enfermeras a los Equipos de Atención Primaria con renovación profesional y de mejora del nivel científico-técnico.	Viabilidad competencial
Asignación de las personas a un médico de familia.	Longitudinalidad
Desarrollo del enfoque biopsicosocial e integración de la promoción de salud y de prevención de enfermedades con las actividades de curación, rehabilitación y cuidado paliativo.	Globalidad
Territorialización de la Atención.	Equidad en el acceso
Trabajo en equipo.	Multidisciplinariedad
Trabajo en, con y para las familias y la comunidad.	Enfoque familiar y comunitario
Jornadas de trabajo de dedicación completa (37,5 horas semanales) y salarios equiparables entre los dos niveles asistenciales (Atención Primaria y hospital).	Equidad interna
Prestación de unos servicios comunes a todos los ciudadanos garantizados por Ley e introducción de las carteras de servicios.	Equidad en la prestación
Introducción de una cultura de evaluación de la calidad de esos servicios.	Garantía de Calidad
Generalización del uso de la historia clínica inicialmente en papel y actualmente informatizada y conectada con la historia de hospital.	Sistemas de información
Incorporación de la gestión de la atención como una función propia de Atención Primaria, incluyendo la gestión de la actividad, la gestión clínica y la gestión de la calidad.	Sistemas de gestión propia
Incorporación de la formación de estudiantes de medicina y enfermería y creación de los centros de salud universitarios.	Desarrollo académico con Formación universitaria
Incorporación de la formación especializada con la red de centros de salud docentes agrupados inicialmente en Unidades Docentes de Medicina Familiar y, actualmente, con la creación de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, en las unidades docentes multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria.	Formación Especializada
Incorporación de la investigación en Atención Primaria.	Investigación
Incremento de la capacidad de Resolución de la Atención Primaria.	Eficacia de nivel
Mejora de los indicadores de salud imputables a la AP.	Efectividad
Mejora de la satisfacción de los usuarios.	Viabilidad por satisfacción de la población

Sin embargo, aunque la valoración global de la AP en España es muy positiva por sus grandes fortalezas al ser un sistema más equitativo, más efectivo, más eficiente y viable, tiene aún importantes debilidades como son el, todavía, fuerte hospitalocentrismo y la inadecuada distribución de la financiación. El gasto sanitario público en España supuso en 2010 el 7,1% del PIB. El gasto sanitario público en AP en 2010 se sitúa en 190,18 euros por cada habitante protegido y año.⁷ Sólo el 18% de dicho gasto corresponde a AP y la decisión sobre el mismo no depende de ella. La AP, siendo clave, no es aún la función central real del sistema, su autonomía de organización y gestión es limitada, hay bolsas de ineficiencia (burocratización, múltiples sistemas de información) y su prestigio y reconocimiento no es el que debería ser. Además, la crisis económica supone una amenaza ante la posibilidad de la introducción del co-pago y la privatización. La II Conferencia de Presidentes de CCAA ya destacó, en Julio de 2005,⁸ tanto la necesidad de impulsar la AP como el compromiso de apoyar

su capacidad de resolución y sus recursos, valorizándola como función central. En una encuesta realizada a 5299 estudiantes de Medicina, el 90% consideraban la Medicina de Familia como la especialidad con mayor impacto social y, sin embargo, sólo el 20% consideraba que tenía un elevado prestigio como profesión.⁹

Es reseñable que todos los indicadores relacionados con la presencia de AP han mejorado de forma importante. En la evaluación 2007-2012 de la Estrategia AP XXI⁷ se enumeran los resultados en salud y en varios indicadores de actividad asistencial.

El sistema de formación especializada español

El sistema de formación especializada, a través de residencia, ha sido durante estos 35 años, indudablemente, uno de los motores que ha contribuido a elevar de forma homogénea la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes, alcanzando altas cotas de calidad en relación a los países de nuestro entorno socio-económico.

Dicho sistema centrado en el que aprende, consiste en una práctica clínica programada y retribuida, que permite la asunción progresiva de responsabilidades y un nivel decreciente de supervisión a medida que se avanza en el proceso formativo, con una vinculación laboral entre el especialista en formación y el Servicio de Salud en el que está desarrollando el correspondiente programa formativo.

El acceso a la Formación Sanitaria Especializada¹⁰ (sistema de residencia-MIR: Médico Interno Residente) se realiza mediante una prueba selectiva convocada por el Ministerio de Sanidad, que es una evaluación teórica estatal única para todas las especialidades. Está conformada por 225 preguntas tipo test con respuestas múltiples, con 10 preguntas de reserva, que debe ser contestada en 5 horas. El examen es realizado en diferentes ciudades el mismo día. Es necesario obtener al menos una nota igual al 35% de la media de los 10 mejores para acceder a las plazas.

La puntuación final es la suma de la puntuación obtenida en el examen (90% de la nota final) más la valoración del expediente académico (10% de la misma). Se clasifica a todos los aspirantes y según esa nota, eligen especialidad y Unidad Docente en la sede del Ministerio de Sanidad en Madrid. El cupo para discapacitados es del 7%. El cupo para extracomunitarios es del 8%. Desde 2001 a 2012 se han formado como especialistas en España médicos no españoles procedentes de 109 países. Cabe destacar Colombia con 5.821; Perú 5.273; R. Dominicana 2.265; Venezuela 1.788; Bolivia 1.663; México 1.660; Italia 1.468; Ecuador 1.392; Argentina 1.015; Cuba 876; Rumanía 597; Honduras 399; Marruecos 383; Paraguay 361; Brasil 255.

Habitualmente el examen se convoca en Septiembre, se lleva a cabo en Enero-Febrero y los participantes eligen plazas en Abril, para incorporarse a la Formación Sanitaria Especializada en Mayo. En la última convocatoria de 2013¹¹ se han adjudicado 6689 plazas, siendo 1775 para MFyC (26,5%).

Las especialidades con formación mediante residencia en España son 55, de las cuales 40 son especialidades exclusivamente médicas, y el resto son especialidades a las que se accede con otras titulaciones, como biología, bioquímica, farmacia y química. Los programas formativos para médicos son de 4-5 años (Tabla 2)¹² y han sido publicados en el Boletín Oficial del Estado, lo que concede un marco legal de garantías.

La formación se desarrolla en dispositivos acreditados para la formación especializada, de acuerdo a unos requisitos o estándares que incluyen, entre otros, unos mínimos relativos a recursos humanos y físicos, actividad asistencial, actividad docente e investigadora y calidad.¹³

La especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC)

El título oficial de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria fue creado a través del Real Decreto 3303/1978,¹⁴ de 29 de diciembre, en el marco de formación especializada mediante residencia en los centros sanitarios como sistema ordinario y habitual según el Real Decreto 2015/78.¹⁵ Se dispone que “[...] el médico de familia constituye la figura fundamental del sistema sanitario y tiene como misión realizar una atención médica integrada y completa a los miembros de la comunidad.”¹⁴

Se iniciaba así, en España, una formación específica para los MF que, posteriormente, y a través de la Directiva 86/457/CEE,¹⁶ del Consejo de las Comunidades Europeas, fue implantada con carácter general en todos los Estados miembros de la actual Unión Europea. Aunque el citado Real Decreto establecía las normas transitorias para el acceso al título de la

Tabla 2. Especialidades médicas vía residencia y años de formación.

Especialidad	Años	Especialidad	Años
Alergología	4	Medicina Familiar y Comunitaria	4
Análisis Clínicos	4	Medicina Física y Rehabilitación	4
Anatomía Patológica	4	Medicina Intensiva	5
Anestesiología y Reanimación	4	Medicina Interna	5
Angiología y Cirugía Vascolar	5	Medicina Nuclear	4
Aparato Digestivo	4	Medicina Preventiva y Salud Pública	4
Bioquímica Clínica	4	Microbiología y Parasitología	4
Cardiología	5	Nefrología	4
Cirugía Cardiovascular	5	Neumología	4
Cirugía General y del Aparato Digestivo	5	Neurocirugía	5
Cirugía Oral y Maxilofacial	5	Neurofisiología Clínica	4
Cirugía Ortopédica y Traumatología	5	Neurología	4
Cirugía Pediátrica	5	Obstetricia y Ginecología	4
Cirugía Plástica, Estética y Reparadora	5	Oftalmología	4
Cirugía Torácica	5	Oncología Médica	5
Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología	4	Oncología Radioterápica	4
Endocrinología y Nutrición	4	Otorrinolaringología	4
Farmacología Clínica	4	Pediatría y sus áreas	4
Geriatría	4	Psiquiatría	4
Hematología y Hemoterapia	4	Radiodiagnóstico	4
Inmunología	4	Reumatología	4
Medicina del Trabajo	4	Urología	5

nueva especialidad por parte de los profesionales que ejercían con anterioridad a su creación, estas medidas se revelaron insuficientes a partir del 1 de enero de 1995, fecha en la que, conforme a lo previsto en la Directiva 93/16/CEE,¹⁷ entró en vigor el requisito de ostentar el título de Médico Especialista en MFyC, o la certificación a que se refiere el Real Decreto 853/1993,¹⁶ de 4 de Junio, para desempeñar plazas de Médico de Familia (denominación que adopta la Medicina General con este Real Decreto), en centros o servicios sanitarios integrados en el SNS. Esta situación motivó la adopción del Real Decreto 931/1995,¹⁸ de 9 de junio, relativo al acceso a la formación como Especialistas en MFyC de los Licenciados en Medicina posteriores al 1 de Enero de 1995. En 1998 el Real Decreto 1753/1998¹⁹ establece como vía de homologación de la especialidad una formación de 300 horas, 5 años de trabajo como Médico de Familia y una prueba ECOE (Evaluación Clínica Objetiva y Estructurada) de 9 estaciones. Comienza en 2002 y la última convocatoria es en 2013, con prueba prevista en el primer semestre de 2014. Hasta el momento actual han sido evaluados 9.377 candidatos, con un coste total de 3.160.996 €, financiado por el Ministerio de Sanidad, con un porcentaje de no aptos del 2,41%.²⁰

Con la creación de la especialidad de MFyC se desarrolla una de las estrategias claves para la consolidación de la reforma del sistema sanitario español. En todo momento se ha sustentado la formación en la evidencia de que la AP debe ser proporcionada por médicos bien formados y entrenados en su práctica y en la globalidad, longitudinalidad, abordaje familiar y comunitario, accesibilidad, siendo así más efectivos y más eficientes que otros especialistas para la prestación de las funciones propias de la AP de salud. Desde hace muchos años hay sólidas evidencias que demuestran que cuantos más MF tiene un sistema mejor son sus indicadores de salud (mortalidad por todas las causas, por cáncer, enfermedades cardio y cerebrovasculares).²¹⁻²³ Recientes publicaciones objetivan claramente las grandes ventajas de la organización de los servicios de salud en torno a la AP y al Médico de Familia. Así Kringos et al.²⁴ nos demuestra que la influencia del número de MF es tal, que incrementos de 1 MF/100.000 habitantes se sigue de descensos de la mortalidad de 0,65/100.000.

Esto explica el desarrollo de la formación especializada en MFyC en Europa. Se ha pasado en pocos años de no exigir formación específica para ejercer la Medicina de Familia a una formación específica que era inicialmente de 2 años para pasar rápidamente a 3 años y situarnos en el momento actual en Europa en una horquilla de 3 a 6 años de formación (Tabla 3).²⁵

Tabla 3. Formación en Medicina de Familia en países europeos.

País	Años ^a	H/CS ^b	Programa ^c	Rotaciones ^d	T/P ^e	Evaluación ^f	Responsables ^g	Obligatorio ^h
Alemania	5	=/=	SI	NO	80H	SI	G/P	SI
Austria	3	+/-	SI	SI	0H	SI	G/P	SI
Bélgica	3	-/+	SI	NO	300H	SI	U/G	SI
Bulgaria	3	=/=	SI	SI	250H	SI	U/G	NO
Croacia	4	=/=	SI	NO	400H	SI	U/G/P	NO
Dinamarca	5	=/=	SI	SI	320H	NO	G	SI
Eslovaquia	3.5	+/-	SI	SI	100H	SI	U	SI
Eslovenia	4	=/=	SI	SI	360H	SI	U/P	SI
España	4	=/=	SI	SI	300H	SI	G/P	SI
Estonia	3	=/=	SI	SI	200H	SI	U	SI
Finlandia	6	-/+	SI	NO	120H	SI	U	SI
Francia	3	+/-	SI	NO	150H	NO	U	SI
Gran Bretaña	3	=/=	SI	NO	20H	SI	G/P	SI
Grecia	4	+/-	SI	SI	80H	SI	G	SI
Hungría	3	-/+	SI	SI	60H	SI	U	SI
Países Bajos	3	-/+	SI	SI	0H	NO	U/G	SI
Islandia	5	=/=	SI	SI	100H	NO	U/G/P	NO
Irlanda	4	=/=	SI	SI	0H	SI	G	SI
Italia	3	+/-	SI	NO	400H	SI	G	SI
Letonia	3	=/=	SI	SI	SD	SI	U	SI
Malta	3	=/=	SI	SI	500H	SI	G/P	SI
Noruega	5	-/+	SI	NO	0H	NO	P	NO*
Polonia	4	-/+	SI	SI	308H	NO	U/G	SI
Portugal	4	-/+	SI	SI	180H	SI	G	SI
República Checa	3	=/=	SI	SI	48H	SI	G	SI
Rumanía	3	=/=	SI	SI	264H	SI	U/G/P	SI
Suecia	5	-/+	SI	NO	2000H	NO	G/P	SI
Suiza	5	+/-	SI	NO	0H	SI	G/P	SI

Elaboración propia. Fuente Euract 2012. Wonca.²⁵ ^a Número de años de formación; ^b Tiempo de formación en Hospital y en Centro de Salud: 50% =/=; Más tiempo en H: +/-; más tiempo en CS: -/+; ^c Existencia de programa formativo oficial; ^d Definición de las estancias formativas; ^e Tiempo de aprendizaje teórico-práctico definido; ^f Existencia de evaluación final de residencia; ^g Responsables del desarrollo de esta formación: Universidad (U), Gobierno (G), Profesión (P); ^h Obligatorio para el ejercicio de la práctica profesional; * Mayor remuneración en los especialistas; SD: sin determinar.

El programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria española

La especialidad de MFyC es una de las 44 especialidades médicas vía residencia reconocidas en España (Tabla 2). La formación se desarrolla en las 97 Unidades Docentes (UUDD) de España, que cuenta con 887 Centros de Salud y 212 hospitales acreditados para la formación especializada en MFyC. Recientemente, con la creación de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, las tradicionales Unidades Docentes de MFyC se están recreditando como “Unidades Docentes Multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria” (UDMAFyC), para englobar a ambos tipos de profesionales en formación.²⁶

El tiempo de formación especializada abarcó, en un principio, un periodo de 3 años, hasta que se establece definitivamente en 4 años, en el año 2005, fecha en que se aprobó el tercer y último Programa Oficial de la Especialidad, que es el referente actual donde se detallan todas las competencias que debe adquirir el médico en formación (Tabla 4).

El programa actualmente vigente de la especialidad de MFyC, elaborado por la Comisión Nacional de la Especialidad (CNE) de MFyC, fue aprobado por el Ministerio de Sanidad y Consumo español el 3 de Mayo de 2005 y aparece en el Boletín Oficial del Estado (BOE nº 105) mediante la Orden SCO/1198/2005.²⁷

Se trata de un programa orientado por competencias, siendo el primer programa español de especialización médica con esta orientación.²⁸ Ha sido traducido al ruso por la OMS y al inglés.²⁹ El proceso de elaboración de este programa se inició a finales de 1999, en el seno de la CNE de MFyC, y nace de la firme voluntad de actualizar y consolidar el cuerpo doctrinal y los valores de la MFyC y de un profundo compromiso con la formación y con el SNS. Lo avalan cinco años de trabajo en

Tabla 4. Competencias del médico de familia: áreas docentes.

LOS VALORES PROFESIONALES	
ESENCIALES	LA COMUNICACIÓN ASISTENCIAL
	EL RAZONAMIENTO CLÍNICO
	LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN
	LA BIOÉTICA
ATENCIÓN AL INDIVIDUO	Factores de riesgo y problemas cardiovasculares
	Problemas respiratorios
	Problemas del tracto digestivo y del hígado
	Problemas infecciosos
	Problemas metabólicos y endocrinológicos
	Problemas de la conducta y de la relación. Problemas de salud mental
	Problemas del sistema nervioso
	ABORDAJE DE NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD
	Problemas hematológicos
	Problemas de la piel
	Traumatismos, accidentes e intoxicaciones
	Problemas de la función renal y de las vías urinarias
Problemas músculo-esqueléticos	
Problemas de cara-nariz-boca-garganta y oídos	
Problemas de los ojos	
Conductas de riesgo	
Atención a las urgencias y emergencias	
ATENCIÓN A LA FAMILIA	Atención al niño
	Atención al adolescente
	Atención a la mujer
	Atención al adulto
	Atención a los trabajadores
	Atención al anciano
	Atención al paciente inmovilizado
	Atención al paciente terminal, al duelo y a la cuidadora
Atención a las situaciones de riesgo familiar y social	
ATENCIÓN A LA COMUNIDAD	
FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	

sus diferentes fases y la colaboración de la estructura docente y la semFYC, coordinados por la CNE con más de 200 MF elaborando el proyecto.

Este programa, largamente trabajado, se define²⁸ por:

- La incorporación en la formación de los valores profesionales del médico de familia.
- La revisión del perfil profesional.
- La incorporación de competencias esenciales: la comunicación, el razonamiento clínico, la gestión de la atención y la bioética.
- La adaptación a las necesidades sociales y sanitarias, que se verían reflejadas en el área de atención al individuo, tanto en su bloque de atención a problemas y necesidades de salud como en el área de abordaje de grupos poblacionales y de riesgo.

- El cambio de terminología empleada al referirse a las áreas de atención al individuo, ya que el médico de familia no aprende cardiología, neurología o urología, sino que aprende el abordaje de problemas cardiovasculares, problemas del sistema nervioso o problemas de las vías urinarias, etc. Porque este abordaje forma parte tanto de nuestra especialidad como de las otras especialidades anteriormente mencionadas.
- La profundización en las competencias que se consideran “específicas” del médico de familia, que son la Atención a la Familia y la Atención a la Comunidad.
- El desarrollo de las competencias relativas a la formación, docencia e investigación.

Características del programa

1. La flexibilidad en el desarrollo del programa. Lo importante son las competencias determinadas por el perfil profesional: “tiempos y métodos deben estar a su servicio”.

2. El Programa debe permitir la pluripotencialidad, es decir, formar MF que puedan trabajar no sólo en el Centro de salud, sino en otros entornos laborales, como las urgencias, los cuidados paliativos, la atención a grupos de riesgo, etc. (Tabla 5).

Tabla 5. Ámbitos profesionales del médico de familia.

