

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



Volume 9, Número 32, Jul-Set 2014  
ISSN 2179-7994



[www.rbmfc.org.br](http://www.rbmfc.org.br)



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

#### INFORMAÇÃO PARA AUTORES / INFORMATION FOR AUTHORS

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

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

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

#### EQUIPE EDITORIAL

##### CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Ailton Tettelbom Stein, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFSCPA), Brasil Prof. Dr. Angelmar Constantino Roman, Faculdade de Medicina da Universidade Positivo (UP), Brasil Prof. Dr. Bruno José Barcellos Fontanella, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Brasil Prof. Dr. Carlos Eduardo Aguilera Campos, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Brasil Prof. Dr. Charles 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 Gervas, Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Espanha Prof. Dr. Luiz Carlos de Abreu, Faculdade de Saúde Pública (FSP-USP), Brasil Prof. Dr. Marcelo Marcos Piva Demarzo, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Brasil Prof. Dra. Maria Inez Padua Anderson, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Brasil Prof. Dr. Michael Kidd, Flinders University, Austrália Prof. Me. Nulvio Lermen Junior, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMSRJ), Brasil Prof. Dr. Ricardo Donato Rodrigues, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Brasil Prof. Dra. Sandra Fortes, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Brasil

##### EDITORES - editor.rbmfc@sbmfc.org.br

Michael Schmidt Duncan, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil  
Me. Leonardo Ferreira Fontenelle, Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Brasil  
Prof. Me. Armando Henrique Norman, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), Brasil

##### EDITORA ADJUNTA - editoradj1.rbmfc@sbmfc.org.br

Prof. Me. Melissa Moura Mello, Mestre em Letras, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil

##### SECRETÁRIO-EXECUTIVO - BIBLIOTECÁRIO - david@sbmfc.org.br

David Matos Milhomens, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), Brasil

##### CONSELHO CIENTÍFICO

Prof. Dr. Alberto Novaes Ramos Jr, Universidade Federal do Ceará, Brasil Prof. Dra. Aldaisa Cassanho Forster, Universidade de São Paulo (USP), Brasil Prof. Dr. Altacilio Aparecido Nunes, Universidade de São Paulo (USP), Brasil Prof. Dr. Amaury Lelis Dal-Fabbro, Universidade de São Paulo (USP), Brasil Prof. Dra. Camila Giugliani, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil Prof. Dra. Danielle Fernandes Godoi, Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, Brasil Prof. Dr. Ernani Tiaraju de Santa Helena, Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB), Brasil Prof. Dr. João Mazzoncini de Azevedo Marques, Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCRP-USP), Brasil Prof. Dr. João Werner Falk, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil Prof. Dr. José Ricardo de Mello Brandão, University of Toronto, Canadá Prof. Dra. Luciane Loures dos Santos, Universidade de São Paulo (USP), Brasil Prof. Dra. Maria Inês Reinert Azambuja, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil Prof. Dr. Mario Maia Bracco, Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein (IIEP), Brasil Prof. Dr. Nicanor Rodrigues da Silva Pinto, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Brasil Prof. Dra. Olga Maria Fernandes de Carvalho, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Brasil Prof. Dra. Patricia Barreto Cavalcanti, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Brasil Prof. Dr. Renan Magalhães Montenegro Junior, Universidade Federal do Ceará (UFC), Brasil Prof. Dra. Roberta Alvarenga Reis, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil Prof. Dr. Rodolfo de Carvalho Pacagnella, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Brasil Prof. Dr. Vítor Engrácia Valenti, Faculdade de Filosofia e Ciências, Brasil

##### REVISORES "AD HOC"

Adilson Domingos dos Reis Filho (UNIVAG) Adriana Valéria Assunção Ramos (UNIFOR) Alcione Tavora Kullok (FUNEC) Alessandro Leite Cavalcanti (UEPB) Alessandro da Silva Scholze (UNIVAL) Aline Guerra Aquilante (UFSCar) Ana Cristina Vidor (Prefeitura Municipal de Florianópolis) André Luis Bezerra Tavares (UFC) Andréia Sílvia Walter de Aguiar (UFC) Angela Helena Marin (UNISINOS) Bruno Souza Benevides (UECE) Carla Maria Ramos Germano (UFSCar) Celso Zilbovicius (UNIFESP) César Augusto Orazem Favoreto (UERJ) César Monte Serrat Titton (PMF) Cristine Vieira do Bonfim (FUNDAJ) Daniel Almeida Gonçalves (UNIFESP) Daniela Dallegrove (GHC) Débora Gusmão Melo (UFSCar) Donovan Casas Patiño (México) Hamilton Lima Wagner (PMF) Daniel Knupp Augusto (Unimed Belo Horizonte) Elson Romeu Farias (ULBRA) Fernanda Lazzari Freitas (PMF) Francisco Jorge Arsego Quadros de Oliveira (UFRGS) Gabriela dos Santos Buccini (SPED) Giannina Maria do Espírito Santo Wildhagen (UNISUAM) Gustavo de Araújo Porto Landsberg (UNIFENAS) Isanete Geraldini Costa Bieski (UFMT) José Aroldo Lima Gonçalves-Filho (PMERJ) José Mauro Ceratti Lopes (GHC) José Carlos Prado Junior (SMSDC-RJ) José Eduardo Corrente (UNESP) Josenaide Engracia Santos (UNEB) Luis Antônio Benvenuto (UNIJU) Leonardo Vieira Targa (UCS) Liz Ponnet (UNIFESP) Lucas Mello Pioner (UFSC) Lucia Alves S. Lara (USP) Luciana Kind (PUCMG) 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) Marcio Costa de Souza (UESB) Marco Aurélio Oliveira Góes (Governo do Estado de Sergipe) Maria Cristiane Barbosa Galvão (USP) Maria Eugênia Bresolin Pinto (UFSCPA) 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 Rogerlândia da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba) Patricia Sampaio Chueiri (DAB) Patricia Taira Nakanishi (UNB) Rachel de Faria Brino (UFSCar) Renata Cereda Cordeiro (UNIFESP) Renata Giannecchini Bongiovanni Kishi (UFSCar) Ricardo de Mattos Russo Rafael (UNIG) Roberto Nunes Umpierre (UFRGS) Rodrigo Caprio Leite de Castro (Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição) Rodrigo da Silva Dias (UEPA) Rogerio Luiz 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) Shamyry Sulyvan de Castro (UFTM) Tânia de Araújo Barboza (UNIFOR) Tania Toledo de Oliveira (UFV) Thiago Roberto Castellane Arena (CBM) Thiago Dias Sarti (UFES) Thiago Gomes da Trindade (UFRN) Tiago Villanueva Gutierrez Marques (Portugal) Ubiratan Adler (UFSCar) Yuji Magalhães Ikuta (UEPA) Valéria Ferreira Romano (UFRJ) Ana Lucia Soares Camargo Fagundes (UNESCO) Ângela Jornada Ben (Hospital de Clínicas de Porto Alegre) Célia Aparecida Paulino (UNIBAN) Fernanda Vieira Rodovalho Callegari (UFSCar) Francisco Rogerlândia 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 (UFMOC) 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 (2014 - 2016)

Thiago Gomes da Trindade  
Presidente

Daniel Knupp Augusto  
Vice-Presidente

Paulo Poli Neto  
Secretário Geral

Samantha Pereira Franca  
Diretora Administrativa e Financeira

Gustavo Diniz Ferreira Gusso  
Diretor Científico e de Desenvolvimento Profissional Contínuo

Marcelo Rodrigues Gonçalves  
Diretor de Graduação e Pós-Graduação Stricto Sensu

Nilson Massakazu Ando  
Diretor Residência Médica Pós-Graduação Lato Sensu

Ademir Lopes Junior  
Diretor de Comunicação

Nulvio Lermen Junior  
Diretor de Titulação e Certificação

Denize Ornelas Pereira Salvador de Oliveira  
Diretor de Exercício Profissional e Mercado de Trabalho

Rodrigo Luciano Bandeira de Lima  
Diretor de Comunicação

André Luiz da Silva  
Diretor de Medicina Rural

#### Departamentos

Marcos Oliveira Dias Vasconcelos  
Departamento de Graduação

Roberto Nunes Umpierre  
Departamento de Pós-Graduação Stricto Sensu

Maria Eugênia Bresolin Pinto  
Departamento de Especialização

André Luis Andrade Justino  
Departamento de Residência

Michael Schmidt Duncan  
Departamento de Publicação

Fabiano Gonçalves Guimarães  
Departamento de Educação Permanente

Sandro Rogério Rodrigues Batista  
Departamento de Pesquisa

Emílio Rossetti Pacheco e Karina de Paula B. Santos  
Comissão de Titulação

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.rbmfc.org.br>

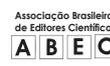
Volume 1, Número 1, Abril, 2004

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

- 233 Médicos para atenção primária em regiões rurais e remotas no Brasil: situação atual e perspectivas**  
Physicians for primary health care in rural and remote regions in Brazil: current situation and perspectives  
*Médicos para la atención primaria en regiones rurales y remotas en Brasil: situación actual y perspectivas*  
Michael Schmidt Duncan, Leonardo Vieira Targa

## ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES / ARTÍCULOS ORIGINALES

- 235 Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, Manguinhos, Rio de Janeiro**  
Absence to scheduled medical appointments: perceptions of the users of the Family Health Strategy, *Manguinhos, Rio de Janeiro*  
*La ausencia de las citas médicas programadas: percepciones de los usuarios acompañados por la Estrategia Salud de la Familia, Manguinhos, Rio de Janeiro*  
Mellina Marques Vieira Izecksohn, Jaqueline Teresinha Ferreira
- 242 A motivação como estratégia para cessação do tabagismo**  
Motivation as a strategy for smoking cessation  
*La motivación como estrategia para el cese del tabaquismo*  
Lucia Soares Buss Coutinho, Sandra Regina Martini Brun, Marina Patrício de Arruda
- 250 A “boca amarga” para o paciente: competência comunicativa intercultural**  
“Bitter mouth”: intercultural communicative competence  
*La “boca amarga” para el paciente: competencia comunicativa intercultural*  
Mayara Floss, Igor Oliveira Claber Siqueira, Tarso Pereira Teixeira, Arthur Ferronato Dall’Agnol
- 258 Inserção da fitoterapia em unidades de saúde da família de São Luís, Maranhão: realidade, desafios e estratégias**  
Insertion of phytotherapy in family health units in São Luís, Maranhão state: reality, challenges and strategies  
*La inserción de la fitoterapia en unidades de salud familiar de São Luís, Maranhão: realidad, desafíos y estrategias*  
Waleska Regina Machado Araujo, Rômulo Vieira Silva, Clemilson da Silva Barros, Flavia Maria Mendonça do Amaral
- 264 Sintomas respiratórios em pacientes atendidos em uma unidade básica de saúde de Goiânia-GO**  
Respiratory symptoms in patients consulting at a primary health care unit of Goiania-GO  
*Sintomas respiratorios en los pacientes tratados en una unidad de atención primaria de Goiânia-GO*  
José Laerte Rodrigues Silva Júnior, Thiago Fintelman Padilha, Jordana Eduardo Rezende, Eliane Consuelo Alves Rabelo, Anna Carolina Galvão Ferreira, Marcelo Fouad Rabahi
- 273 Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010**  
Prevalence of hypertension in elderly in Brazil between 2006 and 2010  
*Prevalencia de hipertensión arterial sistémica en ancianos en Brasil entre 2006 y 2010*  
Gisele Soares Mendes, Clayton Franco Moraes, Lucy Gomes

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

- 279 Diagnóstico e manejo do herpes-zóster pelo médico de família e comunidade**  
Diagnosis and management of herpes zoster by the family and community physician  
*Diagnóstico y manejo del herpes zoster por el médico de familia y comunidad*  
Pedro Alexandre Barreto Coelho, Priscila Barreto Coelho, Natalia de Campos Carvalho,  
Michael Schmidt Duncan

## CASOS CLÍNICOS / CLINICAL CASES / CASOS CLÍNICOS

- 286 Neuralgia pós-herpética: dois casos clínicos**  
Postherpetic neuralgia: two clinical cases  
*Neuralgia postherpética: dos casos clínicos*  
Daniel Serrano, Teresa Maya Valente

## DOCUMENTOS DA SBMFC/ SBMFC DOCUMENTS / DOCUMENTOS DE LA SBMFC

- 292 Declaração de Gramado pela Saúde Rural nos países em desenvolvimento**  
Gramado Statement for Rural Health in developing countries  
*Declaración de Gramado para la Salud Rural en los países en desarrollo*  
Leonardo Vieira Targa, John Wynn-Jones, Amanda Howe, Maria Inez Padula Anderson,  
José Mauro Cerratti Lopes, Nulvio Lermen Junior, Thiago Gomes da Trindade, Ian Couper,  
Nilson Massakazu Ando, Alan Bruce Chater, Jo Scott-Jones, André Luiz da Silva

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

- 295 Medicina Geral e Familiar em Portugal**  
Family and General Medicine in Portugal  
*Medicina General y Familiar en Portugal*  
Ana Costa, Raquel Pedro, Sara Magalhães

## ENTREVISTA / INTERVIEW / ENTREVISTA

- 300 O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do município de Florianópolis**  
The Family and Community Medicine Residency Programme of the municipality of Florianópolis  
*Programa de Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria del municipio de Florianópolis*  
Nulvio Lermen Junior

## RELATOS DE EXPERIÊNCIA / EXPERIENCE REPORTS / RELATOS DE EXPERIENCIA

- 304 A experiência da Medicina de Família e Comunidade enquanto disciplina no curso de graduação em medicina**  
The experience of Family and Community Medicine as a discipline in the undergraduate course in medicine  
*La experiencia de la Medicina Familiar y Comunitaria como disciplina en el curso de pregrado en medicina*  
Debora Carvalho Ferreira, Leticia Arede Almeida, Danillo Zeferino de Oliveira Souza,  
João Vitor Peixoto Leal Zanirati

## CARTAS AO EDITOR/ LETTERS TO THE EDITOR/ CARTAS AL EDITOR

- 311 Estudos epidemiológicos: estatística é fundamental**  
Epidemiological studies: statistics is essential  
*Estudios epidemiológicos: la estadística es fundamental*  
Johnnatas Mikael Lopes

## Médicos para atenção primária em regiões rurais e remotas no Brasil: situação atual e perspectivas

Physicians for primary health care in rural and remote regions in Brazil: current situation and perspectives

*Médicos para la atención primaria en regiones rurales y remotas en Brasil: situación actual y perspectivas*

Michael Schmidt Duncan. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. msduncan81@gmail.com (Autor correspondente)  
Leonardo Vieira Targa. Universidade de Caxias do Sul (UCS). Caxias do Sul, RS, Brasil. targalv@gmail.com

Ao longo do último ano, com o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), ganhou força a discussão sobre o provimento de médicos para a atenção primária brasileira. O debate vem sendo acirrado, permeado por discussões ideológicas, e frequentemente se desviando de uma análise cientificamente embasada dos temas em questão. Um dos poucos pontos consensuais é que a distribuição de médicos nas diferentes regiões do Brasil é muito desigual,<sup>1,2</sup> contribuindo para o que vem sendo denominado defasagem rural-urbana.

Mesmo enfrentando forte oposição, especialmente das entidades médicas,<sup>3</sup> o PMMB foi em frente, contando atualmente com mais de 14 mil profissionais, de diferentes nacionalidades, dos quais cerca de 11 mil são cubanos. Esses médicos estão distribuídos em 3,8 mil municípios e 33 distritos de saúde indígena,<sup>4</sup> todos teoricamente trabalhando na Estratégia Saúde da Família, ou seja, atuando na porta de entrada do sistema de saúde. Esse projeto constitui hoje a principal política pública de provimento de recursos humanos para parcela significativa da população brasileira e é a primeira etapa, atualmente a mais visível, de um programa mais amplo de reformulação da força de trabalho médica no país, denominado Programa Mais Médicos,<sup>5</sup> a maior parte do qual está em construção.

Embora o alcance dessa iniciativa seja inegável, deve-se destacar a preocupação quanto à sua sustentabilidade a longo prazo, que dependerá do sucesso dos demais componentes do programa e da superação das deficiências do PMMB. Uma das principais deficiências é que esse projeto prevê a contratação do médico por um período de três anos,<sup>5</sup> sem estarem definidas estratégias claras para sua fixação ou substituição por outro profissional que irá permanecer na mesma comunidade por um tempo maior. Pelo contrário, a partir do momento em que o gestor municipal fica desobrigado ao pagamento dos salários, devendo apenas oferecer uma contrapartida de moradia e alimentação, constrói-se uma grande dependência dos municípios sobre o programa, o que pode ser extremamente destrutivo para o processo de estruturação de sistemas de saúde locais. De fato, tem havido relatos de demissão de médicos para dar lugar a esses médicos novos temporários,<sup>6</sup> mesmo isso estando contra as regras do programa.<sup>5</sup>

Por esse motivo, o consenso internacional é de que, paralelamente a estratégias de curto prazo para provimento de profissionais médicos, deveriam ser implementadas medidas de médio e longo prazo, multifacetadas e focadas na retenção dos profissionais.<sup>7</sup> Deveria-se também investir na construção de um sistema de saúde forte, regionalizado e alicerçado nos atributos da atenção primária: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado.<sup>8</sup> Os interesses imediatistas de provimento não podem conflitar com a necessidade a longo prazo de fixação de profissionais e de integração destes em um sistema de saúde bem estruturado. Os incentivos para a estruturação a longo prazo do sistema de saúde local deveriam parecer aos gestores municipais mais atraentes do que o pagamento pelo governo federal de bolsas para os profissionais temporários do PMMB.

Um componente fundamental de uma política de estruturação de sistemas de saúde para áreas rurais e remotas é a formação de recursos humanos capacitados para atuarem nessas regiões. Isso envolve a reorganização dos currículos médicos e a descentralização da formação em saúde, juntamente com medidas para facilitar o acesso de estudantes do interior aos cursos de medicina.<sup>7</sup> O padrão-ouro para a formação pós-graduada de médicos para a atenção primária de áreas rurais e remotas é o treinamento em programas de residência em Medicina de Família e Comunidade, que os capacita para serem resolutivos no manejo dos problemas mais frequentes vistos nos territórios em que atuam, inclusive nas regiões rurais, bem como para prestarem cuidado continuado às populações que habitam nesses territórios.

Para debater esses e outros importantes assuntos ligados à saúde das populações rurais, foi realizada este ano, em Gramado, a 12ª Conferência Mundial de Saúde Rural, que reuniu mais de 700 participantes de mais de 20 países, incluindo autoridades mundiais nesse tema. Durante a conferência, foi elaborada a Declaração de Gramado, que está sendo publicada neste número da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade<sup>9</sup>, e que propõe recomendações sobre como melhorar a saúde rural por meio da organização de sistemas de saúde e sobre como estruturar políticas de recursos humanos para atuarem nesses sistemas. Essas recomendações, se incorporadas no desenho das políticas para provimento e fixação de médicos no Brasil, têm grande potencial de contribuir para superar a defasagem rural-urbana e propiciar cuidados de saúde de qualidade para a população que mora em áreas rurais e remotas.

## Referências

1. Conselho Federal de Medicina (CFM); Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). Demografia Médica no Brasil: cenários e indicadores de distribuição. São Paulo: CFM; CREMESP; 2013 [acesso em: 2014 Sep 02]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf>.
2. Garcia B, Rosa L, Tavares F. Projeto mais médicos para o Brasil: apresentação do programa e evidências acerca de seu sucesso. Informações FIPE. Mar 2014 [acesso em 2014 Sep 02];402:26-36. Disponível em: [http://www.fipe.org.br/publicacoes/downloads/bif/2014/3\\_26-36-bea-et al.pdf](http://www.fipe.org.br/publicacoes/downloads/bif/2014/3_26-36-bea-et al.pdf).
3. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). Médicos cubanos: CFM considera a imigração anunciada pelo Ministério da Saúde como medida eleitoreira e irresponsável [Internet]. 2013 Aug 26 [acesso em 2014 Sep 02]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=2988>.
4. Governo diz que Mais Médicos supera meta de cobertura no país [Internet]. G1. 2014 Jun 30 [acesso em 2014 Sep 02]. Disponível em: <http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2014/06/governo-diz-que-mais-medicos-supera-meta-de-cobertura-no-pais.html>.
5. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2013 Oct 23 [acesso em 2014 Sep 02]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm).
6. Alagoas Real [blog on the Internet]. Mais Médicos continua causando demissão no interior de Alagoas. 2013 Sep 20 [acesso em 2014 Sep 02]. Disponível em: <http://alagoasreal.blogspot.com.br/2013/09/mais-medicos-continua-causando-demissao-de-profissionais-no-interior-de-alagoas.html>.
7. World Health Organization (WHO). Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Geneva; 2010.
8. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technologies. New York: Oxford University Press; 1998.
9. Targa LV, Wynn-Jones J, Howe A, Anderson MIP, Lopes JMC, Lermen Jr N, et al. Declaração de Gramado pela Saúde Rural nos países em desenvolvimento. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(32):pp-pp. Disponível em [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9\(31\)982](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9(31)982).

## Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, Manguinhos, Rio de Janeiro

Absence to scheduled medical appointments: perceptions of the users of the Family Health Strategy, *Manguinhos, Rio de Janeiro*

*La ausencia de las citas médicas programadas: percepciones de los usuarios acompañados por la Estrategia Salud de la Familia, Manguinhos, Rio de Janeiro*

Mellina Marques Vieira Izecksohn. Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. mellizeck@gmail.com  
(*Autora correspondente*)

Jaqueline Teresinha Ferreira. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. jaquetf@gmail.com

### Resumo

**Introdução:** os motivos que levam o usuário da Estratégia Saúde da Família a comparecer ou não às consultas médicas programadas precisam ser conhecidos devido ao impacto negativo que as faltas podem causar no serviço de saúde, inclusive de caráter financeiro e no cuidado do usuário. **Objetivo:** conhecer o motivo e a percepção do usuário quanto à importância de comparecer às consultas agendadas, identificando as razões para o não comparecimento. **Métodos:** pesquisa quanti-qualitativa, com quantificação de faltosos em duas equipes do Centro de Saúde Escola no período de seis meses e entrevista semiestruturada com 22 pacientes que faltaram ou não às consultas médicas agendadas. **Resultados:** foi identificado um percentual de faltas de 48,9% no período estudado. O principal motivo para agendamento das consultas dos usuários foi o acompanhamento de sua saúde, o que pode ter diversas interpretações por parte dos profissionais de saúde e dos pacientes. Entre os motivos citados para as faltas às consultas, destacaram-se o esquecimento assim como o agendamento em horários inoportunos. Alguns ruídos na comunicação entre os usuários e a unidade de saúde também foram identificados, como a impossibilidade de cancelamento do encontro sem que o usuário compareça ao serviço. **Conclusões:** o estudo permitiu a identificação de aspectos relacionados à organização do serviço de saúde e ao usuário que interferem na assiduidade, assim como das propostas que podem melhorar o comparecimento às consultas médicas, tais como diversificar as formas de agendamento, contato telefônico prévio, escutar o usuário, entre outros.

### Abstract

**Introduction:** the reasons that lead users of the Family Health Strategy (FHS) to attend or not scheduled medical appointments must be known due to the negative impact that non-attendance can cause in the health service, including financial consequences and those related to the quality of care. **Objective:** to know the reasons for non-attendance and the users' perception of the importance of attending scheduled appointments, identifying the reasons for non-attendance. **Methods:** quantitative and qualitative research, identifying non-attenders in two FHS teams of an Academic Health Center, within a six months period, and conducting semi-structured interviews with 22 patients who missed or attended scheduled medical appointments. **Results:** the study found a non-attendance rate of 48.9% during the study period. The main reason for scheduling an appointment was to monitor one's health, which can have various interpretations on the part of health professionals and patients. Among the reasons for non-attendance were forgetting the appointment and the fact that the appointment was scheduled for an inconvenient time. Some communication problems between users and the Health Unit were also identified, such as the impossibility of canceling the appointment without having to go to the health unit. **Conclusions:** the study identified aspects related to the organization of the health service and to the users that interfere with attendance, and also made it possible to propose measures to improve attendance, such as offering different ways for scheduling appointments, prior telephone contact and listening to the user.

### Palavras-chave:

Agendamento de Consultas  
Absenteeismo  
Saúde da Família  
Assistência Ambulatorial

### Keywords:

Appointments and Schedules  
Absenteeism  
Family Health  
Ambulatory Care

**Fonte de financiamento:**  
declaram não haver.

**Parecer CEP:**  
ENSP/FIOCRUZ nº. 195.406.

**Conflito de interesses:**  
declaram não haver.

Recebido em: 25/06/2014.  
Aprovado em: 19/08/2014.

**Como citar:** Izecksohn MMV, Ferreira JT. Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, Manguinhos, Rio de Janeiro. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(32):235-241. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(32\)960](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(32)960).

## Resumen

**Introducción:** las razones que llevan al usuario de la Estrategia Salud de la Familia para asistir o no a las citas médicas programadas deben ser conocidas por el impacto negativo que causan fallas en el servicio de salud, incluidas las disposiciones financieras y de atención al usuario.

**Objetivo:** conocer la percepción de los usuarios sobre la importancia de asistir a citas programadas, y la identificación de las causas de la ausencia.

**Métodos:** investigación cuantitativa y cualitativa, con la cuantificación de ausentes en dos equipos de Centro Médico Académico en uno semestre, y entrevistas semi-estructuradas con 22 pacientes que tengan asistido o no a las citas programadas. **Resultados:** fue identificado un porcentaje de ausencias de 48,9% durante el período de estudio. La razón principal de la programación de las consultas fue el seguimiento del estado de salud que puede tener diversas interpretaciones por parte de los profesionales sanitarios y de los pacientes. Entre las razones de citas perdidas pararon el olvido y la programación del horario en momentos inoportunos. También se han detectado algo de ruido en la comunicación de los usuarios con la Unidad de Salud, como la imposibilidad de cancelar la cita sin tener que volver allá. **Conclusiones:** el estudio permitió la identificación de los aspectos relacionados con la organización del servicio de salud y el usuario que interfieren con la asiduidad, e identificar propuestas que puedan mejorar la asistencia a las citas médicas, como formas de diversificar las formas de programación, el contacto telefónico previo, entre otros.

### Palabras clave:

Citas y Horarios  
Absentismo  
Salud de la Familia  
Atención Ambulatoria

## Introdução

Os motivos que levam o usuário da Estratégia Saúde da Família (ESF) a comparecer ou não às consultas médicas programadas precisam ser conhecidos, devido ao impacto negativo que as faltas podem causar no serviço de saúde, seja financeiramente, no processo de trabalho ou no cuidado ao usuário.<sup>1,2</sup> Os meios de comunicação, como jornais impressos e digitais, têm se voltado para este problema e chamam a atenção para o fato do absenteísmo às consultas dificultar o acesso ao serviço de saúde, com aumento das filas de espera para agendamento.<sup>3,4,5,6</sup> Além disso, o usuário faltoso tende a agendar uma nova consulta, comprometendo mais um horário de atendimento que poderia ser destinado a outra pessoa, o que pode, nesses casos, dar uma falsa impressão de falta de profissional ou de vagas causada pelo mau aproveitamento do serviço ofertado.

Poucos são os estudos brasileiros que abordam esse tema, principalmente se nos ativermos à percepção do usuário. Os estudos existentes nacionais e internacionais que buscam analisar as razões das faltas às consultas referem como fatores determinantes a distância entre a data do agendamento e a consulta, esquecimento, dificuldade de liberação do trabalho e de locomoção, paternidade, melhora do sintoma que ocasionou o agendamento e atendimento médico prévio sem que seja agendado, além de relatos do usuário não ter sido avisado da marcação.<sup>1,7,8,9,10,11,12,13</sup>

A literatura aponta igualmente alternativas que já foram pensadas para diminuir as faltas às consultas: aviso pelo correio, marcação individualizada considerando-se o perfil do usuário; não remarcação automática das pessoas que faltam às consultas; adaptação da marcação ao horário de trabalho do usuário; lembrete do agendamento no dia anterior pelo agente comunitário de saúde (ACS); entre outras.<sup>7,8,9,14</sup> No entanto, em algumas situações, os resultados não são expressivos, o que reforça a noção de que, sem se entender a percepção do usuário, torna-se difícil reduzir esse problema.

O objetivo deste artigo é conhecer o motivo e a percepção do usuário quanto à importância de comparecer às consultas agendadas, identificando as razões para o não comparecimento à consulta em duas equipes de Saúde da Família do Centro de Saúde Escola Manguinhos.

## Métodos

Este é um estudo descritivo-exploratório com abordagem quanti-qualitativa, tomando como base as reflexões oriundas da dissertação apresentada como defesa do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em setembro de 2013.

Após levantamento bibliográfico realizado no período de quatro meses, realizamos a quantificação do número de faltas dos usuários às consultas médicas de duas Equipes de Saúde da Família do Centro de Saúde Escola Manguinhos, atualmente incorporado ao Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, no período de julho a dezembro de 2012. Tais dados foram obtidos por levantamento do banco de dados do prontuário eletrônico ALERT, utilizado como fonte de informação da unidade desde abril de 2008.

A seguir, realizamos entrevistas semi-estruturadas, pautadas em um questionário com perguntas abertas e fechadas, com usuários das mesmas duas equipes, com o objetivo de compreender como é realizado o agendamento e o porquê de eles terem comparecido ou não às consultas agendadas. As entrevistas foram realizadas com onze indivíduos que compareceram e onze que não compareceram às consultas agendadas. O trabalho de campo foi organizado mediante agendamento prévio de visitas domiciliares da pesquisadora com os agentes comunitários de saúde e as famílias, sendo as entrevistas realizadas no domicílio dos usuários.

Na entrevista, abordamos as representações da importância das consultas agendadas e o motivo para o não comparecimento na perspectiva dos usuários. As entrevistas foram gravadas e realizadas após o consentimento do entrevistado, com duração média de 25 minutos. Excluímos da amostra gestantes e usuários menores de 18 anos por levantarem questões relacionadas ao cuidado do outro que não foram abordadas neste estudo.

As duas equipes utilizam apenas o sistema eletrônico para agendamento das consultas médicas. As unidades funcionam de segunda à sexta-feira, no horário de 08 às 17 horas, e a marcação pode ser feita durante todo o expediente. Até o momento, não há outra forma que não seja a presencial para realizar o agendamento.

Como as entrevistas foram realizadas no período de funcionamento da unidade, diminuiu-se a chance de se entrevistarem usuários que estivessem trabalhando fora da residência nesse período, sendo essa uma limitação do estudo. Alguns, por trabalharem em dias alternados, tiveram as entrevistas agendadas para quando estivessem em casa.

O trabalho foi inicialmente apresentado às equipes escolhidas durante reunião das mesmas, mediante autorização prévia dos médicos e enfermeiros, tendo aceitação, aprovação e colaboração por parte das mesmas, o que facilitou a coleta de dados.

A amostra foi intencional sendo limitada por saturação ou redundância de informações, segundo Fontanella,<sup>15</sup> chegando ao número de 22 entrevistados.

A interpretação das respostas buscou significados a partir da construção de categorias temáticas,<sup>16</sup> visando à sua articulação em conjuntos mais amplos, que se relacionavam com conceitos representativos das ciências sociais e humanas em saúde. Assim, os temas foram selecionados após leitura exaustiva e análise das entrevistas, o que proporcionou a escolha de categorias mais evidentes e significativas presentes nos textos, os quais também foram confrontados com a literatura científica. Dessa forma, a análise temática permitiu descobrir os núcleos de sentido que compuseram esta comunicação.

## Cenário e universo de estudo

O cenário do estudo constitui-se no complexo de Manguinhos, situado na Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro, com 36.160 moradores,<sup>17</sup> renda per capita de R\$ 118,8624,<sup>17</sup> IDH de 0,72624,<sup>17</sup> encontrando-se na 122ª colocação em relação ao IDH<sup>17</sup> entre os 126 bairros do município.

As duas equipes estudadas estão completas,<sup>18</sup> compostas pelo mesmo médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde há mais de um ano, sendo que ambas recebem alunos de graduação de medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro e uma delas ainda recebe um médico residente de Medicina de Família e Comunidade da ENSP. Tais equipes foram escolhidas por essas razões e igualmente por serem equipes distintas daquela da qual a pesquisadora faz parte, proporcionando uma maior relativização para a realização deste estudo. Foram garantidos o sigilo e a privacidade dos sujeitos e das equipes em relação aos dados confidenciais e, para isso, utilizamos nomes fictícios para os sujeitos da pesquisa, identificados por letras, bem como para as equipes, nomeadas como equipe A e equipe B.

A população abrangida pela equipe A é de 2743 pessoas, das quais 14 são gestantes e 811 têm menos de 18 anos, sendo a amostra de estudo composta por 1918 pessoas. A equipe B abrange uma comunidade com 2624 usuários, sendo 681 menores de 18 anos e 17 gestantes, sendo a amostra de estudo 1926 pessoas.

O agendamento das consultas é realizado preferencialmente na unidade, pelo usuário, ao se dirigir à baía da equipe na sala de espera do centro de saúde, sendo o mesmo realizado pelo agente comunitário ou por qualquer outro profissional da equipe de saúde presente, a saber: técnico de enfermagem, enfermeiro ou médico.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), sob o número 195.406, em 07 de fevereiro de 2013.

## Resultados e Discussão

No período estudado de seis meses, foi identificado um percentual de faltas de 48,9% do total de 2272 agendamentos, sendo que, dessas faltas, 58,5% das pessoas faltaram uma vez, 26,5% faltaram duas vezes e 15% faltaram mais de três vezes. Do total de usuários agendados, entrevistamos 22 pessoas, das quais metade faltou à consulta e a outra metade compareceu.

Como as entrevistas foram realizadas durante a semana em período diurno, sabíamos que podíamos encontrar mais aposentados e donas de casa no total de entrevistados, assim quatro (18%) eram aposentados por idade, tempo de serviço ou invalidez e seis (27%) eram donas de casa.

Quanto ao gênero, 20 eram do sexo feminino e apenas 2 do sexo masculino. Quanto à faixa etária entrevistada, 13 pessoas tinham de 20 a 59 anos e nove eram maiores de 60 anos. Um destaque é que 64% dos assíduos são maiores de 60 anos e 82% dos faltosos possuem menos de 60 anos.

A renda individual encontrada foi baixa, sendo em sua maioria de 1 a 2 salários mínimos e a maioria dos entrevistados possui ensino fundamental incompleto.

O fato de a maioria dos entrevistados ser do sexo feminino pode ser justificado em função de as mulheres ainda serem mais fáceis de serem encontradas nos domicílios durante o dia. A maior proporção de entrevistados faltosos encontrados tem idade classificada como população economicamente ativa, o que concorda com alguns estudos que identificam que, com o aumento da idade, a proporção de faltas diminui.<sup>10,19</sup> Esse fato pode estar associado à maior probabilidade de doença em faixas etárias mais altas, ou ao acúmulo de experiência, que leva o usuário a recorrer a uma consulta por identificar antecipadamente sinais de problemas relacionados à saúde.<sup>10,19,20</sup>

Quanto à escolaridade e à renda dos entrevistados, nenhum desses aspectos parece interferir na assiduidade às consultas médicas agendadas. No entanto, vale a reflexão de que todos os entrevistados possuem baixa renda e pouca escolaridade, não apresentando uma diferença significativa entre eles, além do número avaliado ser pequeno para uma análise quantitativa desses fatores.

Abordamos o usuário questionando sobre se lhe foi oferecida a oportunidade de opinar sobre o horário de atendimento. Quase todos os entrevistados afirmaram não terem sido ouvidos sobre o melhor dia ou período para agendamento, sendo desconsiderados, inclusive, seus horários de trabalho.

Isto pode ser evidenciado quando questionamos a Sra. D. sobre se tinha sido consultada a respeito do melhor horário para agendamento: “... não, ela marcou e pronto...”, o mesmo foi evidenciado pelo Sr. P., que respondeu: “Não, não, se eles me dessem eu gostaria, mas não dá não.”

Ao questionarmos os usuários se precisariam fazer alguma modificação de sua rotina diária para comparecer às consultas, a maior parte referiu necessitar de algum nível de rearranjo familiar, doméstico ou profissional. Como exemplo, temos usuários que mencionaram trabalhar em esquema de plantão, em dias alternados, devendo marcar a consulta nos seus dias de folga, além de uma senhora que vende quentinhas, que teria facilitado seu comparecimento se fosse agendada para o período da tarde, já que passa a manhã cozinhando.

Outro dado que chamou a atenção foi a não participação dos usuários no agendamento. Alguns receberam em casa o aviso da marcação, e terminaram sendo marcados para dias em que estariam, por exemplo, ausentes do município, inviabilizando, portanto, seu comparecimento à consulta.

Observamos que, no entanto, nos casos em que os ACS possuem relações próximas com os usuários, este cuidado pôde ser identificado, como relata a Sra. Y.: “O que ela (ACS) puder fazer por mim, ela faz, porque eu trabalho fora. Eu trabalho como plantonista, então ela tenta marcar nas minhas folgas.” De qualquer forma, devemos preconizar que o tratamento seja cauteloso com todos os usuários e não somente com alguns.

Quando questionamos sobre o motivo dos entrevistados comparecerem às consultas, apenas um usuário mencionou a consciência de não estar tirando a vaga de alguém que precise, sendo que a maioria aponta a consulta marcada como um compromisso ao qual não se deve faltar.

Quando nos referimos ao motivo de agendamento, este foi diversificado entre assíduos e faltosos.<sup>20</sup> Para os assíduos, o “acompanhamento” de doenças foi o predominante, o que implica em receber o resultado ou solicitar exames e/ou medicação.<sup>21</sup> As motivações para agendamento variaram muito para os faltosos, aparecendo a questão do “acompanhamento”, mas também queixas como queixas ginecológicas, álgicas ou dermatológicas. Duas pessoas desconheciam o motivo do agendamento. A

dor é destacada em vários estudos como o principal motivo para a procura de atendimento médico, programado ou não, o que vai de encontro aos nossos achados.<sup>20</sup>

Nesse contexto, um estudo mostra que as pessoas faltam mais quando devem receber os resultados dos exames do que quando o objetivo é solicitá-los.<sup>20,21</sup> Isso nos faz refletir que a realização do exame em si é percebida como uma atitude de cuidado pelos usuários.

A organização das duas equipes facilita o agendamento das consultas, com curtos períodos de espera entre a data da marcação e a realização da consulta e facilidade de reagendamento. O intervalo entre o dia do agendamento e a data da consulta foi considerado satisfatório pelos entrevistados e variou de um a 60 dias.

Diferentemente do relatado em algumas pesquisas, não foi encontrada relação direta entre o intervalo entre a marcação e a consulta com a assiduidade, sendo encontrado, inclusive, um tempo de espera menor dos faltosos que dos assíduos.<sup>11,22</sup>

Ao questionarmos sobre o reagendamento por parte do usuário – se seria realizado e por qual o motivo – apenas uma pessoa disse que não remarcaria a consulta por fazer “acompanhamento” em outro serviço.

A facilidade de reagendamento das consultas médicas nas duas equipes é vista por alguns usuários como um dos motivos de falta, sendo este evidenciado em algumas falas, como a da Sra. Y: “*Já remarquei, não tive dificuldade, ele mesmo remarcou na hora.*” E do Sr X: “*É fácil remarcar a consulta, a ACS vem na minha casa*”. Esta facilidade fica evidenciada pela alta frequência de pessoas que faltaram repetidas vezes à consulta médica agendada no período de seis meses, sendo que alguns usuários chegaram a faltar sete vezes. Alguns estudos mostram que as pessoas que faltaram às consultas foram atendidas nos três meses que se seguiram à data que não compareceram. Assim, o fim do reagendamento automático é mencionado como medida para reduzir o problema do absenteísmo.<sup>11</sup>

Um aspecto que se destacou como causa do absenteísmo e que apareceu insistentemente nas entrevistas foi o esquecimento. Alguns enfatizam que a “preguiça” e o “descaso” com sua própria saúde seriam motivos importantes nessa situação.

Esses dados nos trazem dois questionamentos: se aquela consulta era importante para esse usuário, ou seja, se ele valoriza esse encontro e o considera importante, ou se era demanda do serviço; e, ainda, qual a real necessidade dessa consulta para ele e para o serviço. Isso nos remete à questão dos protocolos clínicos que desconsideram o indivíduo, onde este passa a assumir a identidade da doença que possui. Nesse contexto, as necessidades de saúde são interpretadas como o consumo de serviço, deixando de lado toda a sua complexidade e diferentes aspectos que a compõem. Assim, como as necessidades são individuais, a proposição de protocolos assistenciais por vezes não dá conta da especificidade da pessoa.<sup>23</sup>

Nessa unidade, o contato prévio com o usuário, por meio do envio de mensagem de texto para o celular, ajuda o usuário a lembrar do seu compromisso e é, possivelmente, uma ferramenta importante na redução do esquecimento, fato demonstrado em alguns estudos.<sup>8,9,14</sup>

No entanto, um problema identificado foi que nem todos os cadastros dos usuários possuem os números dos telefones. Além disso, no cadastro das crianças não consta o contato do responsável. Assim, um estudo de intervenção que identifique a redução ou não do número de faltas daqueles lembrados por meio de mensagem de texto pode ser pensado, sem esquecer da importância da atualização constante do cadastro dos usuários.