Asistenciales	Medicina de Familia en Atención Primaria. Emergencias. Urgencias hospitalarias. Urgencias extrahospitalarias/puntos de atención continuada. Pediatría en Atención Primaria. Unidades de Atención/hospitalización a domicilio. Unidades de atención a adolescente. Residencias geriátricas. Unidades de Cuidados Paliativos. Mutuas de accidentes laborales. Unidades de Valoración del daño corporal. Unidades de Atención a las personas en riesgo social: inmigrantes, víctimas de violencia familiar, discapacitados... Centros de Reconocimientos médicos.
En gestión sanitaria	Cargos directivos y puestos técnicos en empresas relacionadas con la sanidad, en el ámbito privado y público. Comercial de productos médicos.
En docencia	Profesores asociados y titulares de Facultades de Medicina. Profesores asociados, titulares y catedráticos de Escuelas universitarias de Enfermería. Profesores de otras escuelas universitarias. Formación sanitaria especializada: jefes de estudio y técnicos de Salud de UUD de MFyC. Compaginada con la asistencia, la docencia especializada (tutor principal, tutor de apoyo colaborador docente) y la formación continuada en el centro.
Investigación	La mayor parte de la investigación médica en España se realiza en las universidades y en redes de investigación de AP. El número de médicos que viven exclusivamente de la investigación es muy escaso, y la mayoría lo hacen combinando investigación y docencia.
Otras opciones laborales	Con una preparación u oposición específica para cada una de ellas: Sanidad Militar. Sanidad Penitenciaria. Sanidad Nacional. Médico de Ayuntamiento. Inspector Médico de la RENFE. Inspector Médico de la Seguridad Social. Médico de Registro Civil. Médico de Sanidad Penitenciaria. Profesor de Tecnología y Práctica Sanitaria (Formación Profesional). Reespecialización: el 15% de los médicos de familia hacen otra especialidad (la media en otras especialidades oscila entre 4-60%).
Trabajo en el extranjero	Suécia, Portugal, Reino Unido, Irlanda.

3. El Programa debe pivotar en el eje tutor-residente. La formación central se da en el centro de salud, pero se deben proporcionar estancias electivas y se deben ampliar los entornos docentes con el objetivo de adquirir las competencias. El Tutor principal es el responsable de la formación tutorizada, continuada y estructurada, independientemente de las estancias formativas en el Centro de Salud. Se determina un contacto amplio inicial con AP (3-6 meses) y que al menos el 50% del tiempo de la residencia se efectúe en el Centro de Salud, es decir, que de los 44 meses de formación al menos 22 sean en MF en AP, con un tiempo de estancia formativa en Centro de Salud todos los años. La formación debe ser individualizada, con un incremento progresivo de la responsabilidad.

4. Se establece el formato estructural del Programa. Se definen las cinco áreas competenciales (Tabla 4) y por cada área se determinan los objetivos específicos y las actividades propias para la adquisición de estas competencias, incluyendo conocimientos, habilidades y actitudes. Para desarrollar estos aspectos se confecciona una ficha que recoge: área competencial, objetivos específicos, actividades docentes propias agrupadas según prioridad y nivel de responsabilidad, recomendaciones sobre la metodología docente, el lugar de aprendizaje (Centro de Salud, estancia en un servicio de la Unidad Docente, rotación externa, etc.), el tiempo de aprendizaje, la evaluación y las lecturas recomendadas.

La evaluación formativa cobra especial relevancia en el marco de una formación tutorizada y personalizada. Y esa es la razón de la elaboración y puesta en marcha de un nuevo Libro del Especialista en Formación (LEF).^{30,31}

La organización pivota básicamente en las UDD, que no sólo deben organizar las estancias formativas, sino definir las actividades y los métodos que en su entorno son los más operativos para garantizar la adquisición de competencias.

El grado de implicación de los Tutores en el desarrollo del Programa es piedra angular. Su formación en los contenidos propios de la especialidad, en metodología docente y en evaluación formativa son determinantes. El apoyo a la función de Tutores por parte de la Administración es fundamental y se precisan actividades formativas, adaptación de las condiciones estructurales a la docencia y puesta en marcha de actuaciones que incentiven a los Tutores. Por ello se determinan requisitos estructurales de idoneidad de presión asistencial, tiempo de dedicación a la asistencia con tiempo específico para la docencia y tiempos mínimos por consulta, que son requisitos que hacen “saludable” el entorno para el aprendizaje.

Líneas de desarrollo

La especialización tiene innegables ventajas, ya que mejora la calidad de la asistencia y favorece el avance en el conocimiento mediante la investigación y la docencia. Sin embargo, la excesiva superespecialización también tiene algunos inconvenientes al provocar la atomización de la asistencia a un mismo paciente e incluso la desconexión entre los distintos profesionales con distintas áreas de interés. Con el agravante de que cuanto más se segmente el mercado, mayores le parecerán las necesidades al planificador.³² Por otra parte, los mismos avances de la ciencia médica introducen una cierta transversalidad entre las especialidades clásicas y ello configura un nuevo mapa de competencias. En muchos dispositivos asistenciales se están experimentando nuevas formas de organización con la integración de distintos especialistas que ponen en común conocimientos y habilidades para gestionar casos y resolver demandas de forma más eficiente.

Por ello, hemos asistido a un intenso debate sobre cómo hallar un equilibrio entre la necesaria superespecialización y la necesidad de integrar la mayoría de los aspectos de la práctica médica prevalente en el núcleo central de la formación de todos los especialistas.³³⁻³⁵ Tener una buena base de conocimientos troncales aumentará la eficacia y la calidad de las prestaciones sanitarias y evitará derivaciones y consultas innecesarias, favorecerá la colaboración entre servicios y entre niveles asistenciales, que acarreará menos molestias al paciente, evitará la polifarmacia injustificada y favorecerá la eficiencia del sistema sanitario.

El proyecto de desarrollo de la troncalidad³⁶ enmarcado en la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias del 2003,³⁷ actualmente pendiente de aprobación, define tres espacios formativos en la formación especializada: la formación especializada troncal, la formación especializada específica y las áreas de capacitación específica (o alta especialización). Se considera la troncalidad en formación especializada como “[...] el conjunto de competencias comunes a varias especialidades médicas que permite la agrupación de éstas y de su proceso formativo durante un tiempo determinado.” Dicho proyecto determina la existencia de 5 troncos: el tronco médico, el tronco quirúrgico, el tronco de imagen, el tronco de laboratorio y el tronco de psiquiatría. Las especialidades que formen parte de un mismo tronco deben tener competencias comunes, beneficiarse de estancias formativas comunes y deben compartir áreas en las que el trabajo conjunto mejore la efectividad y eficiencia y la satisfacción del paciente.

Las competencias genéricas son comunes a todos los troncos³⁸ y las competencias del tronco médico tienen íntima relación con las competencias de las especialidades más pluripotenciales, como son la MFyC y la medicina interna. En definitiva, cuando se desarrolle el proyecto, en un centro de salud docente, rotarán los especialistas en formación de las especialidades de MFyC y Enfermería Familiar y Comunitaria, especialistas del tronco médico en su periodo de formación troncal y allí se seguirán desarrollando las estancias formativas de otros especialistas en formación, no incluidos en tronco médico (cirujanos, traumatólogos, dermatólogos, rehabilitadores, ginecólogos...en formación) regulados por Resolución.³⁹

Todo esto se debe a que la Medicina de Familia y la AP son una especialidad y un ámbito sanitario de extraordinaria envergadura para la formación troncal y ésta debe iniciarse indefectiblemente en el grado.⁴⁰

Por todo ello, y para concluir, es clave que, dadas las evidencias científicas, los Ministerios y organismos responsables del sistema sanitario y del sistema educativo de los países deban considerar, como objetivo claro y fundamental, el hecho de “valorizar” con financiación adecuada y empowerment a la AP, como función central,⁴¹ y a la MFyC, como disciplina, especialidad y profesión sanitaria. Porque, como diría la profesora Barbara Starfield: “[...] *la Medicina de Familia debe dar forma a la reforma y no al revés.*”⁴²

Referencias

- Casado V, Planes A, Thomas V, Vázquez JR. La Medicina de Familia y Comunitaria. Valores profesionales y perfil profesional del médico de familia. En Casado V et al (editors). Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona:semFYC: EditorialMedicaPanamericana; 2012. p. 3-29.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (ES). Sistema Nacional de Salud. España 2012 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (ES); 2012. [última consulta el 2013 Dec 27]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012__Espanol.pdf
- Actividad asistencial en Atención Primaria. Informe estadístico. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Año 2012 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (ES). [última consulta el 2013 Dec 27]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>
- Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consulta interactiva del SNS [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (ES). [última consulta el 2013 Dec 27]. Disponible en: <http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/>
- Casado V, Aguilera L. La Atención Primaria de Salud. Otros ámbitos de actuación de la Medicina Familiar y Comunitaria. En Casado V et al (editors). Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona:semFYC: EditorialMedicaPanamericana; 2012. p. 33-50.
- Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro Sanitario 2012 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (ES); 2012 Mar-Nov [última consulta el 2013 Dec 27]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS_2012/B.S.2012total.mar.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (ES). Estrategias en Atención Primaria para el siglo XXI. Proyecto AP21. Marco estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España 2007-2012. Informe de seguimiento [Internet]. Madrid: [publisherunknown]; 2012 [última consulta el 2013 Dec 27]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/AP21_INFORME_2012.pdf
- Ministerio de Economía y Hacienda; Ministerio de Sanidad y Consumo; Grupo de trabajo de la Conferencia de Presidentes para el análisis del gasto sanitario presidido por la IGAE. Informe para el Análisis del Gasto Sanitario [Internet]. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales; 2005 Jul. 350 p. [última consulta el 2013 Dec 27]. Disponible en: http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/libros/Libros_blanco/GastoSanitario.pdf
- Martin-Zurro A, Jimenez J, Monreal A, Mundet X, Otero A, Alonso-Coello P et al. Medical student attitudes towards family medicine in Spain: a statewide analysis. BMC Family Practice [Internet]. 2012 [última consulta el 2013 Dec 27]; 13:47. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/13/47>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (ES). El acceso a la plazas de formación [Internet]. Madrid; 2013 [última consulta el 2013 Dec 27]. Disponible en: <http://sis.msssi.es/fse/PaginasDinamicas/General/PagGeneral.aspx?MenuId=QE-00&SubMenuId=QE-02&cDocum=1>
- Boletín Oficial del Estado. Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. nº. 229, Sección II B. 2012 Sep 22. p. 672115. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2012/09/22/pdfs/BOE-A-2012-11914.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (ES). Programas Formativos de Especialidades en Ciencias de la Salud [Internet]. 2005. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/guiaFormacion.htm>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (ES). Acreditación de centros, unidades y dispositivos docentes para la Formación Sanitaria Especializada [Internet]. Madrid; [update 2012 Sep; última consulta el 2014 Mar 01]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/AcreDocCntUniForSanEsp.htm>
- Real Decreto 3303/1978, de 29 de diciembre, de regulación de la medicina de familia y comunitaria como especialidad de la profesión médica. Boletín Oficial del Estado. Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. nº. 29. 1979 Feb 2. p. 2735-6. [última consulta el 2013 Dec 27]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1979/02/02/pdfs/A02735-02736.pdf>
- Real Decreto 2015/1978, de 15 de julio, por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas. Boletín Oficial del Estado. Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. nº. 206. 1978 Aug 29. p. 20172-4. [última consulta el 2013 Dec 27]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1978/08/29/pdfs/A20172-20174.pdf>
- Real Decreto 853/1993, de 4 de julio, sobre ejercicio de las funciones de Médico de Medicina General en el Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado. Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. nº. 156, 1993 Jul 01. p. 20049-51. [última consulta el 2013 Dec 27]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1993/07/01/pdfs/A20049-20051.pdf>

17. Directiva 93/16/CEE. Diario Oficial nº L 165 de 07/07/1993; 0001 -0024. Disponible en: http://europa.eu/legislation_summaries/other/l23021_es.htm
18. Real Decreto 931/1995. Boletín Oficial del Estado. Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. nº. 143. 1995 Jun 16. P. 18065-66. [última consulta el 2013 Dec 27]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1995/06/16/pdfs/A18065-18066.pdf>
19. Boletín Oficial del Estado. Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. nº. 205. 1998 Aug 27 [última consulta 2014 Mar 01]. p. 29232-35. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/RD_MFYC.pdf
20. Casado V, Basora J. Assessment of Clinical Skills for the Quality of Specialists in Family and Community Medicine (track discussion). *Ann Fam Med*. 2013;11(6):185-7. [Última consulta el 2013 Dec 27]. Disponible en <http://www.annfamem.org/content/11/2/185/reply>
21. Greco PJ, Eisenberg JM. Changing physicians. *N. Engl J Med*. 1993;329(17):1271-3.
22. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA*. 2002;287:226-234.
23. Grimshaw JM, Winkens RA, Shirran L, Cunningham C, Mayhew A, Thomas R et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Jul 20 [última consulta el 2013 Dec 27];(3):CD005471. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16034981>
24. Kringos DS, Boerma W, Hutchinson A, Van der Zee J, Groenewegen P. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research*. 2010 [última consulta el 2013 Dec 27];10:65. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-10-65>
25. Specialist Training in General Practice/Family Medicine – Dynamic Interactive Database [Internet]. European Academy of teachers in General Practice/Family Medicine. c2014. Disponible en: <http://www.euract.eu/resources/specialist-training>
26. Boletín Oficial del Estado. Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. nº. 119, Sección I. 2013 May 18. p. 36863-73. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2013/05/18/pdfs/BOE-A-2013-5218.pdf>
27. Boletín Oficial del Estado. Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. nº. 105. 2005 May 13. p. 15190-225. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/mediFamiliar07.pdf>
28. Casado V. La Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria: 4 Años, Suma y Sigue. *Atención Primaria*. 2005. 35 (extraordinario I) 5-38.
29. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). Casado V, et al. Family and Community Medicine Training Program, Barcelona: semFYC; 2006. Disponible en: http://www.semfy.com/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/programa-especialidad-ingles.pdf
30. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa Formativo de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. [última consulta el 2013 Dec 27]. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/formacion/docs/medifamiliar.pdf>
31. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (ES). Ley 44/2003 de 21 de Noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, Art.20. Libro del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/libroResidenteMedFamiliar.pdf>
32. Gonzalez B, Barber P. Oferta y Necesidad de Médicos especialistas en España (2006-2030). Palmas: Universidad de las Palmas de Gran Canaria; 2007 [última consulta el 2013 Dec 27]. Disponible en http://www.msc.es/novedades/docs/necesidadesEspeciales06_30.pdf
33. Terés J, Capdevilla JA, Nonell F, Cardellach F, Bundó M y Torres M. Formación troncal de las especialidades médicas: un reto del presente para una mejora del sistema sanitario. *Med Clin (Barc)*. 2006;127(4):139-44.
34. World Federation for Medical Education (WFME). Trilogía de la WFME. Estándares globales en Educación médica. Pregrado, postgrado y desarrollo profesional continuo. Educación médica. 2004;7(2).
35. Casado V. Troncalidad y medicina de familia. *Aten primaria*. 2009;41(4):179-80.
36. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (ES). Proyecto de Real Decreto por el que se regula la troncalidad y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en ciencias de la salud. [última consulta el 2013 Dec 27]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/normativa/docs/Rdecretotroncalidad.pdf>
37. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (ES). Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. BOE nº. 280. p. 41442-58. [última consulta el 2013 Dec 27]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>
38. Grupo de troncalidad del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la salud. La Troncalidad en las Especialidades Médicas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio de Ciencia e Innovación. Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la salud; 2008. No publicado. [última consulta el 2013 Dec 27]. Disponible en http://www.sect.es/datos/WEB/PDF/Educaci%C3%B3n_Pregado/La%20troncalidad%20en%20las%20especialidades%20m%C3%A9dicas%202008.pdf
39. Resolución de la Dirección General de Recursos Humanos y servicios económicos-presupuestarios, del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre la incorporación progresiva de una rotación en atención primaria de salud, en los programas formativos de determinadas especialidades sanitarias. 2006 Jun 15. Disponible en: <http://www.areasaludplascencia.es/wasp/pdfs/4/docs/41615.pdf>
40. Casado V, Bonal P, Cucalón JM, Serrano E, Suárez F. La medicina familiar y comunitaria y la universidad. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012;26(S):69-75.
41. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (ES). Ley 16/2003 de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE nº. 128. 2003 May 29. p. 20567-88. [última consulta el 2013 Dec 27]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2003-10715
42. Starfield B. Family Medicine Should Shape Reform, Not Vice Versa. *Family Practice Management*. 2009;16(4):6.

Reflexiones sobre la experiencia en el programa de residencia en Medicina Familiar y Comunitaria en España

Reflexões sobre a experiência no programa de residência em Medicina de Família e Comunidade na Espanha

Reflections on the experience in the Family and Community Medicine residency programme in Spain

Lourdes Luzón Oliver. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMSRJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. lourdesluzon@gmail.com (Autora correspondiente)
Verónica Casado Vicente. Centro de Salud Docente y Universitario Parquesol. Valladolid, Castilla y León, España. vcasadovicente@gmail.com

Resumen

En este artículo se relata la experiencia de una médica de familia a su paso por la Universidad, por el examen Médico Interno Residente (MIR) y por el programa de residencia en Medicina Familiar y Comunitaria, así como expectativas laborales, y su visión de futuro de la Atención Primaria.

Palabras clave:

Medicina Familiar y
Comunitaria
Internado y Residencia
Educación Médica

Resumo

Este artigo relata a experiência de uma médica de família em sua trajetória pela universidade, o exame Médico Interno Residente (MIR) e sua vivência no programa de residência em Medicina de Família e Comunidade, assim como as expectativas laborais e sua visão de futuro da Atenção Primária.

Palavras-chave:

Medicina de Família e
Comunidade
Internato e Residência
Educação Médica

Abstract

This article describes the experience of a family physician in her university trajectory, the Physician Internship Resident exam (MIR), and her experience in the Family and Community Medicine residence programme as well as the career prospects and her vision on the future of primary care.

Keywords:

Family Practice
Internship and Residency
Education, Medical

El paso por la facultad

Mi comienzo en la universidad, como la de todo universitario, fue un salto a lo desconocido. Con 18 años, preguntábamos a nuestros mayores su experiencia, y escuchábamos de todo, bueno, malo y regular. En mi caso fue un doble salto al vacío porque la Facultad de Medicina de Albacete en el año 1998 estaba abriendo sus puertas para sus primeros “conejiillos de indias”, con una metodología totalmente innovadora en España, basada en el “autoaprendizaje”, y en el estudio autodirigido e independiente. Todo esto fue un “shock” porque no esperábamos nada parecido, y sin duda sería un desafío para todos, decano, profesores, profesionales sanitarios, secretariado, alumnado y pacientes. Era un programa de gran envergadura basado en objetivos a cumplir y en competencias a adquirir. Lo que le diferenciaba de otras facultades era el abordaje integral de las asignaturas, el modelo de clases, desapareciendo el modelo antiguo pasivo de clases magistrales y sustituido por un modelo activo en el que los alumnos éramos los protagonistas, apoyados por el cuerpo de profesores; la elevada carga horaria práctica, el gran número de exámenes que realizábamos para reforzar conceptos, los exámenes ECOE (OSCE) desde el tercer año, y algunas otras novedades como el tener la asignatura de Atención Primaria durante el segundo año de carrera. Todo ello hacía de él un programa diferenciado a lo que había hasta ese momento en España.

Cómo citar: Luzon L, Casado V. Reflexiones sobre la experiencia en el programa de residencia en Medicina Familiar y Comunitaria en España. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(31):206-9. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(31\)908](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(31)908)

Financiación:

ninguna declarada.

Conflicto de intereses:

ninguno declarado.

Procedencia y revisión por pares:

encargado por el editor; no revisado por pares.

Claro que ese no fue mi primer contacto con la Atención Primaria, ya lo había tenido mucho tiempo atrás como usuaria ya que, en España, todos los pacientes, ricos y pobres, feos y guapos tenemos un médico de familia asignado desde el nacimiento hasta la muerte. Creo que es una gran ventaja contar con la asignatura desde el comienzo de la carrera, ya que antes de tener un conocimiento más focal de las diferentes especialidades pudimos percibir la dimensión de la AP para un país, aprendimos como está estructurado nuestro sistema de AP, comenzamos a discutir el concepto de salud de la OMS, implicación de determinantes sociales, empezamos a escuchar hablar de los atributos de la AP, de la longitudinalidad del cuidado. Cuando decidí estudiar medicina no me imaginaba siendo otra cosa que Médico de Familia, por la dimensión sociosanitaria de la especialidad, entre otras cosas. A lo largo de la carrera me fui apasionando por cada una de las especialidades, y cuando terminé percibí que me gustaba todo, y me reafirmé en mi idea inicial de no querer ser especialista de órganos sino de ser especialista en personas, saber de todo, ver al paciente desde otra perspectiva, quería atender enfermos no enfermedades.

El paso por el MIR (Médico Interno Residente)

Después de la facultad viene el examen “MIR”, que provocaba pánico en todo estudiante de medicina, sobre todo cuando iba llegando al final. Aquel momento recuerdo que era vivido como una especie de histeria colectiva. La presión era alta por parte de las universidades, que siempre quieren que sus alumnos obtengan los mejores puestos en la clasificación, de los familiares y por supuesto del propio alumno. Aunque tenía claro que quería escoger MF y que para eso no iba a tener dificultades por el número de plazas convocadas, que siempre es mucho mayor que del resto, los nervios estaban a flor de piel. Fueron 8 meses de estudio muy intensos para intentar demostrar lo mejor de nosotros mismos, con una alta competitividad. Pero mi duda siempre era ¿será que en esa prueba seremos capaces de demostrar no solo nuestros conocimientos como también potencialmente nuestras habilidades y cualidades como futuros profesionales? Ciertamente no. Es una prueba por un lado justa porque somete a todos los aspirantes al mismo tipo de prueba y con las mismas condiciones, pero por otro lado otorga demasiado peso a una única prueba, agotadora, de 5 horas de duración, y poco al trabajo desarrollado a lo largo de 6 años.

Obtenidos los resultados llegó el momento de escoger unidad docente (UD), ¿Cual sería mejor? ¿Qué ventajas me podrían ofrecer unas sobre otras? Comenzaba la búsqueda de informaciones de colegas y llamadas a diferentes UDD del país para obtener referencias. Finalmente me decidí por una que parecía tener bastantes años de experiencia, y me ofrecía una amplia gama de rotatorios fijos y optativos tanto internos como externos, que me conquistó. Mi principal duda era, entre otras, escoger una UD vinculada a un Hospital Terciario (que implicaba pacientes más complejos y posibilidad de rotatorios diferenciados) o un hospital menor (donde no existen residentes de otras especialidades y el residente de MFC es el protagonista de todo). Al final me decidí por la primera opción pero más por las características de la UD en sí, y porque además estaba localizada en una ciudad como Zaragoza.

El paso por la residencia

Fueron cuatro años muy intensos a nivel profesional y personal. Pasamos de estudiantes a ser profesionales en formación contratados, asumiendo una independencia financiera y progresivamente una autonomía también profesional. Normalmente las rotaciones eran de un mes (otorrinolaringología, ginecología, dermatología, cardiología...), aunque teníamos otras más diferenciadas como medicina interna o psiquiatría en las que estábamos 3 meses o radiología 2 meses.

Rotaciones, cursos, guardias infernales de 24 horas en urgencias, pediatría, traumatología, inicio en la participación de congresos, formación de estrechos vínculos personales y profesionales. A veces sobrevenía la sensación de estar prestando servicio a un menor coste, pero es cierto que la sensación asfixiante de un nudo en el estómago de las primeras guardias se iba transformando en experiencia y adquisición de habilidades. Pudimos conocer las interconexiones entre AP y niveles secundarios, a veces nos encontrábamos con “nuestros pacientes” cuando estábamos rotando en otros servicios, lo que agregaba la importancia de la coordinación del cuidado. Dio para conocer lo mejor y lo “mejorable” del sistema.

También hubo rotaciones “especiales” como Cuidados Paliativos, “Proyecto Hombre” y mi estancia en Brasil dos meses. En estas rotaciones no sólo aprendí a tratar enfermos de forma diferenciada sino que aprendí unos valores que difícilmente se encuentran en los libros. Y sin duda lo más enriquecedor fue mi paso por el centro de salud. Fui condicionada a cambiar de tutora durante el primer año, en el que había pasado mis primeros meses en el centro de salud. Esa indefinición temporal

hizo que durante unos meses estuviese más desvinculada del centro de salud, lo que me hizo perder algunas oportunidades de vínculo con la unidad. Finalmente cuando volví al centro me sentí como en casa. Mi tutora trabajaba en ese equipo desde hacía más de 10 años y tenía un gran conocimiento de sus pacientes. Fue fácil trabajar junto a ella y aprender de ella y con ella y con el resto de los profesionales que siempre ponían en común sus fortalezas y sus debilidades. El equipo de profesionales era fantástico, con ellos aprendí mucho más que las competencias descritas por el programa, aprendí a incluir la perspectiva de género en mi abordaje habitual y así como el manejo de competencias culturales o el análisis de casos enfocados en la seguridad del paciente, por ejemplo. Era un centro que escogí también por sus características poblaciones de exclusión social e inmigración, con una gran demanda asistencial en el que podíamos llegar a atender hasta 40-50 pacientes por día sin dejar de hacer avisos domiciliarios acompañando a nuestros pacientes hasta el fin, intentando ofrecer una muerte digna. Y no dejábamos de aportar el lado docente a nuestro trabajo cotidiano, a veces no tanto en las prisas de la consulta, pero sí llevándolo al programa prácticamente diario de sesiones clínicas, algunas más focales y sólo de médicos, y otras (una vez por semana) haciendo partícipes a todos los profesionales de la clínica.

Casi pasaron cinco años del término de mi especialidad y con el paso del tiempo tengo más claridad sobre la fortaleza y la potencialidad del programa. Infelizmente el nuevo programa se estaba implantando cuando yo inicié la residencia, por lo que hubo propuestas de las que, con mucha envidia hoy, no fui partícipe. Sin embargo dada la larga trayectoria de la especialidad en España, y de la UD que escogí puedo decir que participé de un programa sólido, claro y fuerte en el que se apostaba por formar médicos polivalentes.

Creo que es un programa que tiene mucho que aportar tanto por su estructura como por su contenido y que puede ser adaptado para programas de otros países con otras características. Tiene gran valor la diferenciación de unas competencias esenciales y otras transversales que se complementan, así como la definición de unos niveles de prioridad para que todos los residentes cumplan unos mínimos de formación comunes.

¿Y ahora qué?

Con el fin de la residencia viene la incertidumbre de la búsqueda de trabajo. Somos de los profesionales que más tarde iniciamos esta peregrinación tras 6 años de carrera, casi uno de preparación para el MIR, con suerte, y 4 o 5 años de especialidad. En ese momento la mayoría ya comienzan a tener sus vidas medio definidas, y ahí es cuando viene el problema.

Terminé la residencia con la crisis ya instaurada en España en 2009, con todo lo que se avecinaba para el SNS, y como siempre la más perjudicada sería la Atención Primaria. En Aragón donde me formé, se ofrecían contratos por días o por horas, este era el panorama. En otras regiones en ese momento la situación estaba algo mejor pero la realidad es que tristemente lo que se ofrece actualmente son contratos inestables, sujetos a la movilidad del profesional y la dificultad de establecer vínculo profesional y personal en una región determinada. Infelizmente nuestros gestores y políticos están en un momento en el que han borrado de sus mentes privilegiadas la eficiencia de un sistema con una AP estructurada y fuerte.

Creo firmemente que nuestra especialidad es una fuente de oportunidades para los locos que nos atrevemos a escogerla y para la sostenibilidad del SNS. Y a pesar del reconocimiento por colegas de profesión y por la propia sociedad, las instituciones competentes continúan bloqueando el ejercicio de competencias que serían más coste/efectivas si las realizaran los MF que los especialistas focales. Por tanto tenemos la obligación, no solo profesional sino también moral de continuar haciendo visible nuestro trabajo para colocar la especialidad en el lugar que se merece.

Mi "visión", es decir hacia dónde a mi me gustaría que fueran las cosas en mi país y todos los países es que a corto plazo se haya valorizado la Atención Primaria como función central de los sistemas sanitarios y, la Medicina Familiar y Comunitaria como disciplina, especialidad y profesión sanitaria, que su valor intrínseco y extrínseco coincidan porque las autoridades competentes lo han convertido en un objetivo claro y fundamental. Que finalmente se entienda que un sistema sanitario que no defiende la eficacia de nivel está abocado a la ineficiencia y a la inequidad, que un sistema sanitario viable es el que equilibra fuerzas y construye un sistema realmente integrado y coordinado desde la base, entre los profesionales, favoreciendo la coalición de especialistas con el objetivo final de mejorar la salud. Que se entienda que la Medicina Familiar y Comunitaria debe tener un papel nuclear en la formación de grado, en la troncalidad y en la formación especializada y que en un escenario de crisis, con un entorno de envejecimiento, cronicidad de procesos, alta demanda asistencial, costes crecientes, necesaria ambulatorización de los cuidados, los decisores políticos opten por hacer "gestión basada en la evidencia", eligiendo las estrategias más pertinentes y adoptando las medidas más coste/efectivas, por lo que financian adecuadamente

la AP, la trasladan poder para organizarse y colocan la atención primaria no sólo como la puerta de entrada de los sistemas sanitarios sino como función central del sistema. Y consideran, como no puede ser de otra manera, que una estrategia clave es apostar de forma clara por la formación en Medicina Familiar y Comunitaria tanto en el grado como en formación especializada, porque como decía Barbara Starfield “*la MFyC debe dar forma a la reforma y no al revés*”.

Nota da RBMFC: este artigo complementa e expande a compreensão sobre a formação em medicina de família e comunidade na Espanha, tema discutido mais detalhadamente no artigo “*Razones, retos y aportaciones del programa de la especialidad de medicina familiar y comunitaria en España*”. Desse modo, os leitores devem consultar o artigo mencionado para acessar a listagem de referências disponibilizada pelas autoras.

A “cadeia alimentar” no mercado da saúde: do *disease mongering* ao *doctor shopping*

The “food chain” in health market: from ‘disease mongering’ to ‘doctor shopping’

La “cadena alimentaria” en el mercado de salud: desde ‘disease mongering’ hasta ‘doctor shopping’

José Agostinho Santos. Unidade Local de Saúde Familiar Dunas. Lavra, Portugal. zeagostinho@hotmail.com (Autor correspondente)

Resumo

Nos anos mais recentes, têm surgido na literatura médica diferentes conceitos, tais como *disease mongering*, *selling sickness* e *doctor shopping*. Estes são três grandes fenômenos do atual mercado de saúde, que enfrenta o desafio de aumentar o lucro obtido intervindo em pessoas não doentes. Nesse sentido, têm se tornado notórias as inter-relações entre estes conceitos: o *disease mongering* alimenta um *selling sickness*, ao gerar o receio que impele a pessoa não doente à busca de uma tranquilização com procedimentos clínicos sem benefícios comprovados. A procura da prevenção ou do controle de alterações encontradas (que são normais, mas veiculadas como potencialmente patológicas) faz crescer um *doctor shopping*. Esta sequência estimuladora de um crescimento do consumo nada mais é do que uma autêntica *cadeia alimentar*. O médico de família e comunidade (MFC), enquanto advogado de defesa de seus pacientes, sentir-se-á envolvido pelo ímpeto de protegê-los de intervenções excessivas e inúteis, que iriam comprometer seu bem-estar biopsicossocial.

Abstract

In recent years, different concepts have emerged in the medical literature, such as *disease mongering*, *selling sickness* and *doctor shopping*. These are three major phenomena of the current healthcare market, which is facing the challenge of increasing its profit with healthy people. In this sense, the interrelationships between these concepts have made the news: *disease mongering* feeds *selling sickness*, generating fears that impel a healthy person to seek reassurance in clinical procedures with unproven benefits. This search for the prevention or control of casual body alterations (which are normal, but conveyed as possibly pathological) inflates *doctor shopping*. This enhancer sequence of consumption growth is nothing but an authentic *food chain*. General practitioners, as the defence lawyers of their patients, would feel taken by the need to protect them against excessive and unnecessary interventions that would compromise their biopsychosocial well-being.

Resumen

En los últimos años, han surgido en la literatura médica diferentes conceptos tales como *disease mongering*, *selling sickness* y *doctor shopping*. Se trata de tres fenómenos del actual mercado de salud que se enfrenta al reto de querer aumentar el beneficio económico, interviniendo en personas sanas. En este sentido, se han hecho visibles las relaciones entre estos conceptos: el *disease mongering* alimenta el *selling sickness*, generando un recelo que impulsa a la persona sana a buscar una tranquilidad en procedimientos clínicos que no han sido científicamente comprobados. La búsqueda de la prevención o del control de las alteraciones en la salud (que son normales pero han sido transmitidas como potencialmente patológicas) aumenta el *doctor shopping*. Sin embargo, esta secuencia que estimula el aumento del consumo no es más que una auténtica *cadena alimentaria*. El médico familiar y comunitario (MFC), como abogado defensor de sus pacientes, se sentirá envuelto por el ímpetu de protegerlos de intervenciones excesivas e innecesarias que pondrían en peligro su bienestar biopsicossocial.

Palavras-chave:

Qualidade de Vida
Setor de Assistência à Saúde
Mau Uso de Serviços de Saúde
Medicalização
Prevenção Quaternária

Keywords:

Quality of Life
Health Care Sector
Health Services Misuse
Medicalization
Quaternary Prevention

Palabras clave:

Calidad de Vida
Sector de Atención de Salud
Mal Uso de Servicios de Salud
Medicalización
Prevención Cuaternaria

Fonte de financiamento:
declara não haver.

Parecer CEP:
não se aplica.

Conflito de interesses:
declara não haver.

Recebido em: 23/11/2013.
Aprovado em: 17/12/2013.

Como citar: Santos JA. A “cadeia alimentar” no mercado da saúde: do *disease mongering* ao *doctor shopping*. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(31):210-2. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(31\)853](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(31)853)

Nos últimos anos, têm surgido na literatura médica diferentes expressões anglo-saxônicas correspondentes a fenômenos observados na dinâmica do mercado de saúde. Muitos clínicos conhecem bem estes conceitos, sendo capazes de reproduzir as suas definições. Os demais talvez não estejam tão familiarizados com as definições, mas convivem de perto com estes conceitos, com um maior ou menor *insight*.

Emergem então conceitos denominados *disease mongering*, *selling sickness* e *doctor shopping*. Estes são três grandes fenômenos deste mercado notoriamente lucrativo e que enfrenta agora o desafio de expansão exponencial a níveis nunca antes alcançados, segundo um simples princípio: o lucro obtido com as pessoas com patologias já é considerável, porém poderá ser talvez ainda maior se for abarcado o grupo das pessoas não doentes. E tudo acontece, paradoxalmente ou não, neste momento em que emergem correntes que apelam a uma medicina centrada na pessoa (pessoa enquanto ser humano único, bem mais do que um doente) em vez de uma medicina centrada no doente ou na doença.

O *disease mongering* tem uma tradução portuguesa grosseira para “comercializar a doença” e consiste neste fenômeno de fomentação de uma preocupação generalizada, indiscriminada e inadequada entre as pessoas da população geral, não doentes, sobre o eventual surgimento de uma doença que coloque em risco suas vidas ou sua qualidade de vida, elevando a necessidade de atitudes (lucrativas para terceiros) para reduzir esse risco. Estimulada por entidades com fins lucrativos, a intensa propaganda de indução desse receio consegue atingir também os médicos por meio de estratégias bem montadas (envolvendo, quiçá, opiniões de outros profissionais de saúde, chamados de *opinion leaders* ou formadores de opinião) que estreitam os limites do normal e alargam o que passa a ser considerado patológico, incentivando a medicalização.^{1,2} Na realidade, este estreitamento de limites nada mais é do que o *selling sickness* (venda da doença e do adoecimento) e consiste precisamente neste processo que envolve dois passos essenciais: o apontamento de alterações expectáveis e previsíveis que surgem de uma população que é mutável, diversa e variada (não sendo sempre imutável e padronizada) e posterior hipervalorização dessas variações como lesões patológicas e com necessidade de atuação (lucrativa para terceiros) para seu controle ou reversão.²

Finalmente, o *doctor shopping* constitui este circuito de procura de múltiplas consultas médicas (frequentemente da mesma especialidade médica), retentora de múltiplas “segundas opiniões”, de múltiplas prescrições farmacológicas e de realização de incontáveis exames complementares. Tradicionalmente, o *doctor shopping* era exercido por pacientes que procuravam as prescrições extra de alguns fármacos (nomeadamente opiáceos), omitindo aos seus médicos as consultas e os percursos anteriores,³ porém tendo a saúde se tornado um bem de consumo, parece que este conceito necessita ser ampliado a todo um cenário em que as pessoas são induzidas a pensar que possuem problemas de saúde ou, se já os tem, a pensar que tais problemas são mais sérios e que elas próprias são mais vulneráveis do que de fato são. Isso promove a procura por inúmeras consultas (a maioria em instituições de saúde privadas), buscando uma tranquilização não tanto com as prescrições, mas sim com diversas abordagens.⁴ Entre as múltiplas abordagens, desenrolam-se a realização e a interpretação de vários exames complementares que, por sua vez, sinalizam alterações inespecíficas ou falsos positivos. Esse processo resulta em outra sequência de meios complementares e de consultas específicas de outras áreas, algo que, retroativamente, estimula o gatilho de início desse trajeto (também lucrativo para terceiros).⁵

Procedendo assim à identificação destes fenômenos de forma isolada, rotulando-os com esta conjugação de duas palavras que em tudo se assemelha à identificação de uma espécie de ser vivo (apenas diferindo no ponto em que não é usado o latim), têm-se tornado notórias as inter-relações entre estes conceitos, cada um deles como se fosse uma *espécie* de acontecimento tão vivo quão atual. De fato, o *disease mongering* alimenta um *selling sickness*, ao gerar o receio que impele a pessoa não doente à busca de uma tranquilização com procedimentos clínicos sem benefícios comprovados. Identificadas alterações sem valor concreto, estas são embrulhadas com papel ansiogênico de dissimulada importância, vendendo-se o adoecimento (vivência de doença). A procura da prevenção ou do controle de tais alterações (normais, mas veiculadas como potencialmente patológicas) faz crescer um *doctor shopping*. Ora, esta sequência estimuladora de um crescimento nada mais é do que uma autêntica cadeia alimentar, tal como as cadeias observadas no âmbito da biologia.