O trabalho como justificativa para falta às consultas surge em outros estudos, mas não com muito destaque, diferentemente deste em que ficou evidenciado por parte dos entrevistados quando abordamos a organização pessoal.<sup>8,9,10,11,12</sup>

Sra. K., quando questionada quanto ao motivo que leva os usuários a faltarem às consultas, mencionou que muitas pessoas priorizam o trabalho em detrimento da saúde: “*As pessoas esquecem, vão trabalhar, ficam com isso na cabeça, trabalho, trabalho, trabalho, o tempo todo.*” Do mesmo modo, a Sra. X. explica que algumas pessoas receiam perder o emprego já que a falta, mesmo que justificada, é mal vista pelo empregador: “*As pessoas que trabalham faltam por medo de perder o emprego*”.

Muitos usuários afirmam que seu empregador não aceita atestado ou o patrão vê com desconfiança aquele que vai às consultas no horário do expediente. Dessa forma, dependendo do seu horário de trabalho, do horário de funcionamento da unidade e da organização dos turnos pela equipe, não existe muita alternativa para os usuários comparecerem às consultas.

Assim, o conhecimento do cotidiano<sup>24,25</sup> do usuário no momento do agendamento mostra-se importante para evitar marcações em horários inoportunos que culminarão com a falta à consulta por questões do trabalho ou mesmo familiares.

Um estudo na Arábia Saudita, o único encontrado que especifica esse fator, mostra um maior percentual de faltas no período da manhã que nos atendimentos noturnos.<sup>21</sup> Deste modo, um estudo que avalie o período em que as pessoas mais faltam às consultas pode ser pensado, inclusive comparando uma unidade que funcione em horário tradicional, de 8 às 17 horas, com uma que funcione em horário estendido, de 8 às 20 horas.<sup>26</sup>

Percebemos então que agendas fechadas, com turnos predeterminados por ciclo de vida ou comorbidades, ou unidades que não trabalham com horário estendido tendem a gerar menor variedade de oferta para o usuário, que precisa se adequar àquele formato. Dessa forma, há um aumento do absenteísmo.

## Conclusão

Ao buscar a visão do usuário, foi possível observar alguns aspectos que se destacaram, de modo que a perspectiva do usuário sobre o serviço mostrou-se deveras importante para compreendermos as suas faltas.

Assim, algumas mudanças no serviço podem ser benéficas para reduzir o absenteísmo, tais como: facilitar a desmarcação e o agendamento; ampliar as formas de comunicação da população com a unidade por meio de telefones e correio eletrônico; e ouvir o usuário e marcar em horário conveniente para ele, entendendo seu cotidiano, inclusive o que precisa organizar para comparecer à consulta.

Nesse estudo, iniciamos a discussão sobre a importância de se conhecer a percepção do usuário. Daqui para frente, muito ainda deve ser desvendado, principalmente no que tange à visão do profissional de saúde sobre o usuário, à visão do usuário sobre o serviço, se eles estão se comunicando efetivamente ou se há apenas um diálogo vazio.

## Referências

1. Ferreira J. A saúde em comprimidos: influências socioculturais na interpretação de sintomas e terapias medicamentosas em uma vila de classe popular de Porto Alegre. *Saúde Debate*. 2001;25(59):67-72.
2. Husain-Gambles M, Neal RD, Dempsey O, Lawlor DA, Hodgson J. Missed appointments in primary care: questionnaire and focus group study of health professionals. *Br J Gen Pract*. 2004;54(499):108-13.
3. Portal da Cidadania [Internet]. Excesso de faltas em exames e consultas prejudica a saúde de Biguaçu. Santa Catarina: Prefeitura Municipal de Biguaçu; 2011 [acesso em 2011 Dec 05]. Disponível em: <http://www.bigua.sc.gov.br/excesso-de-faltas-em-exames-e-consultas-prejudica-a-saude-de-biguaçu/>.
4. Correio da Manhã [Internet]. Doentes faltam mais às consultas e exames. Portugal, Lisboa; 2012 [acesso em 2012 Sep 05]. Disponível em: <http://www.cmjornal.xl.pt/detalhe/noticias/nacional/atualidade/doentes-faltam-mais-as-consultas-e-exames>.
5. A Gazeta [Internet]. Faltas em consultas médicas chegam a 70% na rede pública. Espírito Santo; 2011 [acesso em 2011 Dec 06]. Disponível em: [http://gazetaonline.globo.com/\\_conteudo/2011/05/noticias/a\\_gazeta/dia\\_a\\_dia/847876-faltas-em-consultas-medicas-chegam-a-70-na-rede-publica.html](http://gazetaonline.globo.com/_conteudo/2011/05/noticias/a_gazeta/dia_a_dia/847876-faltas-em-consultas-medicas-chegam-a-70-na-rede-publica.html).
6. G1 [Internet]. Falta às consultas marcadas gera prejuízo de R\$ 500 mil em Canoas, RS. Rio Grande do Sul; 2012 [acesso em 2012 Aug 04]. Disponível em: <http://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2012/06/falta-consultas-marcadas-gera-prejuizo-de-r-500-mil-em-canoas-rs.html>.
7. Kwintner M. When absence speaks louder than words: an object relational perspective on no-show appointments. *Clin Soc Work J*. 2011;39:253-61. <http://dx.doi.org/10.1007/s10615-011-0313-x>.
8. Giacchero KG, Miasso AI. Ambulatório de psiquiatria em hospital geral: caracterização da adesão de usuários ao agendamento. *Rev RENE*. 2008 [acesso em 2012 Aug 04];9(2):20-7. <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/547>.
9. Perron NJ, Dao MD, Kossovsky MP, Miserez V, Chuard C, Calmy A et al. Reduction of missed appointments at an urban primary care clinic: randomized controlled study. *BMC Fam Pract*. 2010;11:79. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-11-79>.
10. Barron WM. Failed appointments: Who misses them, why they are missed, and what can be done. *Prim Care*. 1980;7(4):563-74.
11. Van der Meer G, Looock JW. Why patients miss follow-up appointments: a prospective control-matched study. *East Afr J public Health*. 2008;5(3):154-6.
12. Neal RD, Hussain-Gambles M, Allgar VL, Lawlor DA, Dempsey O. Reasons for and consequences of missed appointments in general practice in the UK: questionnaire survey and prospective review of medical records. *BMC Fam Pract*. 2005;6:47. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-6-47>.
13. Lacy NL, Paulman A, Reuter MD, Lovejoy B. Why we don't come: patient perceptions on no-shows. *Ann Fam Med*. 2004;2:541-5. <http://dx.doi.org/10.1370/afm.123>
14. Gerson LW, McCord G, Wiggins SL. A strategy to increase appointment keeping in a pediatric clinic. *J Comm Health*. 1986;11(2):111-21. <http://dx.doi.org/10.1007/BF01321512>.

15. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS; 2012.
16. Weingarten N, Meyer DL, Schneid JA. Failed appointments in residency practices: who misses them and what providers are most affected? *J Am Board Fam Pract*. 1997;10(6):407-11.
17. Nour El-Din MM, Al-Shakhs FN, Al-Oudah SS. Missed appointments at a university hospital in eastern Saudi Arabia: magnitude and association factors. *J Egypt Public Health Assoc*. 2008;83(5-6):415-33.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [acesso em 2012 Jul 04]. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>.
19. Assis MMA, Villa TCS, Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(3):815-23. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000300016>.
20. Lora AP. Acessibilidade aos serviços de saúde estudo sobre o tema no enfoque da saúde da família no município de Pedreira SP [dissertação]. São Paulo: UNICAMP; 2004.
21. Ferreira J. Semiologia do Corpo. In: Leal OF, editors. *Corpo e Significado – ensaios de antropologia social*. Porto Alegre: UFRGS; 1995. p. 89-104.
22. Fontanella BJB, Ricas J, Turato RB. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):17-27. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>.
23. Souza CR, Botazzo C. Construção social da demanda em saúde. *Physis (Rio J)*. 2013;23(2):393-413. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000200005>.
24. Mourão P R. Tempo decorrido desde a última consulta: análise de um modelo estatístico aplicado ao caso das mulheres na Espanha. *AMB Rev Assoc Med Bras*. 2011;57(2):164-70.
25. Whittle J, Schectman G, Lu N, Baar B, Mayo-Smith MF. Relationship of scheduling interval to missed and cancelled clinic appointments. *J Amb Care Manage*. 2008;31(4):290-302. <http://dx.doi.org/10.1097/01.JAC.0000336549.60298.1d>.
26. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Carteira de serviços – relação de serviços prestados na Atenção Primária. Rio de Janeiro [acesso em 2013 Jun 20]. Disponível em <http://subpav.org/index.php?p=cart>.

## A motivação como estratégia para cessação do tabagismo

Motivation as a strategy for smoking cessation

*La motivación como estrategia para el cese del tabaquismo*

Lucia Soares Buss Coutinho. Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC). Lages, SC, Brasil. luciasoaresbuss@gmail.com (Autora correspondente)

Sandra Regina Martini Brun. Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC). Lages, SC, Brasil. sanbrun@gmail.com

Marina Patrício de Arruda. Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC). Lages, SC, Brasil. marininh@terra.com.br

### Resumo

**Objetivo:** conhecer os aspectos motivacionais relacionados ao abandono do hábito de fumar. **Métodos:** foram realizadas entrevistas semiestruturadas com nove ex-fumantes nos seus respectivos domicílios, em um bairro de Lages-SC em cujo serviço de atenção primária atua o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade. A amostra foi obtida por conveniência, obedecendo aos critérios de inclusão: indivíduos maiores de 18 anos classificados como ex-fumantes. A análise das entrevistas foi realizada por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). **Resultados:** os relatos apresentados evidenciaram a motivação como ferramenta de enfrentamento do tabagismo, ressaltando que ela não é exterior às pessoas, mas, pelo contrário, depende de vontade própria. **Conclusão:** o processo de abandono do tabagismo é complexo e multifatorial. Exige observação atenta do profissional de saúde e habilidade de criar um ambiente capaz de motivar as pessoas para o cuidado de sua própria saúde.

### Palavras-chave:

Motivação  
Abandono do Hábito de Fumar  
Comportamentos Saudáveis

### Abstract

**Objective:** to know the motivational aspects related to smoking cessation. **Methods:** semi-structured interviews were conducted with nine former smokers in their homes, located in a neighbourhood of Lages-SC, whose primary care service has a Residency Programme in Family and Community Medicine. This sample was obtained by convenience, following the inclusion criteria: patients over 18 years classified as former smokers. The analyses of the interviews were performed using the Discourse of the Collective Subject. **Results:** the accounts presented showed that motivation is a tool for smoking cessation, emphasizing that it is not external to the people; on the contrary, it depends on their own will. **Conclusion:** the process of smoking cessation is complex and multifactorial, requiring the health professional to be watchful and skilful in order to create an environment that motivates people to take care of their own health.

### Keywords:

Motivation  
Smoking Cessation  
Health Behavior

### Resumen

**Objetivo:** conocer los aspectos motivacionales relacionados con el abandono del hábito de fumar. **Métodos:** fueron realizadas entrevistas semiestruturadas con nueve ex fumadores en sus domicilios, en un barrio de Lages-SC, en cuyo servicio de atención primaria actúa el Programa de Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria. Esta muestra se obtuvo por conveniencia de acuerdo con los siguientes criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años clasificados como ex fumadores. Se realizó el análisis de las entrevistas utilizando el Discurso del Sujeto Colectivo (DSC). **Resultados:** los relatos presentados mostraron la motivación como una herramienta para el enfrentamiento del tabaquismo, resultando que no es externa a las personas, por el contrario depende de su propia voluntad. **Conclusión:** el proceso de dejar de fumar es complejo y multifactorial, requiriendo una estrecha observación del profesional de la salud y la capacidad de crear un ambiente que motive a la gente a cuidar de su propia salud.

### Palabras clave:

Motivación  
Cese del Tabaquismo  
Conductas Saludables

## Introdução

O tabagismo é um fator de risco que deve ser combatido e classificado como de alta prioridade, uma vez que fumar está comprovadamente relacionado a uma série de doenças e a um elevado número de mortes em todo o mundo.<sup>1</sup> Além disso, sabe-se que parar de fumar aumenta a expectativa e a qualidade de vida em qualquer faixa etária, inclusive entre os indivíduos que já desenvolveram alguma doença.<sup>2</sup>

A política Nacional de Controle do Tabaco no Brasil determina como uma das principais estratégias de ação oferecer ajuda para a cessação do tabagismo. As ações de controle do tabagismo preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS) e Instituto Nacional de Câncer (INCA) incluem atividades de acompanhamento em grupos semanais com abordagem cognitivo-comportamental e dispensação de medicação de forma gratuita.<sup>3</sup> No entanto, a exigência de capacitação e credenciamento das unidades básicas de saúde faz com que o acesso a esse tratamento ainda não seja realidade em muitos locais.<sup>2</sup> Estatisticamente, sabe-se que no Brasil, no ano de 2008, aproximadamente 45% dos tabagistas tentaram parar de fumar, sendo que, dentre esses, apenas 3% conseguiram parar definitivamente.<sup>4</sup> Por outro lado, estudos mostram que, com o apoio de profissionais, o êxito obtido pode passar de 3% para 20-30%,<sup>3</sup> considerando-se o tratamento bem sucedido após um ano de abstinência.<sup>5</sup>

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo mostra que permanecem lacunas sobre as estratégias mais eficazes na abordagem do fumante. Assim, considera-se um desafio entender as características da população de fumantes para que possam ser oferecidas estratégias de cessação mais adequadas aos diferentes subgrupos de pessoas que buscam a abstinência.<sup>4</sup> O Consenso de Abordagem e Tratamento do Fumante reconhece que o tratamento do fumante é uma prática recente em todo o mundo e que, portanto, o acúmulo de experiências nessa área também é incipiente.<sup>3</sup> No entanto, reforça que o foco da abordagem deve observar o aspecto motivacional, consistindo na discussão de crenças e pensamentos gerados pela dependência química e, ainda, a abordagem dos efeitos psicológicos e condicionamentos associados ao fumar.<sup>2</sup>

O presente estudo teve como objetivo conhecer os aspectos motivacionais para o abandono do tabagismo. Justifica-se por contribuir para a reflexão dos profissionais que atuam na atenção primária, bem como nas discussões do Grupo de Estudos e Pesquisa em Educação e Saúde (GEPESVIDA) ao promover a compreensão do direito das pessoas de viverem com mais qualidade.

## Métodos

Realizou-se uma pesquisa de campo descritiva de metodologia qualitativa, no período de julho a dezembro de 2012, no município de Lages/SC, no bairro Tributo, local de atuação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC). Os entrevistados foram escolhidos por conveniência, segundo indicação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: indivíduos maiores de 18 anos, que no momento da entrevista classificaram-se como ex-fumantes, ou seja, fumantes regulares que no momento da entrevista encontravam-se abstinentes há mais de 1 ano.<sup>6</sup>

Os dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada, no domicílio dos participantes, abordando temas como: a) A motivação para parar de fumar; b) A existência de sujeitos incentivadores deste processo; c) O papel dos familiares; e d) A opinião quanto à atuação médica nesse momento.

Ao todo, foram realizadas nove entrevistas com todos os indivíduos indicados após um período de 30 dias de busca ativa realizada pelos agentes comunitários de saúde. Percebeu-se a repetição de um mesmo padrão de respostas, considerando-se a amostra saturada, dando-se por encerrada a fase de coleta de dados. Os relatos foram registrados em áudio, integralmente transcritos a seguir e por fim organizados e categorizados em subconjuntos para só então ocorrer a análise e compreensão dos significados expressos pelos sujeitos da pesquisa.

A análise deu-se por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC),<sup>7</sup> uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos, fundamentada na teoria da Representação Social, que permite que a coletividade fale diretamente sobre o tema a ser estudado.<sup>8</sup> Para tanto, para cada pergunta do estudo, realizou-se a seleção das expressões-chave de cada discurso particular, identificando-se uma ideia-central (IC) e culminando com o agrupamento das expressões referentes às ideias centrais semelhantes ou complementares na construção de um discurso-síntese representativo da coletividade.

A pesquisa respeitou os aspectos éticos previstos pela resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde referente a pesquisas envolvendo seres humanos, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC), sob protocolo nº 055/12.

## Resultados e Discussão

### Características dos entrevistados

A Tabela 1 demonstra algumas características dos entrevistados referentes aos aspectos sociodemográficos da amostra (n=9). Observa-se que a maioria era do sexo feminino (n=6), com idade entre 41-50 anos, tendo começado a fumar antes dos 18 anos de idade e fumando ativamente por 20 a 30 anos. Acerca da dependência do tabaco, a totalidade dos entrevistados relatou fissura no momento em que interrompeu o tabagismo, assim como sintomas da síndrome de abstinência, caracterizando dessa forma o estabelecimento da dependência física da nicotina. Por fim, a maioria relatou estar abstinente há menos de 4 anos no momento da entrevista.

Tabela 1. Aspectos sociodemográficos dos entrevistados, Lages-SC, 2012.

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	6	66,7
Masculino	3	33,3
Idade (anos)		
<40	1	11,1
41 – 50	4	44,4
51 – 60	1	11,1
>61	3	33,3
Idade em que começou a fumar (anos)		
<18	8	88,9
<15	5	
<10	4	44,4
Tempo de consumo do tabaco (anos)		
<20	1	11,1
21 – 30	4	44,4
>31	4	44,4
Subproduto consumido		
Cigarro	4	44,4
Cigarro de palha	0	0
Ambos	5	55,6
Carga tabágica consumida (maços x ano)* n=4		
<20	3	75
21-40	0	0
>41	1	25
Sinais de dependência química do tabaco		
SIM	9	100
NÃO	0	0
Informação quanto aos riscos do tabagismo		
SIM	9	100
NÃO	0	0
Modo de suspensão do tabagismo		
Abrupta	6	66,7
Redução	3	33,3
Percepção da dificuldade para alcançar a abstinência		
Fácil	4	44,4
Difícil	5	55,6
Uso de medicação visando à abstinência		
SIM	1	11,1
NÃO	8	88,9
Tempo de abstinência (anos)		
<5	6	66,7
6 – 10	2	22,2
>11	1	11,1

\*A carga tabágica somente pode ser calculada para os indivíduos que consumiam apenas cigarro.

## Qual foi a motivação para parar de fumar?

Sabe-se que a motivação é fundamental para que fumantes tomem o primeiro passo na decisão de parar de fumar.<sup>4</sup> De acordo com os relatos dos entrevistados, a motivação para parar de fumar pode apresentar-se nas mais diversas formas; entretanto, foi possível observar nas entrevistas que a maioria parou de fumar ao perceber algum prejuízo à sua saúde. Pode-se compreender a complexidade desse processo pela análise das quatro ideias centrais (IC) presentes no Quadro 1.

**Quadro 1.** Ideia central e discurso do sujeito coletivo em resposta à pergunta: “Qual foi o motivo que fez você parar de fumar?”

IDEIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Sensação de prejuízo à saúde.	“– <i>Eu comparava quem fumava e quem não fumava. É muita coisa ruim que acontece, tanta doença! [...] Chegou no final e eu não</i>
Dilema. Limitação. Medo da morte.	<i>suportava mais [...] Eu fiquei seco, seco, seco... (magro) Vi que algo estava errado e pensei: vou morrer desse jeito! [...] E eu não podia mais fumar dentro de casa [...] E o médico dizia que tinha que parar senão não ia operar... Ele disse que eu tinha câncer.”</i>

Foi possível também observar que os indivíduos estavam informados sobre os riscos relacionados ao consumo do tabaco e eram capazes de identificar os desfechos desfavoráveis. Entretanto, os entrevistados demonstraram que suas percepções de prejuízo à saúde nem sempre correspondiam aos reais prejuízos determinados pelas patologias tabaco-relacionadas. Nesse sentido, um dos entrevistados relatou que parou de fumar ao experimentar um episódio de pré-síncope por hipotensão, ao passo que outro o fez diante de um quadro de gastroenterite autolimitada, sendo ambas as situações corriqueiras e por vezes pouco valorizadas na atenção primária. Entretanto, a experiência mostra que é preciso estar atento, pois qualquer experiência negativa poderá servir de motivação para abandonar o consumo do cigarro. Da mesma forma, outras experiências de perda também podem servir como motivação para a busca pela abstinência do cigarro. Os sujeitos relataram que a vivência de um dilema os fez reconhecer que era chegado o momento de fazer uma escolha excludente: o primeiro percebeu que a cura para seu problema de saúde esbarrava na condição imposta por seu médico: parar de fumar. Já o segundo contou como a lei que proibiu o uso de cigarros em recinto coletivo restringiu sua liberdade ao impedi-lo de fumar em sua mercearia e, conseqüentemente, em casa. E ainda refletiu: “– *Se falam tanto assim é porque está prejudicando muita gente, então eu vou parar!*”. Assim, o que inicialmente era uma medida de proteção do coletivo, sobrepondo-se à vontade do sujeito, transformou-se em alerta individual capaz de proteger inclusive a si próprio.