Se fosse permitida a aplicação de uma linguagem zoológica, o *disease mongering* e o *selling sickness* seriam produtores e o *doctor shopping* seria o consumidor. Nesta mesma analogia, os *biólogos* seriam certamente os especialistas em Medicina de Família e Comunidade (MFC). Na verdade, alguns dos nomes mais reconhecidos por suas contribuições na descrição destes fenômenos são Marc Jamouille, Juan Gervas e Iona Heath, todos eles médicos de família. Entender-se-á facilmente que tal não ocorre por acaso, sobretudo se for lembrado que a clara maioria das pessoas sem doença é observada e acompanhada pelos seus médicos de família. São estas pessoas as mesmas sequestradas pelo *disease mongering* e pelo *selling sickness*, assaltadas pelos receios e mitos e que tantas vezes regressam de forma intranquila ao consultório do seu médico de família.

Serão, portanto, os médicos de família estes *biólogos* que observarão de forma mais direta estas movimentações ativas, motivados a descrevê-las. Porém, mais do que descrever, o médico de família, enquanto dotado de estatuto reconhecido pela WONCA como advogado de defesa do seu paciente,⁶ sentir-se-á envolvido pelo ímpeto de salvaguardar a integridade da pessoa e de a proteger contra intervenções tão excessivas quanto inúteis que iriam comprometer o seu bem-estar biopsicossocial. Esse é o exercício da prevenção quaternária, estratégia baseada na evidência científica e que visa estabelecer o equilíbrio neste *ecossistema*, impedindo o comprometimento dos cuidados integrados à pessoa num âmbito holístico e atendendo a todas as dimensões dessa pessoa. Fazem parte deste *ecossistema* tanto médicos como pacientes e, por isso, desequilibrá-lo significa elevar o risco clínico.

Será, talvez, absolutamente fundamental integrar estes conceitos de forma contundente nos cursos de graduação e pós-graduação de MFC, assim como de outras especialidades médicas, em disciplinas como a Medicina Preventiva ou em cursos de medicina baseada em evidência. Ademais, será igualmente importante discutir e realçar de forma precoce na graduação médica a dominância atual da medicalização da história natural do indivíduo desde o seu nascimento e dos comportamentos sociais.⁷ A medicalização consiste em outro fenômeno que, embora convergente e sinérgico, transcende o *disease mongering*, *selling sickness* ou *doctor shopping*, atingindo a própria produção do conhecimento médico. Isto é especialmente notado para as especialidades médicas focais, mas poderá afetar inclusive, sobremaneira e inevitavelmente, o saber da própria Medicina de Família e Comunidade, tornando mais difícil a isenção e a resistência aos três fenômenos citados. É reconhecido que os próprios profissionais médicos têm historicamente participado desse movimento medicalizador, o que impõe um desafio ético e epistemológico ao médico de família e comunidade: reverter esse papel de medicalização ativa, destacando a sua atividade profissional de qualquer outra especialidade. Exercer a prevenção quaternária é, portanto, mais do que uma estratégia. É uma atitude clínica tão obrigatória para a construção de uma identidade enquanto médico de família, quanto complexa nesta cultura geral das pessoas que, sendo vítimas deste processo mais amplo de medicalização da vida, vêm aumentar a sua insegurança e a sua crença na tecnologia diagnóstica, terapêutica e preventiva, dificultando a aquisição do equilíbrio no citado *ecossistema*.

Finalmente, o autor sugere que poderia haver medidas governamentais que apoiassem inequivocamente uma massificação de medidas 'quaternariamente preventivas' que vão muito além das diretrizes clínicas. Especificamente para a MFC, seriam medidas que preservassem a sua identidade própria e que eliminassem alguns indicadores de avaliação de desempenho profissional com raiz meramente quantitativa. Em um mercado de saúde tão lucrativo e certamente poderoso, tal massificação constituirá um verdadeiro desafio.

Referências

1. Melo M. A promoção da doença. A quem interessa? Rev Port Clin Geral. 2007;23:361-4.
2. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. BMJ. 2002;324:886-91. PMID:11950740 PMCID:PMC1122833. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.324.7342.886>
3. McDonald DC, Carlson KE. Estimating the prevalence of opioid diversion by "Doctor Shoppers" in the United States. PLoS One. 2013;8(7):e69241 PMID:23874923 PMCID:PMC3714248. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0069241>
4. Sansone RA, Sansone LA. Doctor Shopping: a phenomenon of many themes. Innov Clin Neurosci. 2012;9(11-12):42-6. PMID:23346518. Disponível em: <http://innovationscns.com/doctor-shopping-a-phenomenon-of-many-themes/>.
5. Melo M. A prevenção quaternária contra os excessos da Medicina. Rev Port Clin Geral. 2007;23(3):289-93. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=10361>.
6. World Organization of Family Doctors (Wonca Europa). A definição europeia de Medicina Geral e Familiar(Clinica Geral / Medicina Familiar). Portugal: Wonca Europa; 2002. p. 6-14. Disponível em: <http://www.woncaeurope.org/content/portugal-defini%C3%A7%C3%A3o-europeia-de-medicina-geral-e-familiar-cl%C3%ADnica-geral-medicina-familiar>.
7. Gérvas J, Pérez Fernández M. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. Gac Sanit. 2006;20(Suppl 3):66-71. PMID:17433203. <http://dx.doi.org/10.1157/13101092>

Complicação de abscesso hepático em criança ribeirinha poliparasitada: um relato de caso e discussão sobre as condições de saneamento e acesso à saúde dessa população

Complication of liver abscess in a riverside child with polyparasitism: a case report and discussion about the sanitation conditions and health care access of this population

Complicación del absceso hepático en niña ribereña con poliparasitismo: un relato de un caso y discusión sobre las condiciones de saneamiento y el acceso a servicios de salud de esta población

Sandro Henrique de Souza Dantas Oliveira. Universidade Federal do Pará (UFPA). Belém, PA, Brasil. shsdomed@yahoo.com.br (Autor correspondente)
Lorena Margalho Sousa. Universidade Federal do Pará (UFPA). Belém, PA, Brasil. lorenasousa36@yahoo.com.br
Jean Karlos Costa Brasil. Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB). Belém, PA, Brasil. jeanbrasilbrasil@yahoo.com.br
Carla Andréa Avelar Pires. Universidade Federal do Pará (UFPA). Belém, PA, Brasil. carlaavelarpires@gmail.com

Resumo

A falta de saneamento básico e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde favorecem o poliparasitismo, contribuindo para retardo no desenvolvimento cognitivo e físico de crianças ou evolução com complicações que colocam em risco sua saúde. Relata-se aqui uma complicação de abscesso hepático em criança de três anos, poliparasitada, proveniente de comunidade ribeirinha, e discute-se sobre as condições de saneamento e acesso à saúde dessa população. Os dados foram obtidos junto à equipe multiprofissional envolvida durante a internação, ao prontuário e familiares. Dados da literatura são compatíveis com o relato ao mostrarem que, apesar das medidas de ampliação do acesso à saúde via fluvial e da melhoria sanitária em algumas comunidades, ainda há locais desassistidos pelo poder público, sendo necessária a realização de mais estudos para o conhecimento do perfil dessa população e a implantação de políticas públicas que visem melhorar a qualidade de vida, com menores custos em longo prazo.

Abstract

The lack of sanitation and poor access to health services favor polyparasitism, contributing to delayed cognitive and physical development of children or evolution to complications that endanger their health. This study reports a complication of liver abscess in a three-years-old child with polyparasitism from a riverside community, and discusses the sanitation conditions and health care access of this population. During the child's hospitalization, data were obtained from the multidisciplinary team, medical records, and the family. Literature data are consistent with this report showing that, despite the measures taken to increase access to health care, communities underserved by the local government still exist. Further studies to know the profile of this population and the implementation of public policies aiming to improve the quality of life with lower costs in the long term, are still necessary.

Resumen

La falta de saneamiento básico y las dificultades en el acceso a los servicios de salud favorecen el poliparasitismo, contribuyendo al retraso en el desarrollo cognitivo y físico de los niños, o bien a su evolución, con complicaciones que ponen en peligro su salud. Se presenta aquí una complicación de absceso hepático en una niña de tres años con poliparasitismo desde una comunidad ribereña, y se discute acerca de las condiciones de saneamiento y acceso a los servicios de salud de esta población. Los datos se obtuvieron junto al equipo multidisciplinario participante durante la hospitalización, de los registros médicos y de los familiares. Los datos de la literatura son compatibles con el caso y muestran, que aunque haya mejoras en el acceso a los servicios de salud en algunas comunidades, todavía quedan comunidades desatendidas por el gobierno, lo que exige más estudios para conocer el perfil de esta población y implementar políticas públicas que mejoren la calidad de vida, con menores costos y a largo plazo.

Palavras-chave:

Enteropatias Parasitárias
Abscesso Hepático Amebiano
Atenção Primária à Saúde
Vigilância Sanitária

Keywords:

Intestinal Diseases, Parasitic
Liver Abscess, Amebic
Primary Health Care
Health Surveillance

Palabras clave:

Parasitosis Intestinales
Absceso Hepático Amebiano
Atención Primaria de Salud
Vigilancia Sanitaria

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
HUJBB nº 440.508.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Recebido em: 24/10/2012.
Aprovado em: 17/11/2013.

Como citar: Oliveira SHSD, Sousa LM, Brasil JKC, Pires CAA. Complicação de abscesso hepático em criança ribeirinha poliparasitada: um relato de caso e discussão sobre as condições de saneamento e acesso à saúde dessa população. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(31):213-8. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(31\)656](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(31)656)

Introdução

As doenças infecciosas e parasitárias são consideradas problemas de saúde pública em que condições de saneamento inadequadas, associadas ao baixo nível socioeconômico e educacional, favorecem a transmissão e permanência do ciclo de vida dos parasitas.^{1,2}

População ribeirinha é aquela que vive às margens de rios e deles retira seu sustento, apresentando relação de subsistência.³ Geralmente associada à baixa condição socioeconômica e sem acesso às condições sanitárias mínimas, é uma das mais susceptíveis às parasitoses intestinais.⁴ Embora os adultos possam ser portadores assintomáticos, as crianças, pela imaturidade imunológica e exposição às fontes de contaminação, são as mais propensas às complicações por infestação e invasão parasitária.⁵

As parasitoses intestinais podem ser diagnosticadas a partir de exame parasitológico das fezes, que evidencia os ovos de larvas e/ou cistos de protozoários. O tratamento consiste no uso de antiparasitários, em esquemas de dose única ou até 10 dias, associados à melhora das condições de saneamento para bloquear o ciclo de transmissão e, conseqüentemente, o risco de reinfecção.⁶ A transmissão se dá pela via oral por meio da ingestão de alimentos vegetais não lavados, água não tratada e contato com solo contaminado. A sintomatologia mais observada é a diarreia aquosa aguda, que pode ser persistente ou intermitente, com dor abdominal e sintomas inespecíficos.⁷

A deficiência no fornecimento de serviços de esgoto e água, além da dificuldade de acesso à saúde mantém a exposição continuada dessas crianças aos fatores de risco para parasitoses,⁸ favorecendo o atraso de seu desenvolvimento físico, cognitivo e nutricional, podendo evoluir para complicações como prolapso retal, obstrução intestinal, formação de abscessos intestinais e hepáticos.^{1,4,5}

Relata-se aqui a complicação de parasitose intestinal em criança ribeirinha poliparasitada com necessidade de conduta cirúrgica e internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com o objetivo de discutir sobre a situação atual das populações ribeirinhas no que tange ao acesso à saúde e aos serviços públicos de saneamento, a fim de ressaltar a sua importância na prevenção, busca e tratamento de parasitoses intestinais em nível de atendimento primário.

O relato de caso foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário João de Barros Barreto da Universidade Federal do Pará sob o número 440.508, CAAE 18393513.7.0000.0017. As informações foram obtidas dos cirurgiões e do restante da equipe de saúde envolvida, além de dados do prontuário da paciente. A anamnese e condições socioculturais foram obtidas diretamente do responsável. Não houve nenhum tipo de auxílio financeiro ou conflito de interesses para o presente estudo.

Detalhamento do caso

A criança E.S.M., 3 anos, sexo feminino, era residente da região ribeirinha do município de Oeiras do Pará. A anamnese foi obtida de seu pai, 34 anos, pescador. Nos 15 dias anteriores à internação, E.S.M. apresentou febre e mal-estar recorrentes com episódios de vômitos e diarreia, sem sangue ou muco. Os pais ofereceram empiricamente diclofenaco e realizaram “cura de garganta” com azeite de andiroba. Depois de cerca de 10 dias, com a piora do quadro, procurou-se atendimento médico em hospital do município, foi sugerida a hipótese diagnóstica de Calazar e a paciente foi encaminhada ao hospital da capital, no qual evoluiu com piora do desconforto respiratório, íleo paralítico e presença de circulação colateral abdominal.

Não havia muitas informações pré-natais e do primeiro ano, pois quem cuidava era a mãe, visto que o pai era o mantenedor familiar. Deixou de realizar as vacinas após o falecimento da mãe, há dois anos, por complicações do parto. Antes dos seis meses de idade já consumia leite de vaca, tendo dieta rica em carboidratos simples, proteínas, pobre em frutas e vegetais.

Residia em casa de madeira com dois cômodos, à beira do rio, que abrigava mais sete pessoas (pai, madrasta e cinco irmãos), sem acesso a saneamento, com água para consumo retirada do rio. Os dejetos eram eliminados nos arredores da residência. Os responsáveis eram o pai (pescador) e a madrasta (do lar), ambos com ensino fundamental incompleto. Sobre o acesso aos serviços de saúde, foi relatado que recebiam uma vez por mês a visita de agente comunitária de saúde (ACS), que lhes fornecia hipoclorito de sódio para tratamento de água, mas que terminava antes da visita seguinte, passando assim os membros da família a consumirem água sem tratamento. O estado nutricional da criança mostrava peso normal para a idade (13,7 Kg; $-2 < Z < 0$) e estatura baixa para a idade (87 cm; $-3 < Z < -2$).

Foi indicada laparotomia exploratória dois dias após a internação pelo diagnóstico de pneumoperitônio (Figura 1). Os achados intraoperatórios estão dispostos nas Figuras 2 e 3. Diagnóstico pós-operatório de abscesso hepático com fístula hepática colônica, perfuração de cólon ascendente e transverso e ileostomia. Durante o procedimento, apresentou parada cardiorrespiratória reversível. Encaminhada à UTI com clínica de sepse grave, em ventilação mecânica, foram utilizados adrenalina, dopamina, metronidazol e cefepime, substituídos posteriormente por vancomicina, imipenem e linezolida. No 8º dia do pós-operatório foi submetida a uma relaparotomia por evisceração. Depois de 30 dias de internação hospitalar, sendo 28 dias em UTI, a criança evoluiu com parada cardiorrespiratória refratária. Constatou-se óbito por choque séptico por abdome agudo, por abscesso hepático decorrente de parasitose intestinal. Exames sorológicos descartaram Calazar.

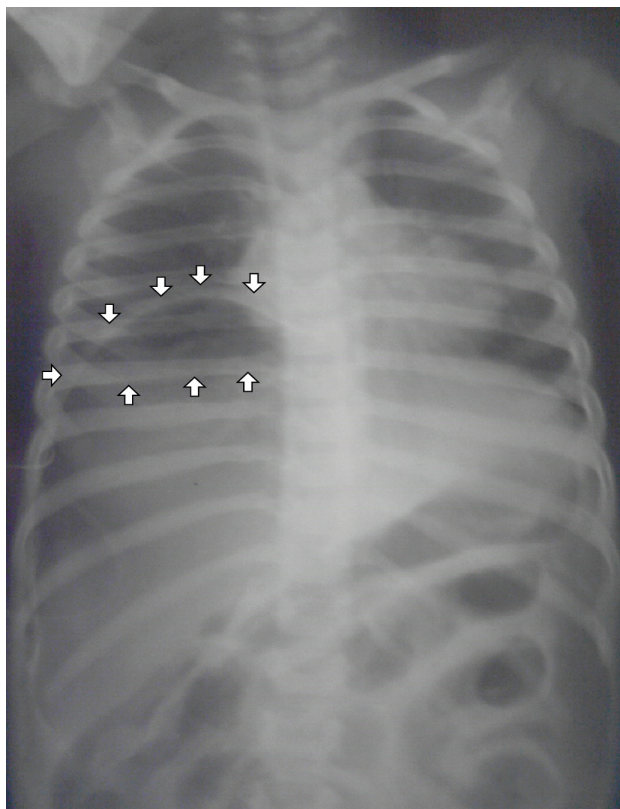


Figura 1. Radiografia abdominal AP. Evidência de ar entre hemicúpula diafragmática direita e fígado (setas) indicando pneumoperitônio. Fonte: Prontuário.



Figura 2. Campo cirúrgico exibindo grande área de necrose e leito do abscesso (setas) em lobo hepático direito. Fonte: Fotografia dos autores.

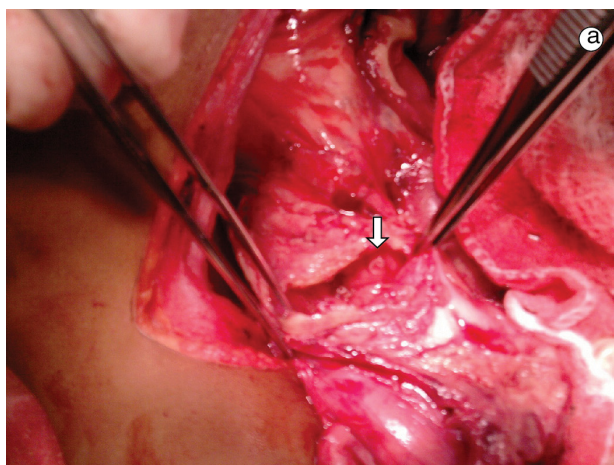


Figura 3. Perfuração em cólon ascendente com larvas de áscaris (seta branca) (a). Ascaris obtidos da cavidade abdominal (b). Fonte: Fotografia dos autores.

Discussão

No Brasil, as populações do campo e da floresta representam 19% da população geral.⁹ As dificuldades de acesso dos ribeirinhos aos serviços públicos básicos como saneamento, saúde e educação é conhecida na literatura^{8,10} e justificada, em grande parte, pela imensidão geográfica dos rios da Amazônia com seus labirintos fluviais e sua dispersão populacional.^{9,11}

Em 2010,¹² Oeiras do Pará apresentava 60% da população no ambiente rural, cerca de 90% dos domicílios rurais com saneamento inadequado; 12 estabelecimentos públicos de saúde, porém apenas 4 com atendimento médico, sem leitos de internação.

O papel cultural de provedor do homem e a responsabilidade feminina com os filhos, bastante forte em famílias rurais patriarcais, são percebidos na omissão da vacinação da criança após o falecimento da mãe, porque o pai não podia deixar de trabalhar e de garantir o sustento para si e seus outros dependentes. A ida ao centro urbano em busca de atendimento significa perda de dia de trabalho e necessidade de se afastar do convívio familiar.³ Essa preocupação foi observada durante a entrevista em que, apesar da condição grave da criança e do prognóstico reservado, o pai encontrava-se apreensivo se o restante da família estaria bem em sua ausência.

O baixo nível educacional é fator de risco para infecções parasitárias,³ principalmente pelo desconhecimento de medidas preventivas, de sinais de gravidade e de direitos fundamentais - que lhes deveriam ser garantidos e cobrados de seus governantes - que não são cumpridos em sua plenitude. A baixa escolaridade dos pais é acompanhada de atividades de baixa remuneração, ou voltadas para a subsistência, o que, associado ao grande número de filhos e à baixa perspectiva de acesso à educação, gera tendência à perpetuação da condição socioeconômica dessa população, mantendo-a sob risco de patologias características.

Há diferenças nas motivações de busca de atendimento médico por populações urbanas e rurais. Enquanto a primeira gira em torno de exames de rotina e prevenção, a segunda somente procura auxílio após a doença já instalada ou agravada.^{3,9} A prática popular de saúde, como chás, benzeduras, “curas de garganta”, e a crença de que essas formas de tratamento são mais efetivas do que os tratamentos convencionais oferecidos por entidades oficiais, são fatores que retardam a busca por atendimento profissional,¹³ sendo a primeira estratégia de tratamento utilizada, muitas vezes como forma de evitar o desgaste durante o acesso ao serviço de saúde, não apenas em relação à distância,¹⁰ mas à demora para se conseguir consulta, falta de remédios e desconhecimento de seus direitos,^{3,13} favorecendo o abandono do tratamento e do acompanhamento profissional.¹⁴

Nem todas as parasitoses evoluem para complicações, mas características individuais tornam algumas pessoas mais susceptíveis que outras e, em se tratando da população pediátrica, um dos principais fatores é o nutricional. Pela avaliação antropométrica, pode-se inferir que a criança já vinha sofrendo agravo crônico com possível comprometimento patológico de sua estatura. Estudo de avaliação nutricional de crianças ribeirinhas¹⁵ confirma esse achado ao mostrar que 91% apresentava peso adequado para a idade, mas um terço possuía baixa estatura.

Entre os poucos estudos com ribeirinhos paraenses, observou-se que 59,4% das crianças apresentavam estado de saúde ruim, sendo que 94% haviam tido alguma intercorrência nos 30 dias anteriores à entrevista. A presença de casa própria foi tida como fator de risco para saúde ruim, por representar maior tempo de exposição dessas crianças às condições inadequadas de saneamento.¹³ A maioria apresentava alguma queixa clínica, geralmente semelhante, porém de intensidade variada, mostrando que algum fator em comum a elas era fonte do desequilíbrio de sua homeostase, fosse esse fator ambiental e/ou socioeconômico.

Estudo com população ribeirinha pediátrica mostrou prevalência de 83% de parasitismo intestinal, sendo que 30% corresponderam ao poliparasitismo, com mais da metade por infecções associadas de helminto com protozoário.¹⁰ Assim como no presente relato, outras crianças vivendo nas mesmas condições podem estar sujeitas ao poliparasitismo e sob o mesmo risco de evoluir para complicações potencialmente fatais ou que prejudiquem seu crescimento e desenvolvimento futuros.

Os fatores de risco para parasitoses intestinais em crianças de assentamentos rurais são ratificados pela baixa escolaridade dos pais, grande número de habitantes por domicílio e consumo de água sem tratamento¹⁶. Percebe-se que o acesso às medicações e tratamento médico não serão efetivos caso não seja interrompido o ciclo de transmissão dos parasitas por meio de políticas públicas que visem a melhoria da educação e das condições de saneamento dessa população.¹⁷

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabeleceu dois meios de levar a saúde às populações ribeirinhas: a Equipe de Saúde da Família Fluvial e a Unidade Básica de Saúde Fluvial.¹⁸ Apenas a primeira foi relatada no caso, presente na figura do ACS. É importante frisar a qualidade desse atendimento. Medidas básicas de tratamento de água e despejo de

excretas eram desconhecidas pelo pai da criança durante a entrevista. Uma visita por mês, em localidades tão distantes, talvez não seja suficiente ou não esteja sendo efetiva para educar essas famílias, muitas vezes limitadas pela baixa escolaridade. Torna-se importante aumentar a área de abrangência desse serviço às comunidades que ainda não o possuem e fiscalizar o cumprimento de suas ações, pois percebeu-se¹⁹ que em algumas comunidades que recebem atendimento fluvial - grande parte de caráter filantrópico - este possui periodicidade irregular, o que prejudica o acompanhamento longitudinal.

O Plano Nacional de Saneamento Básico (Plansab) da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) objetiva a universalização do acesso às ações de saneamento nas áreas rurais, incluindo o abastecimento de água, manejo de resíduos sólidos, educação e mobilização social, com metas em curto prazo até 2015.² As comunidades que receberam o Plansab apresentaram melhora dos parâmetros de saúde, educação e conscientização dos moradores na busca por seus direitos.⁸

O custo para implantação de saneamento é inferior, em longo prazo, ao gasto anual com o tratamento de doenças decorrentes de ausência de infraestrutura. Atualmente, 65% das internações de crianças menores de 10 anos são provocadas pela inexistência de esgoto e água tratada, sendo estas vítimas de parasitoses intestinais e diarreias.² O presente relato de caso é mais um exemplo que poderia ter sido evitado, ou minimizado, com medidas sanitárias, acompanhamento mais eficiente da equipe de saúde da família na orientação sobre prevenção e promoção à saúde e identificação de crianças em situação de risco para poliparasitismo e complicações.

Conclusão

Apesar dos avanços alcançados por programas de acesso ao saneamento e saúde à população rural, esta realidade ainda não é unânime. É importante a realização de mais estudos para avaliação do perfil ribeirinho de acesso aos serviços públicos nos diferentes municípios do Estado do Pará, que ainda são escassos, a fim de identificar quais regiões estão mais carentes e, assim, guiar a realização de políticas públicas que visem o acesso dessas populações ao saneamento, à educação, à nutrição adequada e à Atenção Primária à Saúde, objetivando não somente evitar complicações para a saúde dessas populações em curto prazo, mas também reduzir em longo prazo os altos custos com internação e procedimentos de alta complexidade para patologias tratáveis na atenção primária.

Referências

1. Biasi LA, Tacca JA, Navarini M, Belusso R, Nardino A, Santolin JC, et al. Prevalência de enteroparasitoses em crianças de entidade assistencial de Erechim/RS. *Perspect* [Internet]. 2010 Mar [2010 Aug 10];34(125):173-9. Disponível em: http://www.uricer.edu.br/new/site/pdfs/perspectiva/125_85.pdf.
2. Ministério da Saúde (BR), Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Boletim Informativo: saneamento rural [Internet]. 2011 Dec [acesso em 2012 Aug 11];(10). Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/blt_san_rural.pdf
3. Prosenewicz I, Lippi UG. Acessado aos serviços de saúde, condições de saúde e exposição aos fatores de risco: percepção dos pescadores ribeirinhos do Rio Machado de Ji-Paraná, RO. *Saúde Soc.* 2012;21(1):219-231. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000100021>
4. Silva EF, Silva EB, Almeida KS, Sousa JJN, Freitas FLC. Enteroparasitoses em crianças de áreas rurais do município de Coari, Amazonas, Brasil. *Rev Patol Trop* [Internet]. 2009 [acesso em 2012 Sep 10];38(1):35-43. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/iptsp/article/view/6219>
5. Melo EM, Ferraz FN, Aleixo DL. Importância do estudo da prevalência de parasitos intestinais de crianças em idade escolar. *SaBios: Rev Saúde SaBios: Rev Saúde Biol* [Internet]. 2010 [acesso em 2012 Sep 15];5(1):43-7. Disponível em: <http://revista.grupointegrado.br/revista/index.php/sabios2/article/view/546/303>
6. Neves DP, Melo AL, Linardi PM, Vitor RWA. *Parasitologia humana*. 11ª ed. São Paulo: Atheneu; 2005.
7. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Abordagem das Parasitoses Intestinais mais Prevalentes na Infância [Internet]. São Paulo: Associação Médica Brasileira: Conselho Federal de Medicina; 2009 Nov [acesso 2012 Apr 12]. (Projeto Diretrizes, vol. 8). Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/8_volume/01-abordagem.pdf
8. Ferreira PRC, Castilho SR, Pantoja EG, Nascimento F, Lemos RS. Educação ambiental em municípios marajoaras e regiões periféricas e ribeirinhas de uma capital amazônica: pesquisa e extensão na caracterização situacional [abstract]. In: 6º Encontro Nacional da Anppas; 2012 Sep 18-21; Belém, Pará. Disponível em: <http://www.anppas.org.br/encontro6/anais/ARQUIVOS/GT100-509-666-20120627222824.pdf>.
9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política nacional de saúde integral das populações do campo e da floresta. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2008 acesso em 2012 Aug 10. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/dab/images/stories/Documentos/cer/PNSIPCF_Revisada_CIT_19_11_2008.pdf.

10. Santos FS, Gama ASM, Fernandes AB, Reis JDD Jr, Guimarães J. Prevalência de enteroparasitismo em crianças de comunidades ribeirinhas do Município de Coari, no médio Solimões, Amazonas, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saud*. 2010;1(4):23-28. <http://dx.doi.org/10.5123/S2176-62232010000400004>.
11. Lima PL. Ribeirinhos pedem retorno da saúde dos rios [Internet]. Santarém: Rede Mococonga; 2013 [acesso em 2013 May 20]. Disponível em: <http://redemococonga.org.br/2013/04/22/ribeirinhos-pedem-retorno-da-saude-nos-rios/>.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2010: Oeiras do Pará. Rio de Janeiro: IBGE [Internet]. 2010 [acesso em 2013 May 20]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
13. Silva AS, Moura EC. Determinantes do estado de saúde de crianças ribeirinhas menores de dois anos de idade do Estado do Pará, Brasil: um estudo transversal. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(2):273-285. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200007>
14. Almeida LCS, Castro RFM, Camargo LMA. Inadequação do Sistema Único de Saúde na atenção à saúde de populações isoladas geograficamente: o exemplo de um morador ribeirinho da Amazônia Ocidental. *Rev Bras Pesqui Saúde* [Internet]. 2009 [acesso em 2012 Aug 10];11(1):61-7. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/450/314>
15. Costa LS, Amaral EC, Carneiro LMA, Conceição LKM, Dias, RM, Frazão AGF, et al. Projeto promovendo saúde dos ribeirinhos [abstract]. In: 2º Jornada de Extensão e 1ª Jornada de Pesquisa; 2009 Sep 29-30; Belém, Pará. Disponível em: http://www.ufpa.br/ics/joexpe/arquivos/2009/anais_nutricao/10N2009.pdf
16. Rocha RAP, Págio RB, Miranda AEB, Pereira EFL, Maciel ELN. Determinantes das parasitoses intestinais em população infantil de assentamentos rurais do município de Alegre, ES. *Rev Bras Pesqui Saúde* [Internet]. 2012 [acesso em 2013 Jan 2013];14(1):26-35. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/3406/2667>
17. Cantuária FD, Cocco J, Bento RRL, Ribeiro F. Avaliação de parasitoses intestinais em escolares do ensino fundamental no município de Coração de Jesus em Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Anal Clin* [Internet]. 2011 [acesso em 2012 Aug 14];43(4):277-83. Disponível em: <http://www.sbac.org.br/pt/conteudos/rbac>
18. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. PNAB: Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 2013 Jul 03]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.
19. Bolzan LC, Neves PC. Acessado e acolhimento: a ouvidoria mais perto do cidadão. In: 5º Congresso Consad de Gestão Pública; 2012 Jun 4-6; Brasília, Distrito Federal. Disponível em: HYPERLINK "http://consadnacional.org.br/wp-content/uploads/2013/05/109-ACESSO-E-ACOLHIMENTO-A-OUIDORIA-MAIS-PERTO-DO-CIDAD%C3%83O.pdf" <http://consadnacional.org.br>

Acolhimento com classificação de risco para a Estratégia Saúde da Família : a prática em uma unidade docente-assistencial

Embracement with risk classification for the Family Health Strategy: the practice in a teaching health care centre

Acogimiento con calificación de riesgo para la Estrategia de Salud Familiar: la práctica en un servicio docente-asistencial

Alessandro da Silva Scholze. Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). Itajaí, SC, Brasil. alescholze@gmail.com (Autor correspondente)

Resumo

O acolhimento é visto, concomitantemente, como tecnologia do encontro, criando redes de conversações para resgatar um enfoque centrado no usuário, e como ação técnico-assistencial para reorganizar os processos de trabalho. Neste artigo, apresenta-se uma reflexão teórica sobre as possibilidades de empregar formas de Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) na Estratégia Saúde da Família (ESF), a partir da descrição de sua implantação no processo de trabalho de três equipes da ESF que atuam em uma mesma Unidade de Saúde (US) em Itajaí-SC. A construção coletiva de novos fluxos de atenção e instrumentos auxiliares para a classificação de risco pode ser empregada para qualificar o serviço segundo os princípios da equidade e integralidade. As limitações do processo devem ser identificadas e discutidas como parte de constante reavaliação e reajuste no processo de trabalho. O ACR mostrou-se um desafio e uma possibilidade de avanço no sentido da humanização pela horizontalização das relações e busca de corresponsabilização tanto no interior das ESF como nos contatos destas com os usuários.

Abstract

User Embracement is conceived as a technology to establish network relations and rescue a user oriented approach on health services, at the same time that it develops actions towards the reorganization of the working processes of health professionals. This article presents a theoretical reflection regarding the possibility of applying an Embracement Health Risk Classification Tool (EHRC-tool) for the Family Health Strategy (FHS), by describing its implementation in the working process of three family health teams working at the same health centre in Itajaí, Santa Catarina state. The collective construction of new pathways of attention and support tools for risk classification can be applied to qualify the service according to the principles of equity and comprehensiveness. The limitations of the process should be identified and discussed as part of constant reassessment and adjustment in the work process. The implementation of the EHRC-Tool presents many challenges and possibilities for improving a humanistic approach by levelling the relationship and seeking co-responsibility both within the FHS and in the daily contact with users.

Resumen

El acogimiento se ve como una tecnología del encuentro, creando redes de conversaciones para rescatar un enfoque centrado en el usuario, y como una actividad técnico-asistencial para reorganizar los procesos de trabajo en salud. En este artículo se presenta una reflexión teórica sobre las posibilidades de utilizar el Acogimiento con Calificación de Riesgo (ACR) en la Estrategia de Salud Familiar (ESF), a partir de la descripción de su aplicación en el proceso de trabajo de tres equipos de la ESF que actúan en una misma Unidad de Salud (US) en Itajaí, Santa Catarina. La construcción colectiva de nuevos flujos de atención y de instrumentos auxiliares para la calificación de riesgo puede ser empleada para calificar el servicio según los principios de equidad e integralidad. Las limitaciones del proceso deben ser identificadas y discutidas como parte de reevaluación constante y reajuste en el proceso de trabajo. El ACR se mostró como un desafío y una oportunidad para avanzar hacia la humanización de las relaciones, buscando la corresponsabilidad tanto en los equipos como en sus contactos con los usuarios.

Palavras-chave:

Acolhimento
Estratégia Saúde da Família
Acesso aos Serviços de Saúde
Serviços de Integração
Docente-Assistencial

Keywords:

User Embracement
Family Health Strategy
Health Services Accessibility
Teaching Care Integration Services

Palabras clave:

Acogimiento
Estrategia de Salud Familiar
Accesibilidad a los Servicios de Salud
Servicios de Integración
Docente Asistencial

Fonte de financiamento:
declara não haver.

Parecer CEP:
não se aplica.

Conflito de interesses:
declara não haver.

Recebido em: 02/10/2012.
Aprovado em: 15/09/2013.

Introdução

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi defendida por Sérgio Arouca como um processo civilizatório contemporâneo da sociedade brasileira, em constante mudança pelos embates entre sua vocação para interferir amplamente nas condições de vida da população e as resistências do trabalho em saúde fragmentado. A Política Nacional de Humanização (PNH) conjugou esforços para superar essas resistências, propondo mudar a cultura dos envolvidos no sistema, aumentando o grau de corresponsabilização de usuários e profissionais, tanto na atenção à saúde como na gestão dos processos de trabalho.¹

Na Atenção Primária à Saúde (APS), os parâmetros para acompanhamento da implantação da PNH incluem “[...] formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema.”² O acolhimento é visto, concomitantemente, como uma tecnologia do encontro ao buscar a inclusão do usuário e do profissional em uma rede de conversações capaz de resgatar o enfoque do trabalho em saúde centrado no usuário; e como ação técnico-assistencial, proposta para reorganizar os processos de trabalho, ofertando uma atenção integral e ampliando a capacidade da equipe multiprofissional para identificar e resolver problemas de saúde.³⁻⁵

A atenção à demanda espontânea é um dos desafios das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), pois as expectativas na sua implantação voltam-se, em geral, para atividades de promoção e proteção da saúde, idealmente com grupos homogêneos como gestantes ou hipertensos. O cotidiano das equipes é, entretanto, marcado pela busca de soluções para problemas interpretados como urgências/emergências pelos usuários e suas famílias, gerando discordâncias e conflitos entre estes e as equipes ou mesmo entre os diferentes profissionais.⁶ O dilema então posto é como organizar o processo de trabalho da ESF de modo a lidar adequadamente com as situações emergentes da demanda espontânea sem que esta absorva recursos e tempo necessários para a construção de um espaço dedicado à demanda programada no processo de trabalho dos profissionais da APS, pois a capacidade de gerenciar retornos permite utilizar a demora permitida de modo eficiente, contribuindo para estabelecer vínculos a partir da longitudinalidade das ações assistenciais.