Por fim, estava presente o medo da morte, que é universal, independente de idade, sexo ou religião.<sup>9</sup> Essa ideia pode ser percebida pelo DSC a seguir: “– *Chegou no final, eu vi que algo estava errado. Ele disse que eu tinha câncer e pensei: Vou morrer desse jeito!*” Além disso, viver a perda de um ente querido, durante esse processo reflexivo do abandono do tabagismo, mostra que a experiência da morte do outro também faz com que se pense sobre a finitude da vida e a possibilidade da própria morte. Pode-se observar explicitamente como os entrevistados estabeleceram uma relação de causa e efeito entre o cigarro e a morte: “– *Às vezes você vê os seus indo por causa do cigarro! Mas o pior foi com aquele que nem fumava, até me revoltar e pensava: Por que não fui eu?*” Entretanto, os entrevistados também fizeram da vivência da perda a significação para a vida, entendendo que era necessário abandonar o cigarro para seguir vivendo.

## Quem ajudou quando a decisão foi parar de fumar?

Esperava-se encontrar outros sujeitos motivadores da decisão de parar de fumar, mas a opinião de amigos e familiares mostrou exercer apenas certa influência, sendo que, na grande maioria das vezes, os entrevistados optaram por percorrer uma trajetória solitária. Conforme o Quadro 2, dois traços de personalidade merecem destaque: primeiramente a ideia central (IC) da autossuficiência, identificada no trecho a seguir: “– *Simplesmente eles me ofereciam cigarro e eu dizia não quero, vou parar de fumar. E eles perguntavam por quê? O que aconteceu? E eu respondia: Coloquei na cabeça que eu não vou mais fumar!*”.

**Quadro 2.** Ideia central e discurso do sujeito coletivo em resposta à pergunta: “Alguma pessoa ajudou você nesse momento de decidir parar de fumar? Quem?”

IDEIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Autossuficiência. Insegurança.	“– <i>Não, só eu mesma! Decidi sozinha, resolvi e pronto. Eu fui fazendo essa terapia sozinha e não contei que eu ia parar de fumar até porque se contar é pior, ficam tirando a gente [...] Escolhi ficar em segredo porque as pessoas não acreditavam que eu ia conseguir.”</i>

Dessa forma, esses indivíduos independentes, que tomaram suas próprias decisões sem necessidade da avaliação externa, permitiram-se dividir sua decisão com amigos e familiares, sem prejuízo da motivação. Em contrapartida, para outros, o medo da recaída e da cobrança externa fez com que transparecesse a segunda ideia central: a insegurança. Diante do temor de que poderiam recair e assim causar sofrimento a si e aos demais, esses preferiram esconder sua decisão até que sentissem maior confiança em si mesmos. Assim, cabe reconhecer que cada indivíduo é único, sendo necessário conhecê-lo para efetivamente orientá-lo na tentativa de se livrar da dependência. Afinal, é preciso entender por que uma pessoa age de certa maneira quando se pensa em fazer com que ela modifique seu comportamento.<sup>10</sup>

Quanto às opiniões externas, observou-se influência negativa quando se trata de amigos e vizinhos, pois, em geral, eles escolhem outros fumantes para compor seu círculo de amizades. Assim, ao saber da intenção de parar de fumar, essa rede lança seus discursos paradoxais: “– Quando infartei, a turma dizia: o que adiantou parar? Ou ainda, quando eu estava grávida: “– Deixe de ser boba! Tente fumar menos, mas não precisa parar, eu fumei nas duas gestações e não aconteceu nada”. O discurso anterior é rico de significados ao mostrar a orientação da futura madrinha da criança, figura geralmente escolhida pela mãe para ser protetora do bebê, reafirmando por meio de suas atitudes a manutenção do tabagismo na gestação.

Foi possível perceber nos discursos não apenas opiniões, mas também atitudes negativas: “– Eu me lembro do dia em que parei de fumar. Duas amigas, companheiras de ficar conversando e fumando, foram me visitar. Quando elas chegaram, eu não tinha cigarro. Então na hora de ir embora cada uma deixou dois cigarros para mim.” Assim, é possível perceber como pode ser difícil abandonar o tabagismo no convívio com outras pessoas que fumam e que no momento não estão dispostas a parar. Em contrapartida, alguns componentes dessa rede destacaram-se positivamente, como, por exemplo, uma referência religiosa: “– Minha pastora conversava muito! Quando eu recaía, ela falava: calma, é assim mesmo! Tu vais parar e recair, até a hora que vais parar mesmo, só é preciso objetivo e atitude!” Cabe, assim, lançar um olhar para as figuras de liderança, buscando criar redes de apoio dentro da própria comunidade.

## Qual o papel da família nesse processo?

De acordo com o Quadro 3, os familiares foram lembrados pelas ideias centrais que demonstraram incentivo, ajuda à reflexão, apoio e proteção para os momentos difíceis.

**Quadro 3.** Ideia central e discurso do sujeito coletivo em resposta à pergunta: “A opinião dos seus familiares ajudou você a parar de fumar?”

IDEIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Incentivo. Reflexão. Apoio. Proteção.	“– A falecida mãe foi quem primeiro me alertou! Mas minha esposa me incentivava, ela dizia que era para eu parar! Até trazia uns papéis que explicavam o que prejudicava! Meu filho dizia: não fume, isso é perigoso! Meu neto reclamava do cheiro e minha neta dizia: Pare de fumar, eu não quero que você morra! Mas quando a minha mãe soube que parei ela ficou super feliz! E quando comecei meu tratamento, meu filho me levava e me trazia, sempre me acompanhou, nunca posei (pernoitei) no hospital. E os outros que fumavam até pararam de fumar perto de mim, porque o cheiro do cigarro, para o viciado, dá mais vontade de fumar.”

O apoio externo mostrou-se marcadamente relacionado à família. A grande maioria dos entrevistados teve sua iniciação no consumo do tabaco na companhia de seus familiares, mas muitos deles, ao se casarem, constituíram novo núcleo familiar e acabaram por abandonar o cigarro.

Segundo os entrevistados, houve incentivo familiar, embora nem sempre por meio de palavras carinhosas: “– Meu neto pedia muito para eu parar. Dizia: Eu não quero que você morra!” Também, por vezes, os discursos tinham um conteúdo bastante agressivo, mas importante ao período contemplativo.<sup>11</sup> Entretanto, alguns entrevistados refletiram que a fala de incentivo não conseguiu ser suficiente para a tomada de decisão: “Eles diziam: – Mãe, não fume, é perigoso! Tudo eles faziam, mas eu não dava bola! Eles falavam, mas aquilo não mexia comigo!” Essas falas reforçam que a motivação resultou de um processo individual de reflexão e ponderação.

Por outro lado, quando se referiram ao período de busca pela manutenção da abstinência após a sua tomada de decisão, algumas atitudes dos familiares passaram a ser lembradas como fonte de grande motivação: “– Quando a minha mãe soube, ficou super feliz!” Essa expressão da felicidade pela conquista, vinda da mãe, mostra aceitação, aprovação e dá forças para o enfrentamento da síndrome da abstinência. Da mesma forma, os sujeitos relataram a importância de se sentirem cuidados,

amparados por seus familiares nesse momento de fragilidade: “– *Meu filho, tadinho, me levava e me trazia, sempre, nunca pousei (pernoitei) no hospital.*” Por fim, valorizam as atitudes protetoras daqueles familiares tabagistas que souberam respeitar sua decisão: “– *E os que fumavam até pararam de fumar perto de mim. Porque o cheiro do cigarro, para o viciado, dá mais vontade de fumar.*”

As discordâncias entre os casais com relação ao tabagismo também apareceram como fonte geradora de motivação: “– *Meu esposo dizia: amor, você é tão linda. Não fume! Esse cheiro, que horror! Ele vinha todo malucão me dar carinho, mas eu sentia que ele fazia com sacrifício.*”

Houve também quem refletisse que a atitude de um pai é importante para a educação dos filhos: “– *No caso da minha irmã, os filhos dela fumam e ela nem pode dizer nada, porque ela não tem o exemplo para dar.*” Assim, ainda que seja possível imaginar que ocorressem conflitos nesse período, posteriormente a família foi lembrada com grande afetividade, diferentemente da relação de cobrança de vizinhos e amigos da qual os sujeitos lembravam-se.

## Como o médico pode orientar a abstinência do cigarro?

De forma geral, observa-se no Quadro 4 que aqueles que contaram com o apoio do profissional reconheciam seu benefício, mas a maioria não via necessidade de procurar o médico para interromper o consumo do tabaco. Tal fato surpreende, pois, afinal, apenas um dos entrevistados havia alcançado a abstinência antes da instituição da política de Tratamento do Tabagismo.

**Quadro 4.** Ideia central e discurso do sujeito coletivo em resposta à pergunta: “Você procurou ajuda médica para parar de fumar? Em sua opinião, qual o papel do médico neste momento?”

IDEIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Orientação/recomendação. Incentivo.	“– <i>Todos diziam para parar, mas eu sempre pensava: Está difícil! Mas uma hora vou ter que largar o vício! Eles sempre diziam: Depende de você, você tem que querer e precisa pensar que vai fazer bem à sua saúde! Diziam: Tente e não desista! Derrotado é aquele que desiste, porque o cigarro é assim mesmo, são várias tentativas.</i> ”

A maioria dos indivíduos lembrou a figura do médico como orientador dos riscos e incentivador no processo de reflexão acerca dos prejuízos relacionados ao consumo do tabaco. Todavia, alguns trouxeram a orientação como irrelevante no processo motivacional: “– *Um médico até disse: o Sr. já tem enfisema pulmonar! Mas aquilo para mim, entrava aqui e saía lá [...] até pensei em procurar um médico algumas vezes, mas aí eu pensava: Ah, procurar para que? Bobeira, de onde que o cigarro mata, não mata! Na verdade, eu queria fumar e o médico não tinha nada a ver com isso.*” No entanto, parece haver diferença na forma da orientação: “– *Os outros médicos já haviam falado que eu tinha que parar, mas o Dr. ‘Fulano’ explicou direitinho como era para fazer. E quando ele disse que não podia mais por cigarro na boca, eu parei!*” Assim, ainda que a visão dos entrevistados quanto à figura do médico não tenha fugido do lugar comum, a seguir destacam-se alguns relatos importantes como forma de reflexão para o profissional de saúde. Uma entrevistada relatou: “– *Eu precisava operar o útero, tinha miomas e o doutor disse: não adianta operar você e você fumando! Nas várias consultas eu dizia que ia diminuir, ia parar, mas depois eu fumava. Até que ele insistiu. Tem que largar de mão! Dizia que se operasse e continuasse a fumar, não ia prestar! Então parei.*”

A conduta pode ser questionada nesse caso, considerando-se que não cabe ao médico desrespeitar a autonomia do paciente, salvo em caso de iminente risco de morte. Porém, considerando-se a possibilidade do viés da comunicação e uma vez que possa apenas ter havido a recomendação do profissional pela abstinência do tabaco, mesmo frente a uma patologia não diretamente relacionada com o hábito de fumar, admite-se essa conduta sob a ótica da janela de oportunidade.<sup>12</sup> Essa orientação propõe que sejam aproveitadas as consultas pré-operatórias de toda e qualquer cirurgia, inclusive aquelas que não sejam propriamente causadas pelo tabagismo, para orientar a abstinência do cigarro.<sup>12</sup>

Por outro lado, foram relatadas abordagens que demonstram desrespeito ao princípio bioético da autonomia e descumprimento do código de ética médica, quando se negou tratamento disponível a um paciente em serviço de urgência, em virtude de seus preconceitos individuais: “– *Fui ao pronto socorro, por bronquite e falta de ar. O médico perguntou: o Sr. fuma? Eu disse que sim e mostrei a carteira de cigarros, foi então que ele pegou, jogou no lixo e disse: não vou lhe dar remédio sem o sr. parar com esse cigarro. E eu disse, muito bem doutor, não tem problema, se o sr. não vai me tratar eu vou procurar outro médico que vai me dar o remédio, mesmo eu fumando.*”

Por fim, os entrevistados contaram suas experiências negativas diante de uma avaliação clínica inadequada e mostraram como comprometeram sua confiança no profissional em questão: “– *E uma semana antes do infarto o médico me disse: Eu troco de coração com você! Você está nervoso, isso é problema dos nervos! Em seguida, infartei!*” Para outro: “– *Começou a doer a garganta e o ouvido. Ai eu consultei uns seis meses com esses médicos aqui, diziam que era uma alergia que eu tinha. Fui para Florianópolis e descobriram: era câncer*”. Dessa forma, há que se pensar se é possível a generalização quanto à figura do médico. Sabe-se que a relação médico-paciente é feita de momentos e do encontro de diferentes saberes, valores e expectativas. Talvez a questão não seja quem diz, mas como se diz; assim, o domínio das técnicas de abordagem, principalmente da entrevista motivacional, talvez possa ser um dos segredos para o sucesso da intervenção.<sup>10</sup>

Entrevistar indivíduos que fumaram ativamente por longos anos, tornando-se dependentes físicos da nicotina, e que mesmo assim lutaram com seus recursos para buscar a abstinência, foi fonte de grande aprendizado profissional. A reflexão mostra que os pressupostos estabelecidos pelo último consenso alcançaram apenas parte da realidade e que ainda há muito a ser postulado quando se pensa em mudar uma realidade tão complexa como a questão da dependência do tabaco. Acredita-se que haja a necessidade de se incluírem em pesquisas futuras o estudo das emoções, das vivências, do modo como as pessoas interpretam a informação e dos seus saberes populares para, assim, obter-se uma visão mais abrangente do que realmente importa no dia-a-dia dos envolvidos.<sup>13</sup>

Por outro lado, ainda que a motivação seja uma tensão ou força interior que leva cada indivíduo a agir espontaneamente rumo a determinada meta, é possível criar um ambiente favorável aos objetivos das pessoas.<sup>14</sup> A partir deste estudo, pode-se pensar na criação de um ambiente no qual as pessoas sintam-se motivadas a abandonar o tabagismo, e, para isso, mostra-se necessário que todo o encontro seja momento para orientação. Assim, caberá ao profissional estar atento para não perder as “janelas de oportunidades”,<sup>12</sup> incentivando os fumantes a prestarem atenção na vivência da situação-limite e mostrar-se disponível para apoiá-los quando necessário. Além disso, é possível incentivar os familiares daqueles que fumam a aconselharem a abstinência, motivando quando necessário, e orientando-os a não manter uma atitude de cobrança nem de descrédito para com o fumante.

## Conclusões

Aos profissionais de saúde, o presente estudo sugere que se adote uma postura acolhedora, usando como apoio a entrevista motivacional como forma de enfrentamento da problemática do tabagismo.<sup>15</sup> Aos profissionais médicos, em especial, fica o alerta para a necessidade de se romper com a falsa segurança proporcionada pela prática prescritiva e de se aventurar na trajetória de buscar compreender seus pacientes, considerando suas motivações e histórias de vida, lembrando ainda que o cuidado com as palavras e a empatia são excelentes ferramentas de trabalho. O presente estudo mostrou que o processo de abandono do tabagismo é complexo e multifatorial e, portanto, exige observação atenta do profissional de saúde assim como sua habilidade de criar um ambiente capaz de motivar as pessoas para o cuidado de sua própria saúde.

## Referências

1. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer (BR); Organização Pan-Americana da Saúde. Pesquisa especial de tabagismo – PETab: relatório Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011. 199 p.
2. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer (BR). A situação do tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância do Tabagismo da Organização Mundial da Saúde realizados no Brasil entre 2002 e 2009. Rio de Janeiro: INCA; 2011. 76 p.
3. Ferreira SAL, Teixeira CC, Corrêa APA, Lucena AF, Echer IC. Motivos que contribuem para indivíduos de uma escola de nível superior tornarem-se ou não tabagistas. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011;32(2):287-93. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000200011>
4. Borges MTT, Simões-Barbosa RH. Cigarro “companheiro”: o tabagismo feminino em uma abordagem crítica de gênero. *Cad Saúde Pública.* 2008 Dec;24(12):2834-42. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001200012>
5. Tabaco [Internet]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Escola Paulista de Medicina (EPM), Departamento de Psicobiologia, Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas e Psicotrópicos (CEBRID); c2006 [acesso em 2013 Jan 17]. Disponível em: [http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/folhetos/tabaco\\_.htm](http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/folhetos/tabaco_.htm)
6. Echer IC, Barreto SSM. Determinação e apoio como fatores de sucesso no abandono do tabagismo. *Rev Latino Am de Enfermagem.* 2008;16(3): 445-451. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000300018>
7. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos). Caxias do Sul: ABDR; 2003.

8. Figueiredo MZA, Chiari BM, Goulart BNG. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa quali-quantitativa. *Distúrb Comun*, São Paulo. 2013 [acesso em 2013 Jan 17];25(1):129-136. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/14931/11139>
9. Kovács MJ. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1992. 214 p.
10. Dias RB, Alves L. Estratégias comportamentais e de motivação aplicadas em intervenções de modificação de hábitos de vida com repercussões para a saúde. In: Gusso G, Lopes JMC, editors. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade*. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 546-552.
11. Oliveira MS, Laranjeira R, Araujo RB, Camilo RL, Schneider DD. Estudo dos estágios motivacionais em sujeitos adultos dependentes do álcool. *Psicol Reflex Crít*. 2003;16(2):265-270. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722003000200006>
12. Pamplona P. Fumador internado? – A intervenção apropriada. *Rev Port Pneumol*. 2007;13(6):801-826.
13. Levites MR. Estudos qualitativos em Medicina de Família: Um Recurso Educacional. In: *Princípios da Medicina de Família e Comunidade*. São Paulo: SOBRAMFA; 2003. p. 237-266.
14. Bergamini CW. *Motivação*. 2ª ed. São Paulo: Atlas; 1989.
15. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. *Entrevista Motivacional no Cuidado da Saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2009. 221p.

## A “boca amarga” para o paciente: competência comunicativa intercultural

“Bitter mouth”: intercultural communicative competence

*La “boca amarga” para el paciente: competencia comunicativa intercultural*

Mayara Floss. Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Rio Grande, RS, Brasil. mayarafloss@hotmail.com (*Autora correspondente*)  
Igor Oliveira Claber Siqueira. Faculdade de Medicina do Centro Universitário de Caratinga (UNEC). Caratinga, MG, Brasil. claber\_igor@ig.com.br  
Tarso Pereira Teixeira. Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Rio Grande, RS, Brasil. tarso.teixeira@terra.com.br  
Arthur Ferronato Dall’Agnol. Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Rio Grande, RS, Brasil. arthurferronato@gmail.com

### Resumo

**Objetivo:** demonstrar a compreensão dos usuários da Unidade de Saúde da Família (USF) Castelo Branco II da cidade de Rio Grande/RS-Brasil em relação à queixa “boca amarga” e discutir a competência comunicativa intercultural necessária à equipe de saúde para a abordagem desses usuários. **Métodos:** trata-se de um estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa. Os participantes da pesquisa foram agentes comunitários de saúde e usuários atendidos na USF Castelo Branco II. **Resultados:** a explicação da queixa “boca amarga” faz parte da linguagem do ideário popular e médico. Os tratamentos populares para a queixa envolvem: cura espontânea; uso de chás; medicamentos; e cuidados nutricionais. A maioria dos participantes da pesquisa nunca havia comentado com o seu médico ou outro profissional de saúde sobre a “boca amarga”, sendo que um dos participantes referiu que a “boca amarga” era um “tabu” e citou o constrangimento que existe em discutir o assunto. **Conclusões:** a população possui uma compreensão cultural própria da queixa “boca amarga”. No entanto, são necessários mais estudos sobre as doenças populares e uma abordagem mais aprofundada das mesmas. Este estudo constitui-se apenas em um enfoque inicial, indispensável para a compreensão da expressão “boca amarga” e da competência comunicativa cultural necessária para os profissionais de saúde.

### Abstract

**Objective:** to demonstrate the understanding of the users of Castelo Branco II Family Health Centre (FHC) in the municipality of Rio Grande/RS – Brazil, regarding the complaint of “bitter mouth” and to discuss the intercultural communicative competence necessary for the health team in their approach to these users. **Methods:** this was a descriptive exploratory qualitative study. The research participants were community health workers and patients seen in Castelo Branco II FHC. **Results:** the explanation for the complaint “bitter mouth” belongs to the language of both lay persons and physicians. Popular treatments for this complaint involve: spontaneous healing, use of herbal teas, medicines, and nutritional care. The majority of respondents had never mentioned to their physician or other health staff about “bitter mouth”, and one of the participants said that “bitter mouth” was a “taboo” and referred to the constraint that still exists around this subject. **Conclusions:** the population has its own cultural understanding of the complaint “bitter mouth”. However, more studies of popular illnesses with in-depth approach to them are needed. This study represents only an initial approach, but an essential one to understanding the term “bitter mouth” and cultural communicative competence necessary for health professionals.