Na prática corrente, as respostas à demanda espontânea são pontuais, voltadas para o que se notabilizou como “apagar incêndios”, à custa do desgaste de todos os envolvidos e, mesmo, da eficácia dos esforços empreendidos. Assim, cada evento não agendado exige a criação de um fluxo *ad hoc* para acessar os recursos humanos e/ou materiais necessários, nem sempre efetivo. Em outros casos, tal rede já está informalmente sedimentada, conforme as disposições e humores de cada profissional, com o conseqüente risco para as relações entre os membros da equipe e a possível sobrecarga daqueles que se mostram mais acessíveis ou resolutivos.

Uma alternativa possível é a construção coletiva de um processo de trabalho em que as funções de cada membro de equipe estejam claramente definidas, tanto nas situações de demanda espontânea como programada, de modo a valorizar as competências clínicas de todos. Neste processo, as redes de conversações devem ser de conhecimento comum, fluindo a um só tempo de forma flexível para permitir uma aproximação com situações inesperadas, e de modo recorrente, para evitar o esforço repetitivo de gerar canais de comunicação a cada demanda que chega à Unidade de Saúde (US).

Conduziu-se aqui uma reflexão sobre as possibilidades de empregar formas de Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) na ESF, a partir da descrição de sua implantação no processo de trabalho de três equipes da ESF que atuam na mesma US em Itajaí, Santa Catarina.

Descrição da experiência

O processo de trabalho na US na qual o autor do presente artigo atua como médico em uma equipe da ESF, dava-se com foco na demanda programada, a partir das agendas dos médicos e enfermeiras. Os profissionais da ESF atendiam usuários sem agendamento prévio quando a demanda espontânea era considerada prioritária para que fosse negociado um atendimento médico imediato. Esse acesso fora da agenda era fortuito, proveniente da avaliação na recepção pelas auxiliares administrativas, auxiliares/técnicas de enfermagem, enfermeiras ou mesmo dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), conforme o usuário morasse ou não na área adscrita e de acordo com a existência de vínculo com os profissionais com que entrasse em contato na chegada ao serviço.

As três equipes constituíram-se como parte de um Distrito Docente-Assistencial (DDA) em 2005, mediante convênio entre Secretaria Municipal de Saúde e a Universidade do Vale do Itajaí-SC, responsáveis pela cobertura da APS nas áreas adjacentes ao *campus* de Itajaí onde estavam sediadas. Cada equipe era responsável por populações adscritas com cerca de 4000 pessoas, excedendo o ideal previsto para a ESF, sendo que as microáreas mais próximas correspondiam às de maior risco social, com casas construídas em terrenos invadidos no morro, ao redor do Presídio Regional.

Na mesma unidade funcionavam ambulatórios de nível secundário, mantidos pelo curso de medicina, além de estágios de fonoaudiologia, psicologia, enfermagem, nutrição, odontologia e fisioterapia. Apesar das possibilidades de interdisciplinaridade e maior resolutividade na integração com esse meio acadêmico, as demandas trazidas por esses estágios eram também fonte de sobrecarga para os profissionais das equipes, além de consumir maior tempo nas ações em saúde envolvendo discentes na unidade ou no território.

Entre as propostas do DDA, estavam o desenvolvimento e a divulgação de tecnologias em saúde, realizavam-se reuniões semanais, das quais participavam os médicos e enfermeiras das equipes, também docentes dos cursos de medicina e enfermagem da Universidade.

Nesses encontros, os profissionais identificaram a necessidade de qualificação do acesso ao serviço. Este apresentava limitações em diferentes aspectos: geográficos, sócio-organizacionais e da disponibilidade de serviços, não estando formalizado nenhum fluxo de atendimento a situações de urgência/emergência.⁵ Mesmo excluindo estas situações, demandas por consultas no mesmo dia constituem um desafio para a APS em diferentes países. Apesar da possibilidade de reduzir retornos agendados, um médico responsável pelo atendimento a mais de 1000 pessoas terá dificuldades para prover cuidados adequados, calculando-se que, para atender 2000 pessoas, ele terá de trabalhar 17,4 horas por dia. Essa relação poderia ser melhorada com a delegação de tarefas a outros profissionais, bem como por formas de acesso além da consulta, como telefone ou *e-mail*.⁷

No DDA, diante da necessidade de discussão caso a caso com o médico, nada garantia que o usuário tivesse suas condições de saúde adequadamente avaliadas por um profissional de saúde, nem que estas determinariam de maneira equânime a mobilização dos recursos necessários. Tais situações geram respostas negativas, agendamentos de longo prazo capazes de comprometer a resolutividade do serviço e o estabelecimento de vínculos, além da possibilidade de transferência das demandas para outras unidades, incluindo serviços de pronto-atendimento, mesmo sem necessidade do ponto de vista técnico.^{8,9}

Inicialmente, médicos e enfermeiras buscaram um referencial relativo ao acolhimento como forma de superar limitações no acesso. A partir das discussões teóricas e da socialização de diferentes protocolos e experiências na implantação do acolhimento, o grupo verificou que seria necessária alguma forma de classificação de risco para um acolhimento resolutivo, permitindo hierarquizar as demandas.¹⁰

Além da busca por maior satisfação e segurança para responder às demandas dos usuários, a opção pelo ACR surgiu também do reconhecimento de nossas limitações: não haver sempre médicos na US e horários de funcionamento em dois turnos, da manhã e à tarde, diferente de um serviço de pronto-atendimento. Mesmo em sistemas consolidados com APS forte, como no Reino Unido, identificam-se as limitações para acesso aos serviços somente em horário comercial, bem como a possibilidade de maior procura por pronto-atendimento quando não se consegue agendamento nas unidades de APS.¹¹

Isso conduziu à necessidade de se estabelecer uma linguagem comum aos profissionais envolvidos, de modo que a avaliação inicial das condições de saúde não ficasse centrada no médico, mas que os critérios para defini-las fossem previamente conhecidos por todos. Para tanto, foram identificados protocolos já estabelecidos em outros serviços, os quais foram discutidos quanto à sua aplicabilidade para a realidade local.¹²⁻¹⁴

O ACR foi sistematizado como uma ferramenta para serviços de pronto-atendimento, mas mostrava-se uma opção interessante, uma vez que o instrumento buscado para orientar as condutas iniciais no acolhimento deveria reunir algumas qualidades: ser de fácil visualização; permitir a abordagem das situações mais comuns no serviço; incluir critérios objetivos verificáveis tanto pelos profissionais médicos como pelos de enfermagem; definir critérios suficientemente sensíveis para não exceder à demora permitida em casos potencialmente graves e também suficientemente específicos para não comprometer o atendimento à demanda programada.²

A seguir, o grupo incluiu as auxiliares/técnicas de enfermagem nas reuniões, identificando-as como os membros da equipe já naturalmente envolvidos no primeiro contato com os usuários na unidade, conduzindo as pré-consultas e realizando procedimentos diversos. Eram, assim, informantes-chave para a identificação das situações mais comuns, a fim de convencionar quais parâmetros seriam utilizados no ACR. Estes foram selecionados a partir dos protocolos já discutidos,¹²⁻¹⁴ gerando os critérios para categorização dos riscos que guiariam as condutas das auxiliares/técnicas de enfermagem, como responsáveis primárias pelo acolhimento aos usuários. Resumidamente, os encaminhamentos das demandas espontâneas seguiriam o fluxo apresentado na Figura 1.

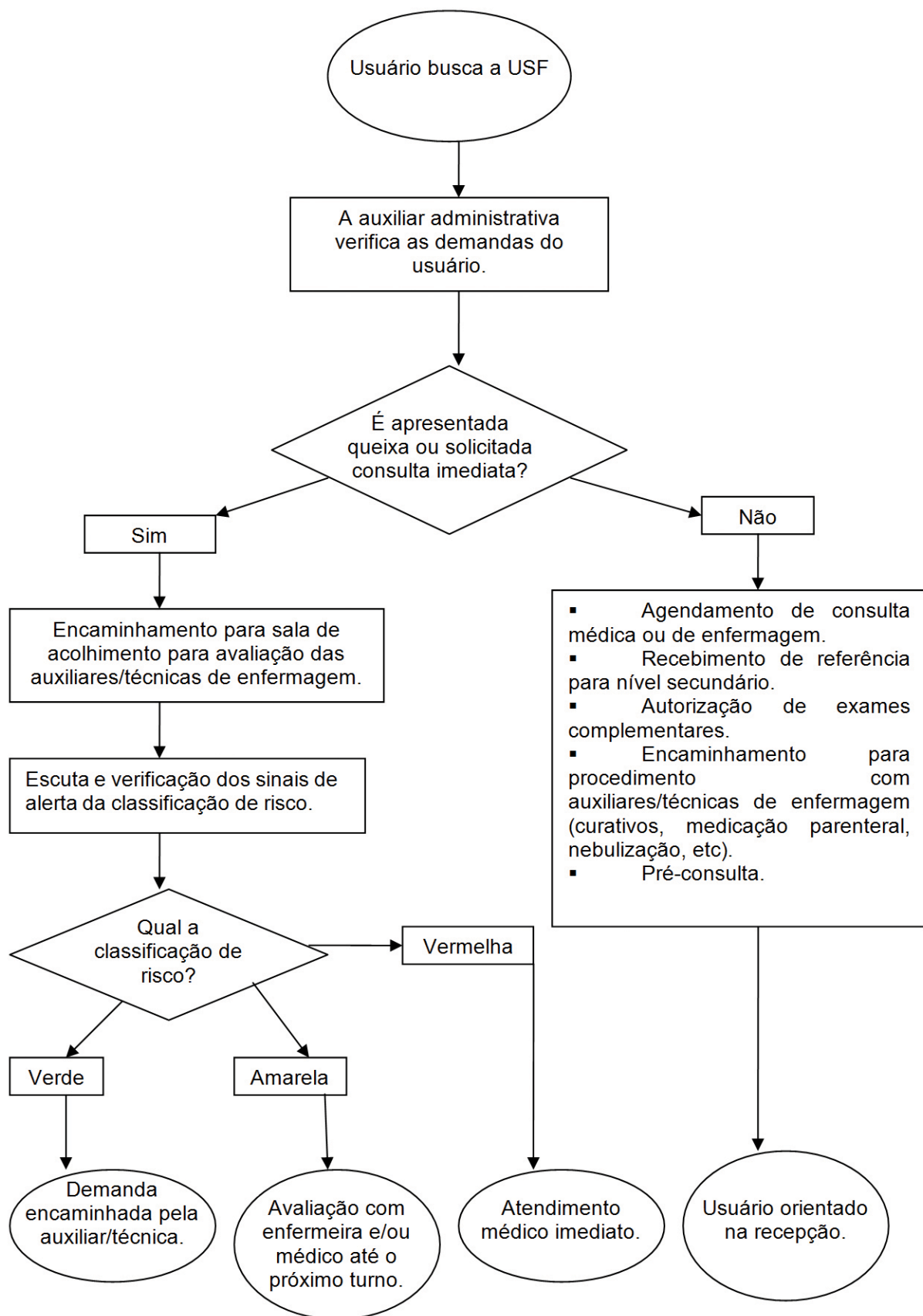


Figura 1. Fluxo do Acolhimento com Classificação de Risco na ESF.

Os ACS participaram da implantação do acolhimento a partir das reuniões semanais de suas respectivas equipes e as informações trazidas por eles foram utilizadas para validar as demandas identificadas pelos demais profissionais como potencialmente comuns nas situações de acolhimento. Ainda, os ACS foram encarregados de divulgar entre os usuários a nova forma de acesso ao serviço.

Os critérios da classificação de risco foram selecionados a partir dos protocolos consultados,¹²⁻¹⁴ considerando-se as especificidades da demanda local discutidas ao longo do processo de implantação do acolhimento. Foram utilizadas até o momento três versões desse instrumento, sendo que a última é apresentada no Quadro 1, no formato disponível para consulta pelas auxiliares/técnicas de enfermagem.

Quadro 1. Critérios para Acolhimento com Classificação de Risco na ESF.

Verde	Amarelo	Vermelho (Sinais Vitais)
Renovação de receitas	Trauma/Violência	Idade: até 28 dias
Atestados/declarações	Amenorreia: avaliação da enfermagem (Beta - HCG)	Frequência respiratória: adulto > 24 criança > 40
Tosse (Produtiva > 3 semanas: ex. escarro)	Risco para DST/HIV: avaliação da enfermagem	Frequência cardíaca: >100 ou <45 bpm
Lesões de pele > 48 h	Gestantes: avaliação da enfermagem	P.A.S ≥ 180 ou < 90 P.A.D ≥ 100 ou < 50
	Intensidade da dor < 7	Intensidade da dor ≥ 7
	Vômitos/Diarreia > 48 h	Vômitos/Diarreia < 48 h
	Sangramento único/cessado	Sangramento recorrente/em curso
		Temperatura axilar ≥ 37,8 °C ou < 35,5 °C
		Desidratação
		Lesões de pele < 48 h
		Lesões oculares
		Alteração de consciência e/ou risco de suicídio

As situações que determinassem necessidade de atendimento médico foram diferenciadas conforme a demora permitida, estabelecida a partir dos critérios de ACR, da seguinte forma:

- Verde – sem critérios de risco: orientação pela auxiliar/técnica de enfermagem e, quando necessário, o usuário terá atendimento eletivo com médico ou enfermeira conforme agenda.
- Amarelo – critérios de risco presentes sem risco imediato: o usuário tem avaliação com a enfermeira no mesmo turno e/ou avaliação médica com demora permitida até o próximo turno.
- Vermelho – critérios de risco imediato: o usuário tem avaliação médica imediata, sendo conduzido à sala de medicação.

O sinal vital “dor” era verificado com o uso de uma escala analógica que estabelecia ausência de dor como zero e a pior dor já sentida como 10, permitindo o registro de níveis intermediários entre estes.¹⁵ Na presença de um dos indicadores de risco vermelho, o profissional que estivesse conduzindo o acolhimento deveria levar a pessoa até a sala de medicação e informar um dos médicos disponíveis para atendê-la assim que possível nesse local, de modo a não retardar as condutas necessárias e também evitar situações de tensão na sala de espera diante do “passar na frente” dos demais usuários.

As situações não previstas no ACR ou que gerassem dúvidas para as auxiliares/técnicas de enfermagem deveriam ser levadas à atenção de uma das enfermeiras, preferencialmente aquela responsável pela área do usuário atendido. Na ausência destas, o caso deveria ser discutido com um dos médicos, também preferencialmente membro da ESF responsável pela área do usuário atendido. Se nenhum destes estivesse disponível, o caso seria levado aos membros de uma das outras ESF, de forma que o atendimento por médico ou enfermeira de uma ESF diferente daquela à qual o usuário era adscrito não fosse um obstáculo para o acesso. Esse apoio entre equipes da mesma US favorece estabelecer vínculo com o usuário, que tem acesso garantido ao serviço, sem prejuízo de atividades na comunidade ou reuniões das equipes.^{6,10} Na experiência da US do Saco Grande, em Florianópolis, foi criada a figura das “equipes irmãs”, que dão cobertura recíproca aos usuários da outra área, na ausência dos profissionais da área de adscrição. Essa informação foi obtida em comunicação feita pessoalmente com a coordenadora da UBS Saco Grande, enfermeira Marly Wuerges Aquino, durante visita técnica realizada pelo autor em 2012.

Essa é uma forma de lidar com os momentos de ausência de profissionais de uma determinada equipe, sem assumir a opção de escalar uma “equipe de acolhimento” entre várias na mesma US, que seria responsável por toda demanda não agendada em um determinado período de tempo, independente da adscrição dos usuários.¹⁶ O processo de trabalho no acolhimento deve manter como orientação o direcionamento das pessoas para suas equipes de adscrição, estimulando o vínculo e longitudinalidade, ainda que sempre surjam situações nas quais os profissionais deverão acolher pessoas “fora de área”, sem que esse seja um motivo para bloquear o acesso, mas sim um momento para uma referência adequada.¹⁰

Discussão

Durante todos os momentos de discussão no grupo, buscou-se a clareza conceitual quanto ao acolhimento, como atitude, por ser um elemento transversal e indispensável ao longo dos contatos do usuário com os profissionais e que suas facetas técnico-assistenciais deveriam ser empregadas na perspectiva de acolhimento mútuo entre os profissionais, atuando com “portas abertas” entre si, permitindo a discussão de dúvidas que inevitavelmente surgiriam na sua implantação. Tais dúvidas foram consideradas como inerentes ao ACR, que não foi pensado para ser exaustivo na inclusão dos possíveis problemas de saúde trazidos pelos usuários, facilitando sua aplicação no cotidiano dos profissionais responsáveis pelo acolhimento.^{2,4}

Depois do início das atividades de acolhimento na unidade, as ESF mantiveram um espaço de reavaliação permanente, em reuniões mensais com médicos, enfermeiras, auxiliares/técnicas de enfermagem e auxiliar administrativo, sendo as informações repassadas para os ACS nas reuniões de cada equipe e, quando considerado necessário pelo grupo, os ACS também participariam desses momentos de discussão do acolhimento.

Nas discussões mensais, as dificuldades vivenciadas no desenvolvimento das atividades de acolhimento partiram, na maioria das vezes, das auxiliares/técnicas de enfermagem. Tais dificuldades podem ser entendidas no contexto do processo de trabalho, pois estas profissionais assumiram o papel central como responsáveis pelo acolhimento, necessitando resgatar competências clínicas pouco exigidas no processo de trabalho mais centrado no médico até então. Situações similares foram verificadas em diferentes contextos de implantação do acolhimento, mesmo que tais competências estejam de acordo com a lei do exercício profissional da enfermagem.^{3,17,18}

As dificuldades muitas vezes diziam respeito a inseguranças no encaminhamento das demandas dos pacientes com classificação de risco verde ou amarela, sem avaliação imediata dos médicos. Isso foi abordado no grupo reafirmando a sensibilidade dos sinais de risco empregados, o que foi validado empiricamente pelas equipes, na medida em que verificavam que os usuários tinham suas demandas adequadamente atendidas segundo o conceito de demora permitida, conferindo progressivamente maior confiança nesse processo de trabalho.

Ainda assim, os esforços das equipes para manter uma rede de conversações comum entre os profissionais tiveram de ser renovados constantemente. Isso se deveu a várias substituições entre aqueles profissionais, gerando novas “capacitações em serviço” para cada profissional ingressante, especialmente no caso daqueles sem formação direcionada para participar da avaliação e tomada de decisões no cuidado aos usuários.¹⁰ Nesses momentos, a existência de um protocolo consolidado entre os membros mais antigos foi visto como um facilitador para a inclusão dos novos profissionais no processo de trabalho já estabelecido.

Outro desafio predominante na vivência das auxiliares/técnicas de enfermagem na implantação do ACR envolveu a percepção inicial da falta de reconhecimento de seu trabalho pelas pessoas atendidas. Estas profissionais relatavam situações de usuários descontentes ao não serem vistos imediatamente pelo médico, considerando o ACR apenas uma barreira a mais no acesso, em uma perspectiva de pronto-socorro, o que pode ser observado em serviços que buscam oferecer outras opções além da consulta médica.^{19,20} Por outro lado, ao longo do tempo, o reconhecimento positivo dos usuários em relação ao atendimento realizado pelas auxiliares/técnicas e a disponibilidade dos demais profissionais para dar suporte às suas ações foram essenciais para lidar com isso.

Mesmo superando a distribuição de fichas na porta, o acolhimento na ESF pode manter uma lógica médico-centrada, resultando na falta de acesso ao atendimento clínico e cardápios limitados em possibilidades de referência, sendo que o simples aumento do número de equipes não garante ampliação de acesso caso os profissionais mantenham a visão da ESF como dirigida aos excluídos, sem necessidade de maiores investimentos. As dificuldades na implantação por vezes limitam o ACR a uma “triagem humanizada”, quando não há inserção de toda a equipe no processo ou mantêm-se excedentes populacionais por equipe.²⁰⁻²²

As dificuldades podem ser enfrentadas pela valorização das competências clínicas de todos os membros da equipe, provendo o devido suporte e orientação, com protocolos previamente definidos que garantam maior autonomia e capacidade de intervenção. Esse processo é favorecido quando há uma implantação participativa, envolvendo colegiados locais e

representantes do nível central, além da própria ESF, garantindo aos profissionais uma maior qualificação no seu trabalho e na produção do cuidado por meio da educação permanente e da manutenção de proporções adequadas de população adscrita por equipe.^{3,4,23}

Por outro lado, todos os profissionais reconheceram a necessidade de se conduzir os acolhimentos com maior agilidade, sem comprometer a escuta qualificada, mas evitando longas esperas para os usuários, tanto nas demandas espontâneas como programadas. Verificavam-se diferentes graus de detalhamento das queixas e dos critérios de risco nos registros feitos pelas auxiliares/técnicas de enfermagem, mesmo pela inexistência do hábito destas registrarem seus atendimentos nos prontuários.¹⁶ Criou-se, então, um Boletim de Acolhimento, a ser preenchido e anexado ao prontuário, também permitindo o registro quando a pessoa atendida não possuía prontuário na unidade. Este boletim detalhava os itens mínimos a serem verificados no acolhimento, padronizando a coleta dos dados necessários para o encaminhamento do usuário a outros profissionais, sem exigir que a avaliação inicial fosse completamente repetida, além de proporcionar uma fonte de dados para posterior avaliação do processo.

A presente reflexão sobre o ACR na ESF partiu de um contexto, infelizmente, comum à APS no Brasil, com populações adscritas que excedem o ideal por equipe e sofrem de carências de natureza intersetorial, mas encontram na ampliação do acesso às US talvez seu único contato direto com os serviços públicos. Tal situação gera demandas sempre crescentes para os recursos humanos e materiais limitados da ESF. Qualquer processo de acolhimento conduz a um julgamento de valor que pode ser entendido como classificação de risco, explícita ou não, pois os encaminhamentos da escuta qualificada (caso exista) geram hierarquização das demandas e conduzirão o usuário a diferentes itinerários, de resolutividades variáveis, conforme as necessidades percebidas pelo profissional e as possibilidades oferecidas pelo sistema local.

Quando o profissional em questão não é o médico, mas um enfermeiro sem experiência na assistência da APS ou técnico de enfermagem, como na prática em questão, o ACR pode ser visto como um recurso didático para os profissionais, ao assumirem um papel mais ativo no acolhimento que descentra o trabalho do médico, e tranquilizador para o profissional e usuários, uma vez que permite identificar os quadros de maior risco biomédico, sem prejuízo de uma avaliação das vulnerabilidades no contexto da pessoa. Uma vez garantidos, naquele momento, o acesso longitudinal e a escuta qualificada, criam-se condições para ampliar o foco sobre a pessoa, respondendo às suas demandas que surjam como queixas somáticas e, concomitantemente, trabalhando os aspectos de disponibilidade ou carência de recursos que compõem as vulnerabilidades do usuário, superando o caráter individual de risco, que é o objeto bastante delimitado do instrumento de classificação utilizado.²⁴

Considerações finais

Conduzir o ACR de forma explícita torna mais transparentes para profissionais e usuários os processos de tomada de decisão empregados, ao se definir como serão utilizados os recursos limitados para prover cuidados em saúde. Além do reconhecimento do profissional para com o sofrimento do usuário, possibilita-se assim que as pessoas atendidas construam seus vínculos com o serviço a partir de respostas positivas a suas demandas. Abre-se ainda uma oportunidade de ampliar a visão do usuário para as outras pessoas que buscam o serviço concomitantemente com seus próprios problemas, permitindo que estes também se reconheçam mutuamente, fomentando a corresponsabilização.

As diversas experiências com acolhimento na ESF identificadas na literatura podem ser vistas como oportunidades de avançar no sentido de ampliar as ofertas de cuidados das US.²⁵ Neste estudo, restringiu-se o acolhimento como um primeiro momento do contato do usuário com o serviço, sem discutir as conhecidas limitações do sistema relativas à integração e comunicação entre diferentes níveis e setores. Entretanto, se reconhecem as potencialidades do acolhimento para a criação de espaços coletivos e desmedicalizantes, para profissionais e usuários, a serem descritos e pesquisados, bem como uma nova fonte a ser integrada nas ações de prevenção e vigilância da ESF, desde que conte com registros consistentes que ampliem a perspectiva das equipes a partir da demanda espontânea que chega à US até os determinantes de saúde encontrados no seu entorno.

A proposta de ACR aqui discutida alinha-se aos esforços da PNH, identificando-se com as peculiaridades do próprio SUS. Ela foi conduzida com vistas a ser permanentemente reavaliada e remodelada conforme as respostas dos usuários e profissionais às ações implementadas, sem considerá-las definitivas apenas por terem sido postas em prática. Tal perspectiva de reflexão permanente está intrinsecamente ligada à integração do acolhimento no processo de trabalho em saúde, visto que a humanização dos serviços de saúde passa pela horizontalização das relações e pela busca de corresponsabilização tanto no interior das equipes de saúde como nos contatos destas com os usuários.

Referências

1. Pasche DF, Passos E, Hennington EA. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [acesso em 2013 Sep 10];16(11):4541-48. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n11/a27v16n11.pdf>
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético estético no fazer em saúde* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [acesso em 2008 Aug 15]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>. 48p. (Textos Básicos de Saúde; Série B).
3. Oliveira LML, Tunini ASM, Silva FC. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. *Revista APS* [Internet]. 2008 [acesso em 2013 Sep 10];11(4):362-73. Disponível em: <http://www.aps.uff.br/index.php/aps/article/viewArticle/394>
4. Santos IMV, Santos AM. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. *Rev Salud Pública*. 2011;13(4):703-16. <http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642011000400015>
5. Pereira RPA. O acolhimento e a Estratégia Saúde da Família. Grupo de estudos em Saúde da Família [Internet]. Belo Horizonte: AMMFC; 2006 [acesso em 2009 Apr 14]. Disponível em: http://www.smmfc.org.br/gesf/RPAP_acolhimento_esf.htm
6. Santos TVC, Penna CMM. Daily demands in primary care: the view of health professionals and users. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(1):149-56. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100018>
7. Bodenheimer T, Pham HH. Primary Care: current problems and proposed solutions. *Health Affairs* [Internet]. 2010 [acesso em 2013 Aug 27];29(5):799-805. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0026>
8. Nery AA, Carvalho CGR, Santos FPA, Nascimento MS, Rodrigues VP. Saúde da Família: visão dos usuários. *Rev enferm UERJ*. 2011;19(3):397-402
9. Urbano GB. Integralidade na prática assistencial da equipe de enfermagem: a relação da escuta na interação usuário e profissional no município de Paranavaí – PR [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009. Português.
10. Tesser CD, Poli Neto P, Campos GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciênc Saúde Colet*. 2010;15(Suppl 3):3615-24. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900036>
11. 11. Kontopantelis E, Roland M, Reeves D. Patient experience of access to primary care: identification of predictors in a national patient survey. *BMC Family Practice* [Internet]. 2010 [acesso em 2013 May 10];11:61. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-11-61>
12. 12. Campos GWS, Carpintero MC, Bueno JMS. Protocolo de Acolhimento da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Campinas; 2001. Português.
13. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. 2º Caderno de apoio ao acolhimento: orientações, rotinas e fluxos sob a ótica do risco/vulnerabilidade [Internet]. São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo; 2004 [acesso em 2006 Aug 23]. Disponível em: <http://www6.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/publicacoes/0054>
14. Mayema MA, editor. *A Construção do Acolhimento: a proposta de mudança do processo de trabalho em saúde do município de Bombinhas*. Bombinhas: Secretaria Municipal de Saúde de Bombinhas; 2007.
15. Schoeller MT. Guia prático para o tratamento da dor oncológica. 2ª ed. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica; 2002.
16. Barreto Junior OS, Santos EF. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família. In: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), editor. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2006. p. 43-64. (Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade, Ciclo 3, Módulo 3).
17. Pinafo E, Lima JVC, Baduy RS. Acolhimento: concepção dos auxiliares de enfermagem e percepção de usuários em uma unidade de saúde da família. *Espaç saúde* [Internet]. 2008 Jun [acesso em 2008 Aug 15];9(2):17-25. Disponível em: http://www.ccs.uel.br/espacoparasauade/v9n2/Artigo%2053-2007%20_Editado_.pdf
18. Brasil. Decreto nº. 94.406 de 8 de junho de 1987. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 1987; Seção 1: 8853-8855. Português.
19. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública* 2008;24(Suppl 1):S100-10. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300015>
20. Baraldi DC, Souto BGA. A demanda do Acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família em São Carlos, São Paulo. *Arq Bras Ciências Saúde*. 2011;36(1):10-7.
21. Hennington EA. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. *Cad Saúde Pública* 2005;21(1):256-65. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300015>
22. Coelho MO, Jorge MSB, Araújo ME. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2009 Jul-Set;33(3):440-52.
23. Vieira-da-Silva LM, Esperidião MA, Viana SV, Alves VS, Lemos DVS, Caputo MC et al. Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica. Salvador, 2005-2008. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2010 Nov;10(Suppl 1):S131-43. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000500012>
24. Sánchez AIM, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciênc Saúde Colet*. 2007;12(2):319-24. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200007>
25. Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2012;17(8):2071-85. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800018>

Educação em saúde envolvendo cuidadores de idosos no ambiente domiciliar

Health education involving caregivers of the elderly in the home environment

Educación para la salud envolvendo cuidadores de ancianos en el ambiente domiciliario

Vilani Medeiros de Araujo Nunes. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal, RN, Brasil. vilani.nunes@gmail.com

Ana Tania Lopes Sampaio. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal, RN, Brasil. anatsampaio@hotmail.com

Duanna Damaeska Nogueira. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal, RN, Brasil. duannanogueira@gmail.com (*Autora correspondente*)

Helano Jäder Batista de Almeida Junior. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal, RN, Brasil. helano.jr@gmail

Resumo

O presente relato visa compartilhar a experiência adquirida por discentes de medicina durante o estágio supervisionado em Saúde Coletiva em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com o Projeto "Semana da melhor idade: promovendo saúde e multiplicando o cuidado". Por intermédio de oficinas e rodas de conversa, foram desenvolvidas ações para a capacitação de cuidadores informais de idosos em ambiente domiciliar. Para tanto, contou-se com o papel multiplicador dos agentes comunitários de saúde (ACS), bem como dos demais integrantes da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF). Entre as contribuições desse projeto, destaca-se a aquisição de habilidades e competências para a formação do médico generalista, tais como: a integração ensino-comunidade; a organização de atividades em educação em saúde; e o aperfeiçoamento técnico/humanístico no cuidado integral ao idoso. Conclui-se que este projeto foi capaz de alcançar o intuito inicial proposto, indo para além dos muros teóricos da universidade e compartilhando com a comunidade conhecimentos adquiridos na graduação.

Palavras-chave:

Educação em Saúde
Saúde do Idoso
Cuidadores

Abstract

The present report aims to share the experience gained by undergraduate students of medicine during supervised training in Collective Health at a Primary Healthcare Centre (PHC) through the Project "Best Age Week: multiplying and promoting healthcare". By means of workshops and small group conversations, strategies and actions were developed for the training of caregivers. This was based on the multiplier role of community health workers, as well as other team members of the Family Health Strategy (FHS). Among the contributions of this project, the following acquisition of skills and competencies for the training of general practitioners should be highlighted: integration; community education; organization of activities in health education; and technical/humanistic improvement in comprehensive care for the elderly. In conclusion, this project was able to achieve its proposed initial theoretical objective by going beyond the university setting and sharing the knowledge acquired during their studies with the community.

Keywords:

Health Education
Health of the Elderly
Caregivers

Resumen

El presente relato tiene como objetivo compartir las experiencias adquiridas por los estudiantes de graduación en medicina, durante la práctica supervisada en Salud Colectiva en una Unidad Básica de Salud (UBS) con el Proyecto "Semana de la mejor edad: promoviendo la salud y multiplicando el cuidado". A través de talleres y pequeños grupos de conversación, se han desarrollado acciones para la capacitación informal de los cuidadores de ancianos en el medio familiar. Por lo tanto, se contó con el papel multiplicador de los agentes comunitarios de salud (ACS) así como de los demás miembros del equipo de la Estrategia de Salud Familiar (ESF). Entre las aportaciones de este proyecto, se incluye la adquisición de habilidades y competencias para la formación del médico generalista, tales como: la integración enseñanza-comunidad; la organización de actividades de educación en salud; y el mejoramiento técnico-humanístico en la atención integral a los ancianos. Por lo tanto, se concluye que este proyecto fue capaz de lograr el propósito inicial, yendo más allá de los muros teóricos de la universidad e intercambiando con la comunidad los conocimientos adquiridos en la gradación.

Palabras clave:

Educación en Salud
Salud del Anciano
Cuidadores

Introdução

O envelhecimento da população brasileira ocorre em ritmo veloz e se configura como um dos grandes desafios atuais da saúde pública.¹ O número de pessoas com 60 anos de idade ou mais passou de três milhões em 1960 para 14 milhões em 2002 e estima-se que alcançará 32 milhões em 2020.² Com isso, uma nova demanda nos serviços de saúde, públicos ou privados, está sendo gerada, uma vez que são os idosos que mais buscam esses serviços por terem maior prevalência de agravos crônicos, com necessidade de internações hospitalares mais frequentes e tempo de ocupação dos leitos maior, quando comparados com outras faixas etárias.³

Diante desse novo perfil demográfico com influência marcante na saúde brasileira, emerge a necessidade de se reestruturar os serviços de saúde já existentes, com o intuito de garantir qualidade de vida aos idosos, prezando pela manutenção da sua integridade física e mental, independência funcional e, sobretudo, autonomia. A legislação brasileira assegura a atenção integral à saúde dos idosos em consonância com o Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhes o acesso universal e igualitário em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que os afetam.^{4,5} Nesse sentido, a saúde do idoso aparece como uma das prioridades estabelecidas no Pacto pela Vida, o que significa que, pela primeira vez na história das políticas públicas no Brasil, a preocupação com a saúde da população idosa é explicitada.⁶

Partindo-se da perspectiva de que o envelhecimento da população é uma realidade e de que limitações físicas decorrentes do próprio processo da senescência são inevitáveis, torna-se imprescindível destacar a importância dos cuidadores de idosos, tanto no ambiente domiciliar como no ambiente institucionalizado. Os cuidadores, além de agentes recuperadores e reabilitadores, devem focar continuamente a promoção e proteção da saúde. É fundamental, portanto, sua capacitação segundo as disposições do Ministério da Saúde (MS).^{7,8} Elas funcionam como uma ferramenta ímpar de desenvolvimento pessoal e profissional para a aquisição gradual de habilidades e competências no ato do cuidar.

A universidade, como instituição formadora de recursos humanos no campo de atuação da saúde, vem passando também por mudanças para atender a essas novas demandas, as quais implicam a formação de um profissional habilitado e adequado a essa realidade. A visão tradicional do tratamento de agravos à saúde do idoso, com perspectiva de apenas aumentar a sua sobrevida, já está ultrapassada. O manejo adequado desses indivíduos deve ter como premissa maior viver com qualidade, satisfação e felicidade.⁹ Diante do exposto, os profissionais da saúde deveriam ter em sua formação não apenas a fundamentação teórica do cuidado prestado à pessoa idosa, mas também serem orientados a transmitir, compartilhar e multiplicar esses conhecimentos na comunidade.

O projeto “Semana da melhor idade: promovendo saúde e multiplicando o cuidado” foi desenvolvido com o intuito de transpassar os muros teóricos da universidade e compartilhar parte do conhecimento aprendido na graduação para a comunidade, nos moldes propostos pela extensão universitária. Foi idealizado no segundo semestre de 2012 por dois discentes do quinto ano do curso médico, durante a vivência no estágio supervisionado em Saúde Coletiva, na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Vilar, localizada no município de Macaíba/RN. Tal unidade destaca-se por conter uma grande proporção de idosos acamados e/ou com mobilidade reduzida, conforme levantamento do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). As ações desenvolvidas por este projeto estavam voltadas para a qualificação dos cuidadores de idosos informais (familiares ou não), visando fornecer subsídios para o desenvolvimento do cuidado integral e humanizado à pessoa idosa.

Este artigo visa retratar o processo de capacitação dos cuidadores informais de idosos (familiares ou não) por meio do projeto “Semana da melhor idade: promovendo saúde e multiplicando cuidado”. Pela interação entre os discentes e demais membros da equipe da Estratégia Saúde da Família, os cuidadores puderam aprimorar seus conhecimentos e habilidades para prestar uma assistência integral e de qualidade às necessidades básicas e/ou cotidianas dos idosos, em relação à alimentação e nutrição; higiene; deslocamento e transferência; administração de medicamentos; prevenção de complicações comuns em idosos acamados ou com mobilidade reduzida; assim como zelar pela autonomia e autoestima dos idosos, permitindo que realizassem pequenos atos do cotidiano.

Este estudo pretende ainda estudar os possíveis efeitos e implicações deste projeto na graduação em medicina, quanto à aquisição de habilidades e competências para o médico generalista. Desse modo, os discentes do curso médico poderiam ser estimulados a trabalharem com uma equipe multidisciplinar, somando saberes e com um olhar voltado para a interdisciplinaridade; organizando atividades com a temática da educação em saúde, aperfeiçoando o conhecimento técnico e humanístico sobre o cuidado integral ao idoso (aprendido ao longo da graduação) e, por fim, colocando o conhecimento aprendido em prática, integrando o ensino e a comunidade.

Descrição da experiência

O presente relato de experiência refere-se ao estágio supervisionado em Saúde Coletiva, na UBS do Vilar, município de Macaíba/RN, vivenciado por dois discentes do quinto ano do curso médico da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), por meio de atividades realizadas nos campos do ensino e da extensão.