### Resumen

**Objetivo:** demostrar la comprensión de los usuarios de la Unidad de Salud Familiar (USF) Castelo Branco II en la ciudad Rio Grande/RS-Brasil en relación con la queja “boca amarga” y discutir la competencia comunicativa intercultural necesaria al equipo de salud para el cuidado de estos usuarios. **Métodos:** se realizó un estudio cualitativo exploratorio descriptivo. Participantes en la encuesta fueron los trabajadores comunitarios de salud y los usuarios atendidos en USF Castelo Branco II. **Resultados:** la explicación de la queja “boca amarga” hace parte de la lenguaje del ideario popular y médico. Los tratamientos de la queja implican: la curación espontánea; el uso de té; medicinas y atención nutricional. La mayoría de los encuestados nunca había discutido con su médico u otro profesional de la salud acerca de la “boca amarga”, y uno de los participantes dijo que el “boca amarga” era un “tabú”, y refirió la restricción que existe en abordar el tema. **Conclusiones:** la población tiene su propia comprensión cultural de la queja “boca amarga”. Sin embargo, son necesarios más estudios sobre las enfermedades populares y así como un abordaje más profundizado de las mismas. Este estudio representa sólo una primera aproximación, pero esencial para entender el término “boca amarga” y la competencia comunicativa cultural necesaria para los profesionales de la salud.

### Palavras-chave:

Competência Cultural  
Medicina Tradicional  
Antropologia Cultural

### Keywords:

Cultural Competency  
Medicine, Traditional  
Anthropology, Cultural

### Palabras clave:

Competencia Cultural  
Medicina Tradicional  
Antropología Cultural

**Fonte de financiamento:**  
declaram não haver.

**Parecer CEP:**  
FURG n° 185/2011.

**Conflito de interesses:**  
declaram não haver.

Recebido em: 23/10/2013.  
Aprovado em: 20/02/2014.

## Introdução

As limitações sociais e econômicas atuais sobre a prática médica, juntamente com a formação que não prepara os profissionais para lidar com a expressão de valores, ideias ou sentimentos do paciente, levam a consultas clínicas que se concentram na compreensão apenas da doença do paciente.<sup>1</sup> Muitas vezes, a cultura, em seu sentido corriqueiro, é relacionada a pessoas com a formação cultural avançada, ou seja, que vêm de uma família de alto nível socioeconômico e que conhecem artes e filosofia, sendo o “bom paciente” aquele que “possui cultura” o suficiente para seguir as orientações e cuidados transmitidos pelo profissional da saúde.<sup>2</sup> Esse é contrastado com o paciente “sem cultura”, que é o mais “difícil”, já que age erroneamente por “ignorância” ou guiado por “superstições”.<sup>2</sup>

O modelo de abordagem médica, hoje, em geral, privilegia a pessoa com queixas específicas por meio das quais é possível seguir um fluxograma para a abordagem do paciente. Porém, um sistema “culturalmente competente” de saúde é definido como aquele que reconhece e incorpora em todos os níveis a importância da cultura; a avaliação das relações interculturais; a vigilância em relação às dinâmicas que resultam de diferenças culturais; a ampliação do conhecimento cultural; e a adaptação de serviços para atender às necessidades culturais únicas.<sup>3</sup> Esse sistema engloba a compreensão de todos os pacientes em seus aspectos culturais.

Nesse sentido, a competência comunicativa intercultural tem uma relação direta com os profissionais da área da saúde na compreensão e resposta efetiva às necessidades culturais e linguísticas trazidas pelos pacientes nas situações de cuidados de saúde.<sup>4</sup> A satisfação do paciente e a conformidade com as recomendações médicas estão intimamente relacionadas com a efetividade da comunicação e da relação médico-paciente.<sup>5</sup> Em um país como o Brasil, com grande diversidade cultural, a aquisição de conhecimentos, de habilidades e de certa sensibilidade intercultural é ainda mais importante, e a competência cultural é considerada uma característica da Atenção Primária à Saúde (APS).<sup>6</sup>

Essas diferenças socioculturais entre o médico e o paciente podem criar barreiras para a comunicação. Portanto, os médicos precisam aprender os conceitos e habilidades necessários para superar essas barreiras e melhorar os resultados da relação médico-paciente.<sup>7</sup> Nesse contexto, a imprescindibilidade de compreender essas diferenças demonstra uma mudança de paradigmas assim como a necessidade de conhecer e refletir sobre informações que fazem parte da cultura popular. Por outro lado, a biomedicina é também um sistema cultural e as realidades da clínica médica devem ser analisadas a partir de perspectiva transcultural.<sup>2</sup>

Algumas dessas doenças da cultura popular referidas pelo paciente são: olhado; quebrante; vento caído ou vento virado; espinhela caída; isipa; fogo selvagem e mal-de-monte; cobreiro; ferida de boca e engasgo.<sup>8</sup> Porém, essas queixas tornam-se, geralmente, menos relevantes na prática clínica, pois quando um fenômeno não pode ser observado ou medido objetivamente como, por exemplo, as crenças de uma pessoa sobre as causas de uma doença, tal fenômeno é, de certa forma, considerado menos “real” do que algo como o nível da pressão arterial do paciente ou a sua contagem de leucócitos.<sup>4</sup>

A “Boca Amarga” (BA) é uma queixa popular, e a sua abordagem também concerne aos profissionais de saúde. Ela é referida como uma das queixas mais comuns em gastroenterologia, e para a qual raramente se encontra explicação em patologia orgânica.<sup>9</sup>

Em termos técnicos, a BA pode ser definida como disgeusia, uma sensação anormal ou prejudicada do gosto e, atualmente, adiciona-se o fato de que a disgeusia está muito próxima dos sentidos do tato e do olfato, que produzem o sentido do sabor.<sup>10</sup> Vários pacientes, no entanto, argumentam que a mudança da qualidade do gosto é alterada pelo sentido do olfato, do tato, do estado emocional e da sintomatologia de cada pessoa.<sup>10</sup> Porém, quando um paciente refere-se à BA, será que isso pode limitar-se à definição técnica de disgeusia?

Diante dessas reflexões, a competência comunicativa cultural como um campo da prática médica torna-se fundamental quando se repensa o significado de queixas como BA, a compreensão da percepção do paciente e como esses pressupostos atingem a prática dos serviços de saúde. Este artigo tem o objetivo de demonstrar a compreensão dos usuários de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Rio Grande-RS em relação à queixa BA e discutir a competência comunicativa intercultural necessária ao médico e à equipe de saúde para a abordagem desses usuários.

## Métodos

Trata-se de um estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa estuda a forma como os seres humanos organizam-se e as definições que fazem sentido no seu entorno por meio de símbolos, rituais, estruturas e papéis sociais.<sup>11</sup> Esse formato de pesquisa foi escolhido por permitir ao pesquisador investigar e compreender fenômenos relacionados à percepção e à subjetividade do objeto do estudo.

A coleta dos dados foi feita a partir de entrevista de caráter aberto, gravada e posteriormente transcrita. Escolheu-se a entrevista de caráter aberto porque ela pressupõe que o pesquisador não sabe quantas perguntas serão necessárias, já que os participantes da pesquisa não possuem uma unidade de vocabulário, sendo necessário encontrar sinônimos e adaptar as questões para o propósito da investigação.<sup>11</sup> Os temas geradores da entrevista abrangiam o entendimento e o significado de caráter popular da queixa BA e tratamentos propostos pelos entrevistados. Esse tipo de análise permite avaliar variáveis psicossociais e contexto cultural.<sup>12</sup>

O cenário foi a Unidade de Saúde da Família (USF) Castelo Branco II, localizada na cidade de Rio Grande, na região sul do Rio Grande do Sul, distando 317 km da capital Porto Alegre e com uma população aproximada de 198.048 habitantes. O estudo foi realizado com agentes comunitários de saúde (ACS) e usuários atendidos na USF Castelo Branco II, os quais foram selecionados por meio de uma amostra de conveniência estabelecida a partir da chegada do usuário à USF. De acordo com os critérios de inclusão, participaram do estudo aqueles que concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e participavam das atividades da USF Castelo Branco II. Aqueles que não atenderam a esses dois aspectos não foram incluídos no estudo. A população objeto de estudo envolveu trinta participantes: seis ACS e mais vinte e quatro pessoas da comunidade. Na apresentação dos resultados, os participantes foram identificados com a letra “P” e número que indica a ordem da entrevista. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), parecer nº 185/2011, seguindo a Resolução 466/2012.

## Resultados e discussão

Dos trinta participantes da pesquisa, 23 eram do sexo feminino e 07 do sexo masculino, sendo que a faixa etária dos entrevistados variou entre 25 e 82 anos.

Todos conheciam o tema BA, sendo que 25 dos participantes já haviam vivenciado esse sintoma. Apenas dois participantes haviam recebido explicação profissional sobre a queixa: um recebeu a informação de que era devido à “acidez do estômago” ou devido a “algum remédio”; e outro explicou que nos exames só “deu gases”.

### “Fisiopatologia” Popular da “Boca Amarga”

A maioria dos entrevistados nunca havia comentado com o seu médico ou outro profissional da saúde sobre a BA; inclusive, um participante referiu que a BA era um “tabu” e que se sentia constrangido em discutir o assunto. Diante dos dados coletados, ocorreu em algumas entrevistas a ambiguação quando se dizia que BA era igual a “amargor na boca”. Alguns inclusive referiam-se apenas à queixa com o termo “amargor”: “*Conheço aquele amargor que fica na boca*” (P1); “*Amargor é quando a gente levanta de manhã, quando como algumas coisas não assentam bem no estômago [...] Quando fica aquele cheiro na boca*” (P22) e “*A minha sogra, que ela tem que tomar os remédios dela e ela reclama que tem amargor da boca*” (P23). Porém outro participante, quando questionado se BA era igual a “amargor na boca”, disse: “*Eu acho que é diferente, amargor é por causa de uma infecção na boca. E amargura vem do estômago. Amargura sobe e o amargor é da boca*” (P29). Os participantes da pesquisa trazem para as suas explicações “fisiopatológicas” da queixa BA linguagens do ideário popular e médico:

“[...] *Eu acredito que boca amarga seja bile em demasia, que o organismo expele pra fazer a digestão... é a acidez do estômago, por causa de uma má digestão [...]*” (P1)

“[...] *Dai ficava com a boca amarga. Isso depois de comer. Parecia que o alimento ficava atravessado na garganta [...]*” (P4)

“[...] Não sei. Tem gente que diz que tem a ver com o estômago. Eu acho que pode ser do estômago também, e também pode ter a ver com os dentes, quando a gente não escova direito. [...] Porque às vezes a gente come muita coisa com ácido eu acho, tem coisas que fazem mal mesmo. Coisas que tem muito ácido não fazem bem não. Acho que tem coisas que o estômago não aceita muito bem, e daí dá aquele revertério [...]” (P5)

“[...] E eu acho que isso pode ser em decorrência do cigarro [...]” (P6)

“[...] Pode ser do fígado, ou talvez estômago até [...]” (P8)

“[...] Olha, eu penso que é por causa do fígado, quando ele não está legal, que saem coisas amargas, e causam o gosto ruim, mas isso é o que eu acho [...]” (P9)

“[...] A boca amarga eu acho que é por causa do estômago, a boca fica toda ressecada né? [...]” (P10)

“[...] Acredito que possa ser alguma coisa do estômago ou do fígado, porque quando eu estou mal deles eu me levanto com um amargo na boca, não sei se pode ser alguma comida, ou a acidez do estômago [...]” (P11)

“[...] Eu sempre tive, acho que isso é devido à pessoa ficar muito tempo sem alimentação. Porque eu não tenho hora para me alimentar. [...] Eu penso assim: eu sei quando eu quero me alimentar porque o meu cérebro me diz isso, como eu não coloco o alimento no estômago, eu acredito que o fígado trabalha de alguma forma que produz a boca amarga. Eu já tenho isso há tempo, nunca fiz consulta, procuro manter uma higiene bucal adequada, fui fumante depois parei e voltei a fumar de novo. Mas eu não associo ao cigarro. Eu associo ao fígado, quando estamos sem alimentação [...]” (P17)

“[...] É fígado, minha filha, estou com uma amargura na boca [...] boca amarga é problema no estômago você come mal e sente um azedume no estômago. Para muitos pode ser fígado, para mim já pode ser uma alimentação mais pesada, comeu mal, não se alimentou. Para mim é uma alimentação que não caiu bem no estômago daí eu começo a arrotar e fica aquele mau gosto na boca [...]. Pode ser problema na boca, até afta, mau hálito, até um arroteo pode ser boca amarga, problema de fígado, problema de bile, problema digestivo, quando não cai uma coisa boa no estômago e até sinusite que dá cheiro ruim e boca amarga, porque fica aquele monte de secreção [...]” (P29)

Quando são usados termos médicos por pacientes ou médicos, esses podem ter significados inteiramente diferentes para o médico e para o paciente.<sup>4</sup> Existiu entre os participantes da pesquisa uma relação intensa com afecções do aparelho digestivo, sendo recorrente o aparecimento dos termos: “fígado”, “estômago” e “bile”. Todavia, também foram feitas relações entre BA e higiene dentária, alimentação e tabagismo. Quando os termos “bile”, “fígado” ou “estômago” são referidos pelos entrevistados para explicar a queixa BA, mesmo usando a mesma terminologia médica, esta não é uma garantia de compreensão mútua, o que pode significar que as explanações mais simples podem não ser compreendidas tanto pelos pacientes, quanto pelos médicos.<sup>13</sup>

Porém, mesmo quando o funcionamento e estrutura do corpo baseiam-se em premissas cientificamente incorretas, esses modelos leigos muitas vezes possuem lógica e consistência que ajudam o paciente a “obter um sentido” sobre o que ocorreu e o porquê.<sup>4</sup> Pode-se perceber claramente que o participante 17 utiliza termos médicos para explicar a BA associando-a a uma resposta do cérebro à falta de alimentação, na qual o fígado trabalha de alguma forma para produzir a BA. O que os entrevistados acreditam que deve causar a BA envolve o entendimento e o simbolismo a partir dos quais os pacientes definem as doenças e que envolvem o conhecimento do próprio corpo e das suas perturbações.

O entendimento do termo BA envolve esse simbolismo e a complexidade cultural, como é possível analisar pelos termos “revertério” e “azedume no estômago” assim como pela oscilação entre o linguajar dito “médico” e o “popular”. Essas explicações leigas formam-se a partir de conceitos incorporados das suas vivências, da mídia, da internet, do modelo médico e outros. Nesse contexto, a doença é uma experiência que não se limita à alteração biológica pura, mas esta lhe serve como substrato para uma construção cultural, num processo que lhe é concomitante.<sup>14</sup>

## Tratamento Popular da “Boca Amarga”

A remissão da BA pode ser espontânea ou esta pode ser tratada pelo uso de chás, ervas, medicamentos e cuidados com a alimentação:

“[...] Quando eu tive, eu não fiz nada, ela passou sozinha, ao longo do dia. Se eu comesse algo doce melhorava um pouco [...]” (P3)

“[...] Essas coisas que a gente costuma ter em casa, ervas, fazia chá de malva, que é bom para o estômago, pata-de-vaca também era bom [...]” (P4)

“[...] Sabe que eu nem sei, porque eu usava tanta coisa: eu fazia gargarejo com salmoura (sal e limão), com chá de malva, tomei Sonrisal, tomei aquele Epocler também [...]” (P5)

“[...] Ah, eu não faço nada. Eu escovo os dentes só [...]” (P8)

“[...] Eu costumo colocar um doce ou uma bala na boca, e daí melhora. Já tomei chá de cidró também [...]” (P10)

“[...] Todo dia de manhã quando eu acordo eu tenho aquele gosto horrível na boca. Esses dias eu até procurei uma pasta de dentes que dizia que durava até o dia seguinte, mas não achei. Porque eu me acordo de madrugada pra escovar os dentes, mas quando é de manhã eu já tenho um gosto amargo na boca de novo [...]” (P13)

“[...] Eu escovava os dentes e às vezes usava um enxaguante bucal. Daí me aliviava só que isso não me dá sempre, só quando eu como algo forte [...]” (P18)

“[...] Com hidróxido de alumínio. Tem gente que toma Olina e diz que resolve o problema [...]” (P24)

“[...] Chá de boldo, chá de louro, losna, palminha ou catinga de mulata [...]” (P25)

“[...] Boldo, marcela, malva, carqueja, palminha crespa, catinga de mulata e mais umas outras ervas que não sei dizer os nomes. Tem algumas coisas que dá problema na garganta e aí dá a boca amarga é utilizado o chá de transagem. Também é utilizado chá de língua de vaca [...]” (P29)

“[...] Eu tomo muito chá de marcela pro fígado. Não faço mais nada pra passar, às vezes eu tomo um café de manhã [...]” (P30)

A BA pode ter remissão espontânea ou em decorrência de tratamentos relacionados à higiene bucal, utilização de remédios caseiros, plantas medicinais, nutrição e utilização de fórmulas sintéticas. Os entrevistados referiram a utilização das seguintes plantas: malva (*Malva paviiflora*);<sup>15</sup> cidró (*Cymbopogon citratus*);<sup>15</sup> boldo (*Plectranthus barbatus*);<sup>15</sup> louro (*Laurus nobilis*);<sup>16</sup> losna (*Artemisia absinthium*);<sup>17</sup> catinga de mulata, palminha e palminha crespa (*Tanacetum vulgare*),<sup>17,18</sup> carqueja (*Baccharis sp.*),<sup>18</sup> transagem (*Plantago tomentosa*),<sup>17</sup> língua de vaca (*Chaptalia nutans*),<sup>19</sup> pata de vaca (*Bauhinia candicans*)<sup>17</sup> e marcela (*Achyrocline satureoides*).<sup>6,15</sup> A busca e o uso de plantas com propriedades terapêuticas é uma prática milenar e o Brasil é o país de maior biodiversidade do planeta que, associado a uma rica diversidade étnica e cultural, detém um valioso conhecimento tradicional associado ao uso de plantas medicinais.<sup>16,20</sup>

Os participantes da pesquisa também referiram o uso de fórmulas sintéticas como: Sonrisal®, Epocler®, Olina® e Hidróxido de Alumínio, além de salmoura com limão e sal, ingestão de alimentos doces, higiene bucal com escovação de dentes e uso de enxaguantes bucais. Esses tratamentos populares e até a cura da BA estão relacionados ao conhecimento tradicional e formação cultural dos participantes da pesquisa. Calcula-se que 70 a 90% dos episódios de doença são manejados fora do sistema biomédico, por autocuidado ou busca de formas alternativas de cura, ou seja, o modelo biomédico é apenas um entre tantos sistemas disponíveis no “mercado” da saúde.<sup>14</sup> Desse modo, os tratamentos e manejos da BA possuem uma relação direta com o entendimento e significado que a população relaciona à queixa.

## Profissionais da Saúde e a “Boca Amarga”

Em relação ao questionamento se eles tinham tido algum episódio de BA e se ela já tinha sido discutida com o seu médico ou outro profissional de saúde, os participantes referiram:

“[...] *Sabe que eu nem falo muito com as pessoas sobre isso. Às vezes o que as pessoas comentam é que é bom pra boca isso, é bom pra boca aquilo, mas só isso mesmo [...]. Não, não falei com o médico. Porque no médico tudo é demorado, tudo é uma burocracia enorme. Ai só procura o médico quando é algo mais sério assim [...].*” (P5)

“[...] *É a primeira vez que eu estou tocando nesse assunto [...].*” (P6)

“[...] *Não, por isso não. Procurei por causa do esôfago, mas não da boca amarga [...].*” (P8)

“[...] *Já, claro, porque é horrível né? A gente tá falando com a pessoa e vem aquele cheiro ruim da boca. O doutor falou que isso é por causa da acidez do estômago, ou de repente algum remédio que eu tome [...].*” (P10)

“[...] *Como pra consultar com o doutor é difícil, a gente acaba adiando [...].*” (P11)

“[...] *Não, nunca procurei por causa disso. Achei que isso é normal. Meu marido não tinha, mas de uns tempos pra cá ele se queixa que acorda com um gosto horrível na boca [...]. Nunca procurei médico nem dentista por isso [...].*” (P13)

“[...] *Não, nunca comentei nada [...].*” (P15)

“[...] *Não, porque é um assunto meio que tabu, a pessoa que tem se sente meio constrangida de mostrar isso para as outras pessoas [...].*” (P17)

“[...] *Não, nem com o médico que eu me trato [...].*” (P18)

“[...] *Não, porque é uma coisa só de vez em quando, não é sempre. E nem me incomoda muito, por isso que talvez eu não procure [...].*” (P19)

“[...] *Já, já fiz exame e tudo. Mas nos exames só deu gases [...].*” (P30)

Na sociedade, as pessoas que adoecem e não melhoram com o autotratamento fazem escolhas sobre quem consultar nos setores informal, popular ou profissional para obter ajuda.<sup>4</sup> Um participante referiu que não procurou o tratamento porque só procura o médico “quando algo é mais sério”. Uma das explicações apontadas para não procurar o serviço de saúde é que o tratamento popular em geral já resolvia, ou havia a própria remissão espontânea do caso. A automedicação é utilizada frequentemente como uma alternativa à consulta com o médico, que os participantes esperavam que tratasse de condições mais graves.<sup>4</sup>

Porém, alguns relatos referiram que os participantes não comentaram com os seus médicos sobre a BA, e aqueles que comentaram receberam explicações simplistas, aparentemente sem uma abordagem adequada da BA. É possível que isso aconteça devido à falta de preparo adequado dos profissionais de saúde, percebendo-se um limite e insuficiência da tecnologia biomédica, visto que o estado de saúde de uma população é associado ao seu modo de vida e ao seu universo social e cultural.<sup>21</sup> Essa dificuldade da abordagem da queixa BA pelos profissionais de saúde pode estar relacionada a lacunas que ainda existem na formação médica e antropológica em saúde.