O projeto de extensão ocorreu na UBS do Vilar, que, em sua área de adscrição, possuía à época do estudo cerca de 200 usuários idosos, dos quais aproximadamente 25 eram portadores de comorbidades crônicas que apresentavam diminuição da sua funcionalidade e/ou mobilidade, tornando-os dependentes ou semidependentes para a realização de Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs).¹⁰

Durante as visitas domiciliares realizadas junto à equipe da ESF, ao longo de todo o estágio supervisionado, identificaram-se 25 idosos de maior fragilidade - tanto por diminuição de sua funcionalidade como de sua mobilidade - que estavam sob cuidados informais (de familiares ou não), porém que, na maioria das vezes, não eram exclusivos para o cuidado do idoso, acumulando outras tarefas domésticas, mediante acordo com o empregador.

A assistência que o cuidador informal (familiar ou não) prestava a esses idosos era baseada, quase que inteiramente, no senso comum, aquém de um cuidado mais abrangente que pudesse ser-lhes ofertado. Esses cuidadores não haviam passado por treinamento teórico-prático prévio e, portanto, não possuíam competências adequadas para o seguimento cotidiano desses idosos quanto a questões relacionadas à alimentação, nutrição, higiene, deslocamento, transferência, administração de medicações, momentos de lazer, bem como prevenção e identificação precoce de complicações, como quedas, úlceras de decúbito e maus-tratos. Somado a isso, existia por parte dos profissionais de saúde da equipe da ESF uma necessidade de aprimorar seus conhecimentos e habilidades, para que orientações com maior embasamento teórico pudessem ser compartilhadas com os cuidadores, as quais estariam voltadas à promoção e proteção da saúde, bem como à prevenção de agravos à pessoa idosa.

Diante do exposto, o projeto “Semana da melhor idade: promovendo saúde e multiplicando cuidado” foi desenvolvido com o intuito de fornecer subsídios teórico-práticos aos cuidadores informais (familiares ou não) dos 25 idosos de maior vulnerabilidade da área adscrita da UBS do Vilar, auxiliando-os no aprimoramento do conhecimento quanto ao cuidado integral e humanizado à pessoa idosa. Conforme a portaria nº 2.488/2011 da Atenção Básica, é característica do processo de trabalho das equipes da Atenção Primária à Saúde (APS)/Estratégia Saúde da Família o desenvolvimento de ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco ambientais, visando prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis.¹¹

Assim, a proposta de qualificação do cuidador estava voltada, sobretudo, à promoção e proteção da saúde desses idosos, bem como à identificação precoce, à prevenção e à reabilitação de agravos. Com isso, buscou-se transformar gradativamente a realidade de vulnerabilidade desses 25 idosos, tornando-os menos propensos à ocorrência de complicações implicadas com os processos da senilidade, tais como quedas, fraturas, úlceras de decúbito, desnutrição e maus-tratos.

Na tentativa de contribuir de forma mais efetiva no suporte aos cuidadores informais (familiares ou não) de idosos da UBS do Vilar, os discentes do curso médico, sob tutoria de docentes responsáveis pelo estágio supervisionado em Saúde Coletiva, fizeram um levantamento bibliográfico acerca do papel do profissional da saúde diante dessa temática nas bases de dados PUBMED, LILACS e SCOPUS, durante os meses de setembro e outubro de 2012, por meio das seguintes palavras-chave: Educação em Saúde; Saúde do Idoso; e Cuidadores. Por intermédio de consulta aos docentes da disciplina de Geriatria do curso médico da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), dúvidas também puderam ser sanadas. Por meio desse processo, estruturou-se uma base de conhecimentos em que os discentes do curso médico tornaram-se sujeitos ativos no processo de construção do seu próprio saber.

O projeto “Semana da melhor idade: promovendo saúde e multiplicando cuidado” foi desenvolvido em três etapas distintas, porém interligadas, no decorrer de cinco dias. A primeira etapa aconteceu no dia 11 de outubro de 2012, na UBS do Vilar, tendo como participantes os discentes do curso médico e as três agentes comunitárias de saúde (ACS) da unidade. Em um primeiro momento, realizou-se uma oficina em que foi exibido um vídeo com a temática do cuidado prestado à pessoa idosa, desenvolvido por um serviço de geriatria de uma universidade nacional, disponibilizado gratuitamente na internet,¹² através do link <http://www.idosossilidarios.com.br/video.php>. O vídeo teve duração de aproximadamente 50 minutos e abordou aspectos práticos do cotidiano de um idoso que conta com o auxílio de um cuidador, retratando cenas de exemplos reais, como a questão da alimentação, deslocamento, higiene, administração de medicações, momentos de lazer e relacionamento com demais familiares, além de noções de autocuidado para o próprio cuidador.

No que diz respeito à alimentação e nutrição, foram abordados os seguintes aspectos: o modo de preparo e higienização dos alimentos, a regularidade entre os intervalos das refeições e o estímulo ao idoso para segurar os próprios talheres no ato de se alimentar. Com relação ao deslocamento foram orientadas as seguintes medidas: a forma como o idoso deve ser posicionado ao se realizar a transferência para locais diferentes - como da cama para a cadeira - quando este tem mobilidade reduzida e correção de fatores ambientais que predispõem a um risco maior de quedas. Em relação à higiene corporal, foram orientados cuidados que se deve ter durante o banho, como com a temperatura da água e o risco de quedas, dando ênfase em que esse é um momento de intimidade ímpar, mas também de relaxamento para o idoso. No que diz respeito à administração de medicações, abordaram-se formas apropriadas de administrá-las e armazená-las. Com relação aos momentos de lazer, foram exemplificadas situações que trazem maior bem-estar e autoestima para o idoso, bem como uma maior interação com os demais membros da família e, por fim, foram compartilhadas com os cuidadores algumas técnicas de relaxamento e noções de autocuidado.

Em um segundo momento, realizou-se breve explanação teórica, contemplando os seguintes aspectos: como se dá o processo de envelhecimento saudável, abordando a distinção entre a senescência e a senilidade, qual o papel da equipe de saúde da atenção primária na garantia de uma melhor qualidade de vida aos idosos, qual a importância e como se dá o preenchimento da caderneta do idoso e, por fim, orientações em caso de óbito no domicílio. Também foi apresentada e distribuída para as ACS uma cartilha desenvolvida pelos discentes do curso médico, tendo como base o Caderno de Atenção Básica voltado ao envelhecimento e saúde da pessoa idosa⁷ e o Guia Prático do Cuidador do Ministério da Saúde.⁸

Ao final desse primeiro dia, formou-se uma roda de conversa na qual as ACS foram convidadas a avaliar a atividade e sanar dúvidas em relação aos conteúdos apresentados no vídeo ou na explanação teórica. Quanto à avaliação, as ACS consideraram a atividade como proveitosa, pontuando que foi um momento de grande aprendizado, servindo como um treinamento para a capacitação de cuidadores, atividade essa em que há considerável demanda na área adscrita. Em um dos depoimentos, uma agente relatou que percebeu, ao assistir ao vídeo, que orientava de maneira inadequada a realização da higienização dos pacientes acamados, além de, anteriormente, não ter qualquer noção a respeito de alguns temas apresentados, como a melhor postura para uma transferência adequada.

A segunda etapa do projeto ocorreu nos dias 15 e 16 de outubro de 2012, quando foram realizadas visitas domiciliares com cada uma das agentes comunitárias de saúde às residências que tivessem um idoso enquadrado no grupo de maior vulnerabilidade, isto é, demandando maiores cuidados. Durante as visitas, foi solicitado aos cuidadores que relatassem brevemente a história clínica dos pacientes. Em seguida, foi solicitado que demonstrassem como agiam em relação às atividades cotidianas de alimentação, deslocamento, higiene, administração de medicações, momentos de lazer tanto do idoso como deles próprios. Posteriormente, os cuidadores foram orientados e esclarecidos pelas ACS sobre a forma mais adequada de como proceder, conforme explanado no momento de capacitação teórica.

A terceira etapa da intervenção ocorreu no dia 17 de outubro de 2012. Para tanto, foi organizada uma roda de conversa com outros membros da equipe de saúde da UBS do Vilar, a qual envolveu uma médica, uma enfermeira, as três agentes comunitárias de saúde e os dois discentes do curso médico. O intuito foi gerar um *feedback* sobre as duas etapas anteriores do projeto, trazendo para o centro de discussão as situações mais críticas constatadas durante as visitas domiciliares, sobretudo quanto aos idosos que possuíam maior vulnerabilidade clínica (maior número de comorbidades e/ou comorbidades mais graves), socioeconômica (família com baixo poder aquisitivo e/ou baixo nível instrucional) e ambiental (inadequação física de cômodos quanto a iluminação, espaço, locomoção e acesso).

A roda de conversa também teve a finalidade de debater sobre a melhor maneira de implementar um grupo de cuidadores familiares de idosos na UBS do Vilar, sob o gerenciamento das ACS. O grupo teria o propósito de oferecer um meio de trocas de experiências em relação ao cuidado do idoso com funcionalidade e/ou mobilidade reduzida, ao mesmo tempo que passaria a ser um local onde o cuidador encontraria apoio para seguir em frente no ato de cuidar, com o melhor grau de satisfação possível.

De maneira geral, as atividades desenvolvidas ao longo desta etapa também foram avaliadas positivamente pela equipe da UBS, uma vez que contribuíram para a aquisição de novos conhecimentos e possibilidades de se intervir na melhoria da qualidade de vida de idosos e de seus cuidadores da área adscrita. Além disso, a estruturação da intervenção em três etapas permitiu a observação dos conceitos adquiridos no primeiro momento sendo colocados em prática e, desse modo, oportunizando aos discentes orientarem as ACS em visitas domiciliares, para esclarecimento dos familiares, aumentando a eficácia do processo de aprendizagem.

Por se tratar de um relato de experiência, não houve submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. No entanto, foram considerados os aspectos éticos baseados na Resolução 196/96 no sentido de se preservar a imagem da comunidade e da UBS, *locus* do estudo, evitando estigmatização ou qualquer outro prejuízo.

Discussão

Por meio das visitas domiciliares feitas pelos discentes do curso médico, juntamente com as agentes comunitárias de saúde da UBS do Vilar, pode-se traçar um perfil da situação vivenciada pelos 25 idosos de maior vulnerabilidade da área adscrita da unidade, com base em aspectos clínicos, sociais e ambientais. Depois da análise situacional desses idosos pela equipe multidisciplinar da UBS - durante a segunda roda de conversa - foram estabelecidas estratégias para transformar gradualmente a realidade desses idosos. Tais estratégias visaram, a curto e longo prazo: 1) A compensação clínica de comorbidades prévias e a prevenção de novos agravos, identificando e intervindo precocemente em complicações, como as quedas, fraturas e úlceras de decúbito; 2) Mudanças ambientais no domicílio, de acordo com os recursos de cada família, como iluminação adequada de ambientes, colocação de corrimãos e rampas para facilitar a locomoção e o acesso; e 3) Medidas de socialização e integração dos idosos, sobretudo com os membros da própria família.

A literatura médica vigente aponta que tais medidas de promoção, proteção, prevenção e reabilitação à saúde do idoso são ferramentas valiosas na diminuição da sua vulnerabilidade, com implicações físicas, psicológicas e sociais para o idoso e seu cuidador, bem como, com importantes consequências para os próprios serviços de saúde, no sentido de reduzir o número de hospitalizações e os gastos com medicamentos.¹³ As quedas, por exemplo, geram um custo hospitalar altíssimo, a cada ano, para o SUS, sobretudo para a correção de fraturas delas decorrentes.¹⁴ Assim, o projeto “Semana da melhor idade: promovendo saúde e multiplicando o cuidado” constitui-se em uma medida auxiliar, a curto e longo prazo, ao cuidador de idosos informal (familiar ou não) e à própria equipe de saúde da ESF, tendo em seu alicerce ações no sentido amplo do conceito de saúde.

Quanto aos objetivos e metas traçados inicialmente, os resultados do projeto “Semana da melhor idade: promovendo saúde e multiplicando o cuidado” foram considerados positivos, uma vez que foram contemplados em sua maioria. Este projeto permitiu aperfeiçoar a capacidade de trabalho em equipe, bem como a percepção da responsabilidade coletiva e do compromisso social. Durante o estágio supervisionado em Saúde Coletiva, foi possibilitado aos discentes do quinto ano do curso médico construir uma ferramenta própria de aprendizagem, bem como a oportunidade de vivenciar experiências não presentes em outras estruturas curriculares convencionais, em que os próprios discentes foram os atores no seu processo de ensino-aprendizagem.

No que diz respeito aos efeitos esperados nos cuidadores informais (familiares ou não) de idosos, durante as visitas domiciliares, constatou-se que reproduziram adequadamente as ações orientadas pelos discentes do curso médico e pelas ACS com relação à alimentação, higiene, deslocamento e transferência, administração de medicamentos; foram devidamente esclarecidos e instruídos a prevenir a ocorrência de complicações comuns em idosos acamados ou com mobilidade reduzida, como úlceras de decúbito, quedas e, conseqüentemente, fraturas; foram orientados a permitir que os idosos realizem pequenos atos do cotidiano, prezando também pela interação dos idosos com outros indivíduos dentro do ambiente familiar.

Por essa razão, os autores vislumbram que a capacitação de cuidadores na região adscrita passe a fazer parte da pauta de debates entre os profissionais da equipe da ESF, tendo as ACS papel central na capacitação de cuidadores e de outros profissionais da UBS. Além disso, os cuidadores que forem recebendo instruções de cuidado adequado podem auxiliar na instrução de familiares e outras pessoas da comunidade, atuando como multiplicadores das noções aprendidas em uma rede de transferência e compartilhamento de conhecimentos.

Conclusão

A inserção de estudantes da graduação em comunidades lhes possibilita conhecer as condições de vulnerabilidade à saúde dos grupos comunitários e sistematizar as informações que, *a priori*, devem subsidiar as práticas em saúde. Visando atuar como agente modificador, ainda que por meio de ações de curta duração, este projeto propôs-se a intervir positivamente na realidade local, ao estreitar os laços entre o ensino e a comunidade.

O reconhecimento de necessidades específicas da população adscrita de uma UBS, além de ser uma das atribuições da equipe de saúde, torna possível a tomada de decisões com maior potencial de eficiência e a realização de ações com menor necessidade de recursos físicos para serem executadas, como foi o caso da intervenção relatada neste trabalho. Com a devida qualificação dos cuidadores informais (familiares ou não), espera-se que o cuidado voltado ao indivíduo idoso seja pautado pela humanização, integralidade e competência.

Acrescenta-se ainda que a implementação futura do grupo de cuidadores familiares e/ou informais na UBS do Vilar, gerenciada pelas ACS, configura-se valiosa iniciativa do projeto “Semana da melhor idade: promovendo saúde e multiplicando o cuidado”. Esta ferramenta é de fundamental importância para a troca de experiências e saberes, em que os próprios cuidadores exercerão o papel de agentes ativos na aquisição contínua de seu conhecimento. Além de que, poderá se tornar um espaço de ganho pessoal, em que os cuidadores recarregarão suas energias e se fortalecerão ainda mais para exercer brilhantemente a arte de cuidar.

Referências

1. Wong LLR, Carvalho JA. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *Rev Bras Estud Popul.* 2006;23(1):5-26. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982006000100002>
2. Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(3):700-701. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300001>
3. Alvarenga MRM, Mendes MMR. O perfil das readmissões de idosos num hospital geral de Marília/SP. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2003;11(3):305-311. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000300007>
4. Brasil. Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília;* 1994 jan 05.
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília;* 2006 out 20.
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 699, de 30 de março de 2006. Aprova a Regulamentação das Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília;* 2006 mar. 30.
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. Série A. Normas e Manuais Técnicos. *Cadernos de Atenção Básica,* 19.
8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador. Brasília; 2008. 64 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos.
9. Joia LC, Ruiz T, Donalísio MR. Condições associadas grau de satisfação com a vida entre a população de idoso. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(1):131-138. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000100018>
10. Guccione AA. Functional Assessment of the Elderly. In: Guccione AA, editor. *Geriatric Physical Therapy.* Boston: Mosby; 1992. p. 113-23.
11. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília;* 2011 out 21.
12. Movimento Idosos Solidários (MIS). Cuidando do idoso em casa. São Paulo: SDI Projetos Audiovisuais; 2005. Disponível em: <http://www.idosossolidarios.com.br/video.php>.
13. Amaral ACS, Coeli CM, Costa MCE, Cardoso VS, Toledo ALA, Fernandes CR. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(6):1617-1626. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000600020>
14. Mello-Jorge MHPD, Koizumi MS. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo, 2000. *Rev Bras Epidemiol.* 2004;7(2):228-238.

SALVADOR - BAHIA



III CONGRESSO NORDESTE DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



Mais Medicina de Família e Comunidade:
Formação, Carreira e Cuidado em Saúde.

11, 12 e 13

**SETEMBRO | 2014
PROGRAME-SE!**

Hotel Pestana Bahia
Rua Fonte do Boi, 216
Rio Vermelho, Salvador - Ba.

INFORMAÇÕES:

ABM Eventos

Rua Baependi, 162 - Ondina

abmeventos@abmnet.org.br

71 2107 9682

2107 9684

Apoio:



Realização:



CIÊNCIA E ARTE DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE PARA TODOS **4º Congresso da AMFaC-RJ**
1º Seminário Internacional de Pesquisa da APS
2º Fórum Estadual de Residentes do Rio de Janeiro

Cidade do **Rio de Janeiro**
19 a 23 de Agosto
Centro de Convenções
Sul America

PARTICIPE!

www.amfacrj.org

5º Congresso Paulista de MEDICINA DE FAMÍLIA e COMUNIDADE

O FUTURO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA COORDENAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO

CENTRO DE CONVENÇÕES RIBEIRÃO PRETO - SP
13 a 16 DE NOVEMBRO DE 2014

WWW.CONGRESSOAPMFC.COM.BR

Inscriva já o seu trabalho científico!



21TH Wonca World Conference of Family Doctors

Brazil, your next destination.



Rio de Janeiro | Brazil

Never has a Wonca World Conference been held in South America.

Brazil has been investing efforts in primary care since 1994.

Over 30,000 doctors working in family health teams, caring for over 90,000,000 Brazilian people.

Rio de Janeiro is considered one of the most wonderful touristic sites in the world.

The Olympic Games will take place in August of the same year, 2016.

The 21th World Conference of Family Doctors will be able to take the advantage of:

- a transformed city with great hotels;
- an efficient transportation system;
- a strengthened security system.

Rio Centro is the biggest Convention Center of Latin America and has been rated as the best convention and exhibition center of Latin America.

It will be an honor and a pleasure to host this meeting for the first time in South America together with the WONCA staff.

A wonderful event is coming up!
See you in Rio de Janeiro in 2016!



Family Medicine
Now, more than ever!



Rio Centro is the biggest Convention Center of Latin America and has been rated as the best convention and exhibition center of Latin America. It is perfect for a 6,000-people gathering.