Algumas limitações do estudo podem ser apontadas no que se refere à metodologia utilizada. A presença de um pesquisador da universidade, questionando sobre um termo como BA, pode ter gerado uma inibição e/ou dificuldade dos entrevistados em expressar com exatidão a sua compreensão sobre o termo. Outro aspecto a ser considerado, e que pode ter superestimado os resultados no que se refere ao número de participantes que já tinham vivenciado este sintoma, é o fato de o estudo ser realizado com usuários que estavam chegando à Unidade de Saúde para buscar solução para alguma de suas demandas. Sabe-se que alguns usuários buscam a USF para além das demandas de saúde, e o fato de encontrarem alguém para ouvi-los pode estimulá-los a responder afirmativamente.

## Conclusões

A reflexão sobre este estudo e a análise dos resultados demonstra que a população possui uma compreensão da queixa BA, podendo na sua cultura explicá-la e tratá-la. É necessária a compreensão de que, sempre que o paciente for consultar, ocorrerá um encontro de culturas, e, assim, surgirá a necessidade da competência comunicativa intercultural para que seja possível abordar essa queixa. O estudo mostrou certa homogeneidade cultural entre os entrevistados, sem aportes significativos para falas originadas entre ACS e os demais, também não se observando diferenças expressivas entre sexos e faixas etárias.

O estudo também aponta que a queixa BA é pouco trabalhada nos consultórios médicos, mesmo sendo uma queixa comum. Torna-se fundamental analisar que muitos dos aspectos da queixa inespecífica BA possuem tratamento e explicações biomédicas. No entanto, existem poucos locais que abordam esse tipo de queixa, considerada “inespecífica”, e que pode ser pouco valorizada quando se tem pouco conhecimento em competência comunicativa intercultural, afinal não existem *guidelines* ou protocolos para queixas inespecíficas. Convém ressaltar que o objetivo deste artigo não era abordar os aspectos biomédicos da BA, mas sim a compreensão popular da queixa. Por fim, são necessários maiores estudos das doenças populares e da abordagem adequada dessas queixas, sendo este estudo apenas um início para o enfoque indispensável da boca amarga e da competência cultural necessária para os profissionais de saúde.

## Agradecimentos

Os autores do artigo agradecem aos entrevistados nesta pesquisa por terem aceitado participar do estudo e terem dedicado seu tempo para que este pudesse acontecer.

## Referências

1. Platt FW, Gaspar DL, Coulehan JL, Fox L, Adler AJ, Weston WW, et al. “Tell me about yourself”: the patient-centered interview. *Ann Intern Med*. 2001;134:1079-85. <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-134-11-200106050-00020>.
2. Langdon EJ, Wiik FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010;18(3):9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000300023>.
3. Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh-Firempong O. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *public health reports*. 2003 [acesso em 2013 May 14];118:293-302. Disponível em: <https://www.vdh.virginia.gov/ohpp/clasact/documents/CLASact/research3/118293.pdf>.
4. Helman CG. *Cultura, saúde e doença*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
5. Juckett G. Cross-cultural medicine. *American Family Physician*. 2005 [acesso em 2013 May 04];72(11):2267-74. Disponível em: <http://www.aafp.org/afp/2005/1201/p2267.html>.
6. Gusso G, Lopes JMC. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade*. Porto Alegre: Artmed; 2012.
7. Barrier PA, Li JTC, Jensen NM. Two words to improve physician-patient communication: what else? *Mayo Clin Proc*. 2003;78:211-4. <http://dx.doi.org/10.4065/78.2.211>.
8. Santos FV. O ofício das rezadeiras: um estudo antropológico sobre as práticas terapêuticas e a comunhão de crenças em Cruzeta/RN [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2007 [acesso em 2013 Jun 25]. Portuguese. Disponível em: <http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/handle/1/8854>.
9. López M, Laurentys-Medeiros J. *Semiologia médica: as bases do diagnóstico clínico*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2004.
10. Boltong A, Keast RS, Aranda SK. A matter of taste: making the distinction between taste and flavor is essential for improving management of dysgeusia. *Support Care Cancer*. 2011 Apr;19(4):441-2. <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-011-1085-0>.
11. Berg BL. *Qualitative research methods for the Social Sciences*. 4ª ed. Long Beach: Allyn & Bacon; 2001.
12. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
13. Pearson J, Dudley HA. Bodily perceptions in surgical patients. *BMJ*. 1982;284(6328):1545-6. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.284.6328.1545>.
14. Oliveira FA. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. *Interface Comun Saúde Educ*. 2002;6(10):62-74. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832002000100006>.
15. Silva Júnior AA. *Essentia Herba - plantas bioativas*. Florianópolis: Epagri; 2006.

16. Morais SM, Cavalcanti ESB, Costa SMO, Aguiar LA. Ação antioxidante de chás e condimentos de grande consumo no Brasil. *Rev Bras Farmacogn.* 2009;19(1):315-20. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-695X2009000200023>.
17. Steffen CJ. Plantas medicinais - usos populares tradicionais. São Leopoldo: Instituto Anchietano de Pesquisas/UNISINOS; 2010.
18. Couto MEO. Coleção de plantas medicinais aromáticas e condimentares. Pelotas: EMBRAPA; 2006.
19. Grandi TSM, Trindade JA, Pinto MJF, Ferreira FL, Catella AC. Plantas Medicinais de Minas Gerais, Brasil. *Acta Bot Bras.* 1989;3(2):185-224. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-33061989000300018>.
20. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos. Brasília: MS; 2006 [acesso em 2013 Aug 18]. 60 p. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_fitoterapicos.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_fitoterapicos.pdf).
21. Uchôa E, Vidal JM. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cad Saúde Públ.* 1994;10:497-504. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1994000400010>.

## Inserção da fitoterapia em unidades de saúde da família de São Luís, Maranhão: realidade, desafios e estratégias

Insertion of phytotherapy in family health units in São Luís, Maranhão state: reality, challenges and strategies

*La inserción de la fitoterapia en unidades de salud familiar de São Luís, Maranhão: realidad, desafíos y estrategias*

Waleska Regina Machado Araujo. Universidade Federal do Maranhão (UFMA). São Luís, MA, Brasil. waleska\_regina@hotmail.com (Autora correspondente)

Rômulo Vieira Silva. Universidade Federal do Maranhão (UFMA). São Luís, MA, Brasil. vs\_romulo@yahoo.com.br

Clemilson da Silva Barros. Universidade Federal do Maranhão (UFMA). São Luís, MA, Brasil. clemilson\_2@yahoo.com.br

Flavia Maria Mendonça do Amaral. Universidade Federal do Maranhão (UFMA). São Luís, MA, Brasil. fmman@terra.com.br

### Resumo

**Objetivo:** analisar a inserção da fitoterapia em unidades de saúde da família (USF) no município de São Luís, Maranhão, Brasil. **Métodos:** estudo analítico, observacional e transversal, tendo sido empregado como instrumento de coleta de dados um questionário semiestruturado com perguntas diretas, fechadas e abertas, aplicado aos diretores de USF do município. As variáveis da pesquisa foram categoria profissional, implantação de serviços de fitoterapia nas USF, benefícios da terapêutica na atenção primária, capacitação na área e desafios para efetivação do serviço, com análise quantitativa e qualitativa. **Resultados:** foram entrevistados 18 diretores, predominando os enfermeiros (50%); 81% dos entrevistados desconheciam as normativas vigentes relacionadas à fitoterapia no âmbito das políticas nacionais de saúde; 94% acreditavam que a oferta da fitoterapia como terapia alternativa e/ou complementar traria benefícios à qualidade de vida da comunidade, sendo constatado ainda que 94% dos profissionais não tinham capacitação na área. Foram relatadas experiências pontuais referentes à fitoterapia por alguns diretores das unidades. Dentre os desafios citados pelos entrevistados, foi enfatizada a necessidade de estrutura física adequada e capacitação profissional. **Conclusão:** o estudo indica a real possibilidade da inserção da fitoterapia em USF mediante a promoção de mecanismos de capacitação profissional e educação permanente, a priorização do estudo de espécies vegetais locais de uso popular regional e a atuação efetiva da equipe multiprofissional, visando a qualificar a atenção primária e a ampliar o acesso às práticas alternativas e/ou complementares.

### Abstract

**Objective:** to analyse the insertion of phytotherapy in family health units (FHU) in the municipality of São Luís, Maranhão state, Brasil. **Methods:** analytical, observational and cross-sectional study using a semi structured questionnaire with open and closed questions, applied to directors of FHU. The research variables were: professional category; implementation of phytotherapy in FHU; benefits of this therapy in primary care; professional continuing education/training in phytotherapy; and challenges to effective services. **Results:** from the 18 directors interviewed we found that: 50% were nurses; 81% were unaware of the current regulations on phytotherapy within the national health policy; 94% believed that offering phytotherapy as alternative and complementary therapy would benefit the community's quality of life; and 94% of professionals did not have any training in phytotherapy. Personal experiences regarding phytotherapy were occasionally reported by the directors. Among the challenges mentioned by the respondents, the need for adequate physical structure and professional training was emphasized. **Conclusion:** the study indicates the real possibility of insertion of phytotherapy in FHU by promoting mechanisms for professional training and continuing education; studying regional plant species used by the local community; and the effective support of multidisciplinary team in order to qualify and expand primary care access to alternative and/or complementary practices.

### Palavras-chave:

Fitoterapia  
Estratégia Saúde da Família  
Capacitação Profissional

### Keywords:

Phytotherapy  
Family Health Strategy  
Professional Training

**Fonte de financiamento:**  
declaram não haver.

**Parecer CEP:**  
HUPD 348/11.

**Conflitos de interesses:**  
declaram não haver.

Recebido em: 29/07/2013.  
Aprovado em: 09/01/2014.

**Como citar:** Araujo WRM, Silva RV, Barros CS, Amaral FMM. Inserção da fitoterapia em unidades de saúde da família de São Luís, Maranhão: realidade, desafios e estratégias. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(32):258-263. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(32\)789](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(32)789)

## Resumen

**Objetivo:** analizar la inserción de la fitoterapia en unidades de salud familiar (USF) en el municipio de São Luís, Maranhão, Brasil. **Métodos:** estudio analítico, observacional y transversal, siendo empleado un cuestionario semiestructurado, con preguntas directas, abiertas y cerradas, aplicado a los directores de USF en el municipio. Las variables de investigación fueron la categoría profesional; la inserción de servicios de fitoterapia en las USF; los beneficios de este tratamiento en la atención primaria; la capacitación en el área y los desafíos para un servicio efectivo. **Resultados:** fueron encuestados 18 directores, principalmente enfermeros (50%); 81% desconocían las normas vigentes relativas a la fitoterapia en la política nacional de salud; 94% creían que la oferta de la fitoterapia como terapia alternativa y complementaria beneficiaría la calidad de vida de la comunidad; y 94% de los profesionales no tenían capacitación en el área. Experiencias específicas relativas a la fitoterapia han sido reportadas por algunos directores de las unidades. Entre los desafíos citados por los encuestados se destacan la estructura física y la capacitación profesional adecuada. **Conclusión:** el estudio indica la real posibilidad de inserción de la fitoterapia en las USF mediante la promoción de mecanismos para capacitación profesional y educación continua; los estudios de especies de plantas locales de uso popular; y soporte de equipo multidisciplinario, con el fin de calificar la atención primaria y ampliar el acceso a las prácticas alternativas y/o complementarias.

## Palabras clave:

Fitoterapia  
Estrategia de Salud Familiar  
Capacitación Profesional

## Introdução

As práticas integrativas e complementares (PICs) no Brasil passaram a ser objeto de interesse governamental, de tal modo que recentemente o Ministério da Saúde (MS) implantou regulamentações de estímulo à difusão da medicina complementar nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Partindo-se da perspectiva de que as políticas de saúde materializam-se na ponta do sistema, por meio de ações dos diversos atores sociais, merece atenção o surgimento de novas práticas de saúde distintas da racionalidade médica ocidental.<sup>1,2,3</sup>

Na ampliação das ofertas terapêuticas do SUS e no atendimento aos seus princípios de base, em 2006, foi lançada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde para estimular sistemas e recursos terapêuticos que envolvam mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras.<sup>4</sup> No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) é prioridade, e a Estratégia Saúde da Família (ESF) é fundamental para o fortalecimento das ações de atenção primária no SUS, sendo considerada como a ordenadora das redes de atenção e coordenadora do cuidado com foco na família e na comunidade.<sup>5</sup> A inclusão das PICs na ESF, portanto, está de acordo com os princípios de universalidade, integralidade e equidade que estruturam o SUS.

A fitoterapia é caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas.<sup>4</sup> As iniciativas para formulação de políticas e programas com ênfase nessa área atenderam às diretrizes e recomendações de várias conferências e da Organização Mundial de Saúde (OMS). Ações decorrentes dessas políticas culminaram, em 2006, no Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) agregando ações, gestores, órgãos envolvidos, prazos e origem dos recursos para implantação, com abrangência em toda a cadeia produtiva de fitoterápicos.<sup>6</sup> Nesse sentido, é fundamental a análise da inserção da fitoterapia nas políticas de saúde no país, estados e municípios. Este estudo pretende analisar a inserção da fitoterapia em Unidades de Saúde da Família (USF) no município de São Luís, estado do Maranhão, Brasil, na visão dos diretores de USF, visando a conhecer os desafios e a propor estratégias para sua implantação.

## Métodos

Estudo analítico, observacional e transversal, tendo sido empregado como instrumento de coleta de dados um questionário semiestructurado. Foram utilizadas perguntas diretas, fechadas e abertas, tendo como variáveis categoria profissional, implantação de serviços de fitoterapia nas USF, benefícios dessa terapêutica na atenção primária, capacitação na área e desafios para efetivação do serviço.

Considerando-se que grande parte da cobertura da atenção primária no Brasil é realizada mediante a ESF, a pesquisa foi realizada em USF do município de São Luís, capital do estado do Maranhão, durante o mês de novembro de 2011. São Luís tem uma população de 1.014.837 habitantes, com rede de saúde composta por 81 unidades de saúde, distribuídas em sete distritos sanitários, das quais 35 são USF.<sup>7</sup>

Neste estudo, optou-se por realizar a entrevista com diretores dessas USF por se entender que a gerência dos serviços proporciona um protagonismo nas ações de saúde, sendo uma ferramenta importante na efetivação de políticas públicas.<sup>8</sup> Assim, a amostra deste estudo foi constituída por diretores de 24 USF, sendo excluídas as USF de um distrito sanitário, dada a dificuldade de acesso.

O acesso às USF foi facultado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Após prévio agendamento, os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), totalizando 18 diretores. As USF foram identificadas por letras do alfabeto (USF A - USF R), e foi preservada a identidade dos participantes.

Após a coleta de dados, os mesmos foram sistematizados, organizados e analisados, sendo comparados à literatura, possibilitando assim apresentarem-se estratégias de implantação da fitoterapia na atenção primária do município com base nos princípios de intersetorialidade e equipe multiprofissional. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD), com parecer nº 348/11, de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

## Resultados e discussão

Os participantes da pesquisa foram distribuídos em sete categorias profissionais, compostos por enfermeiros (9); gestores hospitalares (2); gestores de saúde (2); cirurgiões-dentista (2); farmacêutico (1); assistente social (1) e administrador (1). Constatou-se o predomínio de enfermeiros (50%), o que pode ser explicado pelo início da implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, quando a formação da equipe multiprofissional era composta basicamente por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS).<sup>9</sup> Vale enfatizar ainda que disciplinas com foco no gerenciamento têm sido incorporadas historicamente na estrutura curricular dos cursos de graduação em enfermagem, o que contribui para o desenvolvimento de competências e habilidades gerenciais como a atenção à saúde, a tomada de decisões, a comunicação, a liderança e a administração de unidades de saúde.<sup>10,11</sup>

A ausência dos médicos demonstra a dificuldade para atrair essa categoria ao campo da saúde pública podendo ser associada à fragilidade na formação desse profissional para sistematização e implementação do SUS e também pela grande oferta de outras oportunidades, o que favorece a possibilidade de se obter nível social mais alto e com rendimentos melhores.<sup>12,13</sup> A baixa presença dos cirurgiões-dentistas pode ser explicada pela inserção mais recente da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família.<sup>12</sup> Com a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), houve uma ampliação de categorias profissionais que poderiam apoiar as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de saúde da família com o objetivo de ampliar a abrangência e resolutividade da ESF.<sup>14</sup>

Quando indagados quanto às políticas públicas para a implantação da fitoterapia, 81% dos entrevistados desconheciam as normativas vigentes relacionadas à fitoterapia no âmbito das políticas nacionais de saúde e 56% não conheciam o PNPMF. Esse resultado está em concordância com o de outras localidades, já que estudos nacionais demonstram que a maioria dos profissionais desconhece as diretrizes nacionais,<sup>15-17</sup> situação preocupante considerando-se que esse representa o principal instrumento para orientação dos gestores na implantação desses serviços.<sup>4</sup> Ischkanian<sup>18</sup> atribui o desconhecimento à ineficiência dos meios de divulgação dessas políticas para as unidades de saúde devido à preferência dos profissionais pelo modelo biomédico, à descrença dos profissionais decorrente da própria formação acadêmica e aos preconceitos que cercam o tema. Apenas o diretor de uma unidade referiu que alguns profissionais vêm orientando, esporadicamente, o uso de fitoterápicos, conforme depoimento:

*“Alguns profissionais já orientam o uso de medicamentos fitoterápicos, alguns prescrevem e indicam locais onde a pessoa pode encontrar”* (USF G).

Entende-se que essa realidade está relacionada à falta de profissionais que assumam a prescrição de fitoterápicos dentro da USF, com orientações para o uso dos mesmos na comunidade, bem como à falta de acesso e disponibilidade de tal recurso terapêutico. Estudo realizado em Unidades de Saúde no Ceará, estado pioneiro em assistência fitoterápica, indica o registro de 20,6% das prescrições de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos contendo pelo menos 01 medicamento fitoterápico, refletindo a realidade do Programa Farmácia Viva no Estado, com produção e dispensação de medicamentos fitoterápicos mediante prescrição do profissional de saúde<sup>19</sup> e em atendimento a determinações técnicas que instituem as Farmácias Vivas no âmbito do SUS.<sup>20</sup> No presente estudo, em apenas 28% das USF houve referência de iniciativa anterior da produção de plantas com fins medicinais, mas, segundo os gestores, a descontinuidade da mesma foi ocasionada por falta de manutenção. Foram relatadas experiências pontuais, por iniciativa do diretor ou de um profissional lotado na unidade, sendo as mesmas descontinuadas por falta de apoio, conforme depoimento a seguir:

*“Particpei de uma Conferência Ambiental, onde ensinaram algumas técnicas de cultivo... resolvi, com ajuda de algumas pessoas da comunidade, fazer canteiros de plantas no espaço lateral dentro da unidade. Mas as plantas acabaram morrendo por falta de manutenção e cuidados no solo.”* (USF Q)

“Tive conhecimento no ano passado, através de uma médica da unidade, que incentivou a plantação de algumas plantas medicinais, inclusive horta.” (USF D)

“Há alguns anos atrás, em outra gestão, houve um início de projeto, mas não foi adiante” (USF A).

Dados do Ministério da Saúde indicam que em 25% dos programas de fitoterapia a implantação foi feita com recursos estaduais ou federais, mas a sua manutenção acontece com recursos próprios, demonstrando assim que os programas implantados e mantidos até então o foram em decorrência da sensibilização de gestores. Tal fato constitui um fator de instabilidade para o andamento desses programas, uma vez que os mesmos iriam depender da vontade política do gestor de implantar a fitoterapia no seu estado ou município<sup>4</sup>. Estudo demonstra que municípios que chegaram a implantar esses serviços, mas que depois o abandonaram, justificaram a não continuidade do projeto pela falta de incentivo dos gestores, falta de divulgação junto aos usuários e, conseqüentemente, baixa demanda por parte da população.<sup>21</sup>

Na avaliação da percepção dos diretores das USF quanto à inserção da fitoterapia como estratégia na atenção primária, 94% acreditavam que isso traria benefícios à comunidade, sendo mais uma opção na busca de promoção da saúde, podendo reduzir custos com medicamentos. A crescente ascensão da fitoterapia na sociedade contemporânea como alternativa e/ou complemento terapêutico tem motivado diversos estudos que comprovaram seus benefícios na atenção primária, aliados à busca da qualidade da atenção, à validação do conhecimento popular/tradicional, ao estreitamento de laços da comunidade com a equipe de saúde, ao fortalecimento do controle social, à integralidade em saúde mediante a ampliação do olhar e das ofertas de cuidado, assim como ao vínculo e respeito pelos valores culturais.<sup>15,22-24</sup>

Apesar da constatação da inexistência da implantação da fitoterapia nas USF selecionadas neste estudo, 83% dos entrevistados referiram que a comunidade local atendida recorre às práticas alternativas de saúde, relatando que alguns usuários fazem o uso em suas residências de chás, lambedores (xaropes caseiros) e outras apresentações à base de plantas medicinais. Tal situação reflete um comportamento semelhante ao de diversas regiões do país onde a comunidade afirma fazer uso de espécies vegetais *in natura* na forma de chás, preparados por decocção ou infusão, macerados ou formas de uso externo, além de adquirir plantas secas, produto fitoterápico manipulado e fitoterápico industrializado.<sup>24-26</sup> Indiscutivelmente, o uso seguro e racional de plantas medicinais tem papel fundamental em diversas comunidades, sendo prioritário na atenção a saúde. Entretanto, deve-se primar pela qualidade do material vegetal utilizado, evitando exposição a riscos por aquisição de produto impróprio para o consumo.<sup>27,28</sup>

Quando questionados sobre os principais desafios para implantação do programa de fitoterapia, os entrevistados destacaram: o compromisso do gestor principal; a necessidade de parcerias com centros de ensino e pesquisa; a aceitação dos prescritores; a disponibilidade de recursos humanos; a regulamentação para o serviço; o incentivo à comunidade; o apoio da Secretaria Municipal de Saúde; a capacitação dos profissionais; e a estrutura adequada na unidade (Figura 1).

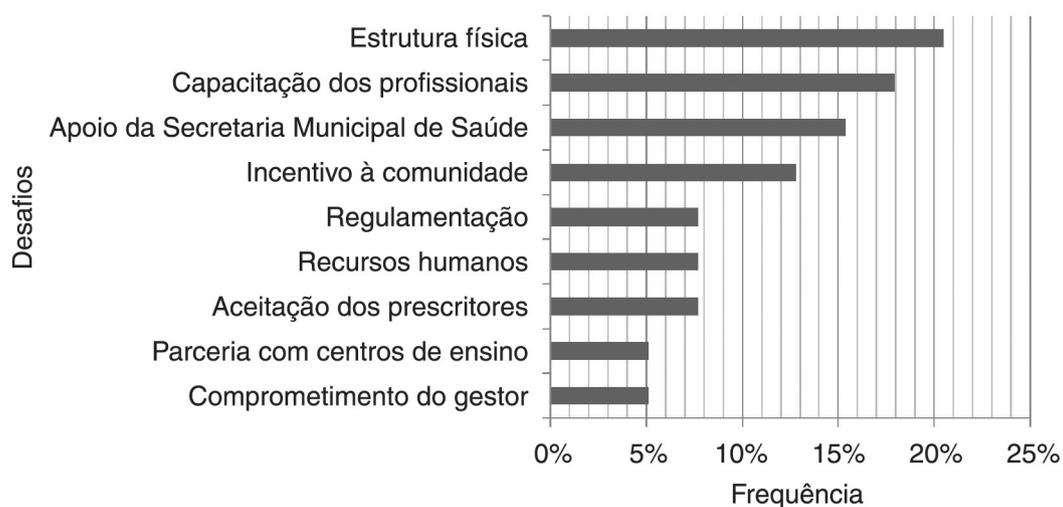


Figura 1. Frequência de desafios para a implantação do programa de fitoterapia referidos pelos diretores das unidades de saúde da família do município de São Luís, Maranhão, 2011.

Observa-se que a estrutura física da unidade de saúde e a capacitação profissional foram os desafios mais referidos pelos diretores (21% e 18%, respectivamente). Em diagnóstico de programas de fitoterapia em outras regiões, foram apresentadas como principais dificuldades: a formação acadêmica deficiente; a sensibilização dos gestores; o apoio institucional e político; e a infraestrutura para se garantirem serviços com qualidade, segurança e eficácia.<sup>15,29</sup>

Neste estudo, foi verificado que 94% dos entrevistados não tinham capacitação na área de práticas alternativas de saúde. A capacitação de profissionais de saúde aparece em muitos estudos como desafio indiscutível para a institucionalização da fitoterapia no SUS,<sup>15,22,23,30</sup> incluindo capacitação dos prescritores,<sup>16</sup> passando a ser uma necessidade de saúde pública.

Os profissionais da equipe de saúde, principalmente os agentes comunitários de saúde, que agem diretamente nas casas das famílias, são importantes como recursos de educação em saúde, pois atuam como multiplicadores de saúde ao dialogarem com os saberes populares e saberes médicos-científicos em saúde.<sup>31</sup> Os desafios para a implantação de um programa de fitoterapia identificados neste estudo foram semelhantes aos dados encontrados em outros estudos.<sup>18,32</sup> Diante do exposto, torna-se evidente que a institucionalização da fitoterapia deve ser acompanhada de políticas de incentivo e de infraestrutura adequadas para funcionamento do serviço, com padrões de qualidade em toda a cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicas.

Com base nos resultados do presente estudo e na literatura da área, é possível propor estratégias na perspectiva real de inserção da fitoterapia como prática racional tais como: a oferta da disciplina fitoterapia nos cursos de graduação da área de saúde, bem como cursos *lato sensu* e *stricto sensu* em fitoterapia; inserção da assistência fitoterápica na ESF com apoio da equipe multiprofissional; programa de sensibilização a gestores, profissionais de saúde e movimentos populares; implantação e estruturação da Farmácia Viva conforme determinações técnicas vigentes; estímulo a estudos da fitogeografia da região; criação de hortos medicinais com cultivo controlado bem como um banco de dados de plantas medicinais e fitoterápicos para consulta pela equipe de saúde.

## Conclusão

De acordo com o presente estudo, há uma inexistência de oferta de serviços de fitoterapia nas USF do município de São Luís, Maranhão. A maioria dos diretores entrevistados desconhecia as políticas e normas vigentes, apesar de referirem a crença nos benefícios da terapêutica à qualidade de vida das pessoas e, ainda, reconhecerem que a comunidade local refere o uso popular de plantas como recurso terapêutico.

Os desafios mais referidos para a implantação da fitoterapia na atenção primária foram a estrutura física das unidades e a capacitação profissional. Sendo assim, é possível definir estratégias para qualificar a atenção primária e ampliar o acesso à fitoterapia como prática alternativa e complementar. Para tal, sabe-se que quaisquer propostas somente terão êxito caso haja o reconhecimento e o compromisso na política governamental para a real implantação na atenção primária, o que envolve mudanças na percepção do processo saúde-doença no contexto social e cultural.

## Referências

1. Pinheiro R, Mattos R, Camargo Jr KR. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 4ª ed. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2007.
2. Minayo MCS, Coimbra Jr CEA. Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
3. Andrade JT, Costa LFA. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. Saúde Soc. 2010;19:497-508. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000300003>.
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Brasília: MS; 2006.
5. Pereira AMM, Castro ALB, Oviedo RAM, Barbosa LG, Gerassi CD, Giovanella L. Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. Saúde Debate. 2012;36(94):482-99. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000300019>.
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Brasília: MS; 2009.
7. Prefeitura de São Luís, Secretaria Municipal de Saúde. Guia de distritos. 2013. [acesso em 2013 Set 16]. Disponível em: <http://www.saoluis.ma.gov.br/SEMUS>.

8. Vanderlei MIG, Almeida MCP. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(2):443-53. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200021>.
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1886 de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União*. 1997 Dec 22; Seção 1. Portuguese.
10. Rothbarth S, Wolff LDG, Peres AM. O desenvolvimento de competências gerenciais do enfermeiro na perspectiva de docentes de disciplinas de administração aplicada à enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2009;18(2):321-29. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000200016>.
11. Cunha I, FRG XN. Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(3):479-82. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000300013>.
12. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(2):490-98. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200015>.
13. Medeiros CRG, Junqueira A, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha O. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;15(1):1521-31. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700064>.
14. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasil: MS; 2008.
15. Fontenele RP, Sousa DMPd, Carvalho ALM, Oliveira FdA. Fitoterapia na Atenção Básica: olhares dos gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família de Teresina (PI), Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(8):2385-94. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800023>.
16. Cantarelli AP. Estudo da utilização de plantas medicinais pelos usuários do SUS e das práticas dos profissionais de saúde de Doutor Maurício Cardoso em relação à fitoterapia [Monografia]. Porto Alegre: Curso de Especialização em Gestão em Saúde EAD. Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012. Portuguese. <http://hdl.handle.net/10183/67671>.
17. Thiago SCS, Tesser CD. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(2):249-57. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000002>.
18. Ischkanian PC, Pelicioni MCF. Challenges of complementary and alternative medicine in the SUS aiming to health promotion. *Journal of Human Growth and Development*. 2012;22(2):233-38.
19. Silva MIG, Gondim APS, Nunes IFS, Sousa FCF. Utilização de fitoterápicos nas unidades básicas de atenção à saúde da família no município de Maracanaú (CE). *Rev Bras Farmacogn*. 2006;16(4):455-62. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-695X2006000400003>.
20. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 886 de 20 de abril de 2010. Institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasil: MS; 2010.
21. Camargo EES, Bandeira MAM, Oliveira AGD. Diagnosis of public programs focused on herbal medicines in Brazil. *Bol Latinoam Caribe Plantas Med Aromát*. 2012;11(4):362-368.
22. Sampaio LA, Oliveira DR, Kerntopf MR, Brito Jr FE, Menezes IRA. Percepção dos enfermeiros da estratégia saúde da família sobre o uso da fitoterapia. *REME Rev Min Enferm*. 2012;17(1):76-84. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130007>.
23. Rosa C, Câmara SG, Béria JU. Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(1):311-18. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100033>.
24. Batista LM, Valença AMG. A fitoterapia no âmbito da Atenção Básica no SUS: realidades e perspectivas. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2012;12(2):293-96.
25. Schwambach KH, Amador TA. Estudo da utilização de plantas medicinais e medicamentos em um município do sul do Brasil. *Latin American Journal Pharmacy*. 2007;26(4):602. <http://hdl.handle.net/10915/7523>.
26. Agra MF, Freitas PF, Barbosa-Filho JM. Synopsis of the plants known as medicinal and poisonous in Northeast of Brazil. *Rev Bras Farmacogn*. 2007;17(1):114-40. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-695X2007000100021>.
27. Amaral F, Coutinho D, Ribeiro M, Oliveira M. Avaliação da qualidade de drogas vegetais comercializadas em São Luís/Maranhão. *Rev Bras Farmacogn*. 2003;13:27-30. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-695X2003000300011>.
28. Badke MR, Budó MLD, Alvim NAT, Zanetti GD, Heisler EV. Saberes e práticas populares de cuidado em saúde com o uso de plantas medicinais. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(2):363-70. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000200014>.
29. Michiles E. Diagnóstico situacional dos serviços de fitoterapia no Estado do Rio de Janeiro. *Rev Bras Farmacogn*. 2004;14(1):16-19. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-695X2004000300007>.
30. Santos RL, Guimaraes GP, Nobre MSC, Portela AS. Análise sobre a fitoterapia como prática integrativa no Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Plantas Med* 2011;13(4):486-91. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-05722011000400014>.
31. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(6):1639-46. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000600018>.
32. Silvello CLC. O uso de plantas medicinais e de fitoterápicos no SUS: uma revisão bibliográfica [Monografia]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010. Portuguese. <http://hdl.handle.net/10183/28232>.

## Sintomas respiratórios em pacientes atendidos em uma unidade básica de saúde de Goiânia-GO

Respiratory symptoms in patients consulting at a primary health care unit of Goiania-GO

*Sintomas respiratorios en los pacientes tratados en una unidad de atención primaria de Goiânia-GO*

José Laerte Rodrigues Silva Júnior. Universidade Federal de Goiás (UFG). Goiânia, GO, Brasil. joselaertejr@gmail.com (Autor correspondente)

Thiago Fintelman Padilha. Universidade Federal de Goiás (UFG). Goiânia, GO, Brasil. thiagofintelman@hotmail.com

Jordana Eduardo Rezende. Universidade Federal de Goiás (UFG). Goiânia, GO, Brasil. jojo\_rzd@hotmail.com

Eliane Consuelo Alves Rabelo. Universidade Federal de Goiás (UFG). Goiânia, GO, Brasil. elianeconsuelo@gmail.com

Anna Carolina Galvão Ferreira. Universidade Federal de Goiás (UFG). Goiânia, GO, Brasil. annacarolgalvao@gmail.com

Marcelo Fouad Rabahi. Universidade Federal de Goiás (UFG). Goiânia, GO, Brasil. mfrabahi@gmail.com

### Resumo

**Objetivo:** verificar a prevalência de sintomas respiratórios em indivíduos que procuram uma unidade básica de saúde, descrevendo as distribuições desses sintomas e dos fatores de risco relacionados com doenças respiratórias. **Métodos:** estudo transversal em uma unidade básica de saúde de Goiânia-GO. Durante um ano, 44 observações, escolhidas de forma aleatória, foram realizadas, onze em cada estação do ano. Para análise dos dados, foram utilizados teste do qui-quadrado, ANOVA, correlação e regressão robusta univariada. **Resultados:** dentre os 3.354 indivíduos avaliados, 13,7% (458/3.354) possuíam sintomas respiratórios. A tosse foi o sintoma respiratório mais prevalente, ocorrendo em 91% (417/458) dos casos. Em relação aos que procuraram a unidade de saúde, 4,8% (161/3354) apresentavam tosse por duas semanas ou mais. A proporção dos diferentes sintomas respiratórios (tosse, dispnéia e chiado) foi semelhante entre as estações, e as prevalências de sintomas respiratórios encontradas nas quatro estações (inverno, outono, verão e primavera) foram, respectivamente, 20%, 14%, 11,9% e 7,4%. A média do tempo de tosse para idosos foi estatisticamente maior que nos demais grupos ( $p=0,004$ ). Os tabagistas, ex-tabagistas, portadores de baixo peso, pessoas que referiam pneumonia prévia, asma ou DPOC apresentaram médias de tempo de tosse maiores, mas essas diferenças não foram estatisticamente significativas. O modelo de regressão mostrou aumento do tempo de tosse com aumento da idade ( $r^2=0,08$ ;  $p=0,0001$ ). **Conclusão:** as doenças respiratórias perfazem uma importante parcela dos atendimentos da unidade básica de saúde. A prevalência de sintomas respiratórios é maior no inverno e o tempo médio de tosse aumenta com a idade.

### Palavras-chave:

Sinais e Sintomas Respiratórios  
Transtornos Respiratórios  
Centros de Saúde  
Fatores de Risco

### Abstract

**Objective:** to determine the prevalence of respiratory symptoms in subjects attending a primary healthcare unit, describing the distributions of these symptoms and of risk factors for respiratory disease. **Methods:** a cross-sectional study was conducted on subjects attending an outpatient primary health care unit in Goiania-GO. During one year, forty-four random observations categorized by season were made. Chi-square test, analysis of variance, correlation and univariate robust regression were used to perform the statistical analyses. **Results:** among the 3,354 subjects enrolled, 13.7% (458/3,354) had respiratory symptoms. Cough was the most prevalent symptom, occurring in 91% (417/458) of the cases. Among all subjects, 4.8% (161/3,354) had cough for more than two weeks. The proportion of respiratory symptoms (cough, dyspnea and wheezing) did not differ significantly across seasons and the prevalence of respiratory symptoms in winter, autumn, summer and spring were, respectively, 20%, 14%, 11.9% and 7.4%. The average duration of cough in the elderly was significantly longer than in the other age groups ( $p=0,004$ ). Smokers, former smokers, low weight subjects and subjects reporting previous pneumonia, asthma or COPD also showed longer average duration of cough, but these differences were not statistically significant. The regression model showed that the duration of cough increased with age ( $r^2=0,08$ ;  $p=0,0001$ ). **Conclusion:** subjects with respiratory diseases account for a significant proportion of the demand for healthcare. The prevalence of respiratory symptoms is higher during the winter and the average duration of cough increases with age.

### Keywords:

Signs and Symptoms, Respiratory  
Respiration Disorders  
Health Centers  
Risk Factors

### Fonte de financiamento:

Sociedade Brasileira de  
Pneumologia e Tisiologia.

### Parecer CEP:

CEPMHA/HC/UFG n.º 142/2008.

### Conflito de interesses:

declaram não haver.

Recebido em: 22/09/2013.

Aprovado em: 14/05/2014.

**Como citar:** Silva Júnior JLR, Padilha TF, Rezende JE, Rabelo ECA, Ferreira ACG, Rabahi MF. Sintomas respiratórios em pacientes atendidos em uma unidade básica de saúde de Goiânia-GO. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(32):264-272. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(32\)825](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(32)825)

## Resumen

**Objetivo:** investigar la prevalencia de personas con síntomas respiratorios que buscan una unidad básica de salud, describiendo sus distribuciones de síntomas y factores correlacionados con las enfermedades respiratorias. **Métodos:** estudio transversal en una unidad básica de salud en Goiânia-GO. Por un año, se realizaron cuarenta y cuatro observaciones elegidas al azar, once de cada temporada. Para el análisis de los datos se utilizó chi-cuadrado, ANOVA, correlación y regresión robusta univariada. **Resultados:** de los 3.354 sujetos evaluados, 13,7% (458/3.354) tenían síntomas respiratorios. La tos fue el síntoma respiratorio más frecuente, presente en 91% (417/458). Considerando quien buscó la unidad de salud, 4,8% (161/3354) tuvieron tos durante dos semanas o más. La proporción de los síntomas respiratorios (tos, disnea y sibilancias) no difirió entre temporadas. La prevalencia de síntomas respiratorios que se encuentran en las cuatro estaciones (invierno, otoño, verano y primavera) fueron, respectivamente, 20%, 14%, 11,9% y 7,4%. La duración media de la tos en ancianos fue estadísticamente mayor que los otros grupos ( $p = 0,004$ ). Los fumadores, ex-fumadores, con bajo peso, que informaron neumonía previa, asma o EPOC tenían duración media de la tos mayor, pero estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. El modelo de regresión mostró una mayor duración de la tos con la edad ( $r^2 = 0,08$ ,  $p = 0,0001$ ). **Conclusión:** las personas con enfermedades respiratorias representan una parte importante del cuidado de la unidad básica de salud. La prevalencia de síntomas respiratorios es mayor en invierno y la media de la tos aumenta con la edad.

## Palabras clave:

Signos y Síntomas Respiratorios  
Transtornos Respiratorios  
Centros de Salud  
Factores de Riesgo

## Introdução

As doenças respiratórias, comuns em todas as faixas etárias nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, têm sido consideradas importantes causas de morbimortalidade, e, nas últimas décadas, sua incidência tem aumentado gradativamente.<sup>1</sup> As mais frequentes nas unidades básicas de saúde e que resultam em significativas morbidade e mortalidade são as infecções respiratórias agudas, a tuberculose, a asma, a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e o câncer de pulmão. A tuberculose e a pneumonia são importantes causas de morbidade e mortalidade em adultos jovens em países de baixa e média renda. Já em países desenvolvidos, a pneumonia e o câncer de pulmão apresentam uma incidência significativa em indivíduos com mais de 50 anos. O ônus da asma tem aumentado em todo o mundo, e a DPOC é uma importante causa de invalidez e morte em toda parte.<sup>2</sup>

Devido à importância das doenças respiratórias em termos de saúde pública, a Organização Mundial de Saúde (OMS) sugeriu em 2005 uma estratégia voltada para países em desenvolvimento que permitisse a abordagem e o manejo integrado dos pacientes com cinco anos de idade ou mais que se apresentassem em unidades de atenção primária com sintomas respiratórios.<sup>2</sup> Essa abordagem sistematizada é chamada de estratégia PAL (*Practical Approach to Lung Health*) e consiste em uma abordagem sindrômica por meio da utilização de algoritmos. Assim, com base tanto em sinais e sintomas respiratórios, quanto na sua duração e em seus fatores de risco, o algoritmo de atendimento orienta o profissional de saúde nas ações diagnósticas e terapêuticas a serem tomadas no nível de atendimento primário.<sup>3</sup>

Um estudo realizado em Goiânia verificou que a prevalência de asma em adolescentes de 13 e 14 anos era de 10,6%, um achado similar ao encontrado em outras capitais brasileiras.<sup>4</sup> Em relação à tuberculose, a incidência no estado de Goiás em 2009 foi de 14,6/100.000 habitantes, uma das menores taxas em relação ao restante do país.<sup>5</sup> Ainda não há publicações no que se refere à prevalência de DPOC, mas a prevalência de tabagismo na cidade (16%)<sup>6</sup> é próxima à nacional (17,2%).<sup>7</sup> Para adaptação e desenvolvimento da estratégia PAL, é necessário identificar o padrão demográfico e a situação epidemiológica da população a ser assistida. Esse conhecimento permite inferir as morbidades mais prevalentes na comunidade, traçar objetivos e, após a implantação, verificar as metas atingidas.<sup>3</sup> Assim, o objetivo deste trabalho foi identificar a prevalência de pacientes com sintomas respiratórios que procuram uma unidade básica de saúde, descrevendo suas distribuições de sintomas e de fatores de risco para doenças respiratórias.

## Métodos

O estudo foi realizado em uma unidade básica de saúde de Goiânia, Novo Horizonte, responsável pelo atendimento de aproximadamente 40 bairros da cidade, perfazendo um total de 170.000 habitantes. Como era esperada variação sazonal na prevalência de sintomas respiratórios, optou-se pela realização de cortes transversais de igual número nas quatro estações do ano. Por falta de dados nacionais com relação a sintomáticos respiratórios na população maior de cinco anos, o cálculo do tamanho da amostra foi realizado com base na prevalência média observada (18%) em um estudo da OMS realizado em 9 países em desenvolvimento.<sup>8</sup> Com nível de confiança de 95% e com precisão relativa de 7%, uma amostra de 3.136 indivíduos seria

necessária.<sup>9</sup> Como a Unidade de Saúde esperava um atendimento anual de 28.000 indivíduos, com quarenta observações (10 em cada estação do ano) seria possível atingir a amostra desejada. Para garantir a quantidade necessária para o estudo, optou-se por 11 observações em cada estação do ano, realizadas no período de 8 de janeiro a 17 de dezembro de 2009. Os dias de corte transversal foram escolhidos de forma aleatória por meio do uso de um módulo do Microsoft Office Excel de geração de números aleatórios únicos (RandLotto) associado à função do programa Stata versão 11.0 (StataCorp, Texas, USA) para conversão dos números em datas. As observações transversais ocorreram tanto nos dias de semana quanto nos finais de semana, e cada observação durou 12 horas (das 7:00 às 19:00). Durante o período de observação, era realizada uma entrevista de triagem, na qual todos os indivíduos com mais de 5 anos de idade que compareceram à unidade de saúde por qualquer razão eram entrevistados por meio de 6 perguntas fechadas: 1) Nome; 2) Sexo; 3) Idade; 4) Presença de tosse; 5) Presença de falta de ar; 6) Presença de chiado. Os indivíduos que eram considerados elegíveis por apresentar qualquer sintoma respiratório eram convidados a participar. Aqueles indivíduos que tiveram seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado foram incluídos, submetidos a um segundo instrumento de coleta de dados e acompanhados até a alta da unidade de saúde. O segundo instrumento de coleta de dados consistia de um formulário com campos para anotar os dados antropométricos após a aferição de peso e altura; a temperatura axilar medida com termômetro de coluna de mercúrio; os dados relacionados ao tabagismo segundo os critérios adotados no Eurobarometer on Tobacco Survey em 2008;<sup>10</sup> os dados relacionados a diagnósticos autorreferidos de bronquite crônica, enfisema, asma, rinite/sinusite, pneumonia prévia e tuberculose em tratamento ou no passado; dados sobre febre autorreferida; histórico de procura do posto de saúde previamente, com ou sem os mesmos sintomas; percepção do estado de saúde na alta da unidade de saúde (melhora, piora, inalterado); e diagnóstico final anotado no prontuário médico pelo médico assistente. O Quadro 1 resume as variáveis aferidas no estudo, bem como suas definições. Foram excluídos do estudo os indivíduos que não completaram a coleta de dados ou que não puderam ser acompanhados até a alta da unidade de saúde ou hospitalização pelo médico assistente. Os dados foram coletados por quatro estudantes de medicina do quarto ano treinados especificamente para esse propósito usando instrumento de coleta de dados específico do estudo. Para garantir que todos os indivíduos que compareceram à unidade de saúde fossem entrevistados, a equipe de coleta de dados foi posicionada próxima à entrada principal.

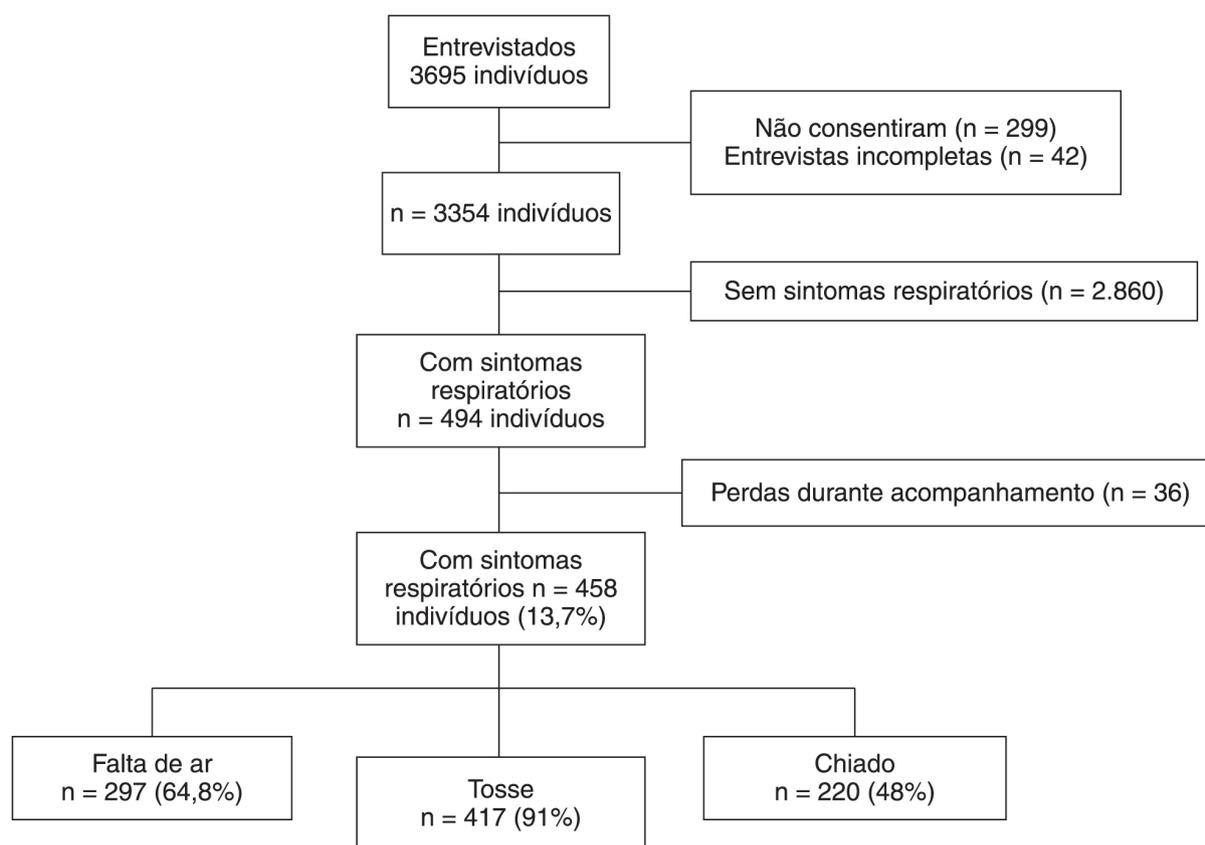
**Quadro 1.** Variáveis e definições para o estudo.

Variáveis	Definições para o estudo
Indivíduo com sintomas respiratórios	Indivíduo com tosse e/ou falta de ar e/ou chiado
Indivíduo sem sintomas respiratórios	Indivíduo sem tosse, sem falta de ar e sem chiado
Sintomático respiratório	Indivíduo com tosse por três semanas ou mais
Criança	Indivíduo com idade igual ou inferior a 9 anos
Adolescente	Indivíduo com idade entre 10 e 19 anos
Adulto	Indivíduo com idade entre 20 e 64 anos
Idoso	Indivíduo com 65 anos ou mais
Tabagista em atividade	Todo indivíduo que fuma, independentemente da frequência e da intensidade
Ex-tabagista	Todo indivíduo que não fuma mas que já fumou em alguma época de sua vida
Não tabagista	Indivíduo que nunca fumou
Fumante passivo	Indivíduo não tabagista que mora com fumante que fuma dentro do domicílio e/ou indivíduo não tabagista que durante o trabalho se expõe diariamente à fumaça de cigarro

O teste do qui-quadrado foi utilizado para analisar variáveis dicotômicas. A análise de variância (ANOVA) foi usada para a comparação de três ou mais médias, e o teste de Bartlett foi realizado para confirmar o pré-requisito de variâncias estatisticamente iguais para o emprego da ANOVA. A análise de correlação foi empregada para estudar o comportamento conjunto das variáveis quantitativas, e a regressão robusta univariada foi selecionada para explorar a relação entre as variáveis dependentes e variáveis independentes específicas, por contornar as limitações do método dos mínimos quadrados em relação a heteroscedasticidade e *outliers*. Os resultados foram analisados com o programa STATA, versão 11.0 (Stata Corp, College Station, TX, EUA). Para todos os testes, valores de  $p < 0,05$  foram considerados estatisticamente significativos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás sob o número 142/2008.

## Resultados

A entrevista foi apresentada a 3.695 indivíduos (média de 76 entrevistas por dia nas 44 observações), sendo que 8,1% (299/3695 indivíduos) recusaram-se a participar do estudo. A Figura 1 demonstra o fluxo dos indivíduos.



**Figura 1.** Fluxograma de entrevistas dos indivíduos que procuraram a unidade básica de saúde nos dias de corte transversal.

Dentre os 458 indivíduos que procuraram a unidade de saúde com sintomas respiratórios (13,7%), a tosse foi o sintoma respiratório mais prevalente, presente em 417 indivíduos (91%), seguido por falta de ar em 297 indivíduos (64,8%) e chiado em 220 (48%). Houve predominância de gênero (56,4% do sexo feminino), e a distribuição por faixa etária foi a seguinte: ≤ 9 anos, 51 indivíduos (11,1%); entre 10 e 19 anos, 95 indivíduos (20,7%); entre 20 e 64 anos, 254 indivíduos (55,5%); ≥ 65 anos, 58 indivíduos (12,7%). A mediana de idade era de 28 anos, a maioria dos indivíduos referia febre (406/88,6%), 67 (14,6%) dos indivíduos com sintomas respiratórios eram tabagistas em atividade e 139 (30,4%) apresentavam história de tabagismo no passado ou de tabagismo passivo (Tabela 1).

Em relação a todos os indivíduos avaliados, 4,8% (161/3354) procuraram a unidade de saúde com duas ou mais semanas de tosse e 2,8% (94/3354) com três semanas ou mais de tosse. Os indivíduos com 3 semanas ou mais de tosse (94/3354) diferiam dos indivíduos com sintomas respiratórios em geral (364/3354) em relação a: maior idade, maior proporção de tosse produtiva e com sangue, maior proporção de dispnéia e chiado, maior proporção de baixo peso, menor proporção de diagnóstico de IVAS (infecção de vias aéreas superiores) e maior proporção de diagnóstico de asma e DPOC (Tabela 2).

Dentre os 13,7% (458/3354) de indivíduos com sintomas respiratórios, 66,6% (305/458) referiram até uma semana de tosse; 12,9% (59/458) duas semanas; 10,7% (49/458) três semanas; e 9,8% (45/458) quatro semanas ou mais. No entanto, a prevalência de sintomas respiratórios e de indivíduos com tosse por três ou mais semanas na amostra estudada variou nas quatro estações e foi respectivamente de: 20% (185/926) e 3,5% (32/926) no inverno; 14% (126/900) e 2,6% (23/900) no outono; 11,9% (90/756) e 2,3% (17/756) no verão; e 7,4% (57/772) e 1,9% (15/772) na primavera. Em relação ao histórico de procura do posto de saúde previamente, 175 indivíduos (35,4%) referiam já ter procurado a unidade básica de saúde por sintomas respiratórios. Destes, 134 (76,6%) procuraram a unidade básica de saúde com os mesmos sintomas.

**Tabela 1.** Estatística descritiva do número de entrevistas na unidade básica de saúde em 2009 e características dos indivíduos com sintomas respiratórios.

Variáveis	Total (%)	Parâmetros por dia de entrevista		
		Média ± DP	Mediana (IQR)	Min-Máx
Total de indivíduos	3354 (100,0)	76,2 ± 47,7	60 (70)	19-209
Indivíduos sem sintomas respiratórios	2860 (85,4)	65 ± 41,8	52 (54)	15-185
Indivíduos com sintomas respiratórios	458 (13,7)	11,2 ± 10,3	7,5 (10)	0-45
Sexo feminino	259 (56,6)	-	-	-
Idade	-	33 ± 20	28 (27)	5-92
Presença de tosse	417 (91,0)	-	-	-
Tempo de tosse em dias	-	10,3 ± 19,7	4,0 (8,0)	1-200
Presença de dispneia	297 (64,8)	-	-	-
Tempo de dispneia em dias	-	9,0 ± 18,7	4,0 (6,0)	1-180
Presença de chiado	220 (48,0)	-	-	-
Tempo de chiado em dias	-	7,9 ± 13,8	3,0 (6,0)	1-120
Presença de febre	406 (88,6)	-	-	-
Tabagista em atividade	67 (14,6)	-	-	-
Ex-tabagista	50 (11,0)	-	-	-
Fumante passivo	89 (19,5)	-	-	-

DP = desvio padrão; IQR= amplitude interquartil; Min= valor mínimo; Máx= valor máximo.

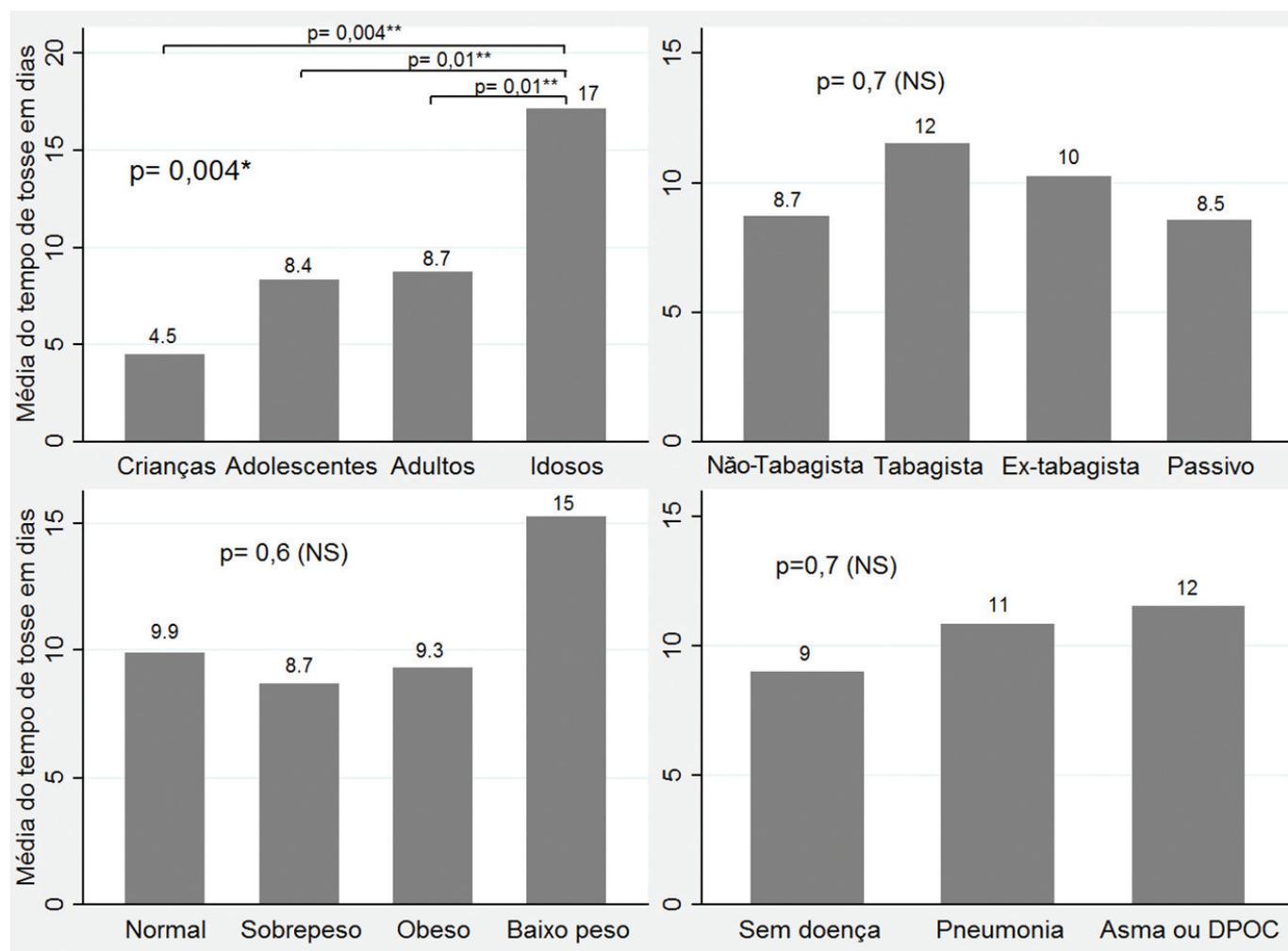
**Tabela 2.** Características dos indivíduos com sintomas respiratórios (geral) e sintomáticos respiratórios (tosse > 3 semanas) atendidos na unidade de saúde em 2009.

Variáveis	Sintomas respiratórios (geral) (n= 364)	Sintomáticos respiratórios (tosse ≥ 3 semanas) (n= 94)	p
Sexo feminino, n (%)	206 (56,6)	53 (56,4)	0,9 (NS)
Idade, mediana (IQR)	26,5 (24,0)	39,5 (41,0)	0,005**
Tosse produtiva, n (%)	167 (46,0)	54 (58,1)	0,04*
Tosse com sangue, n (%)	12 (3,4)	10 (11,4)	0,002*
Presença de dispneia, n (%)	224 (61,6)	73 (77,7)	0,004*
Tempo de dispneia, dias, mediana (IQR)	1 (3,0)	7 (15,0)	<0,0001**
Presença de chiado, n (%)	161 (44,2)	59 (62,8)	0,001*
Tempo de chiado, dias, mediana (IQR)	0 (2,0)	2 (15,0)	<0,0001**
Presença de febre medida, n (%)	87 (24,0)	21 (22,3)	0,16 (NS)
Tabagista em atividade, n (%)	48 (13,2)	19 (20,2)	0,08 (NS)
Ex-tabagista, n (%)	41(11,3)	9 (9,6)	0,64 (NS)
Fumante passivo, n (%)	72 (19,8)	17 (18,1)	0,71 (NS)
Baixo peso, n (%)	30 (8,2)	16 (17,0)	0,01 *
Diagnóstico de IVAS	127 (34,9)	16 (17,0)	0,001*
Presença de asma/DPOC, n (%)	20 (5,5)	16 (17,0)	<0,0001*
Primavera, n (%)	50 (13,7)	7 (7,5)	0,10 (NS)
Verão, n (%)	75 (20,6)	15 (15,9)	0,31 (NS)
Outono, n (%)	96 (26,4)	30 (31,9)	0,28 (NS)
Inverno, n (%)	143 (39,3)	42 (44,7)	0,34 (NS)

n= número de indivíduos; IQR= amplitude interquartil; \* teste de qui-quadrado estatisticamente significativo; \*\* teste de Mann-Whitney estatisticamente significativo; NS= não significativo; IVAS= infecção de vias aéreas superiores.

Dos 458 indivíduos, 53 (11,6%) referiam ser portadores de asma ou DPOC, 33 (7,2%) referiam rinite, 22 (4,8%) ter tido pneumonia previamente e 6 (1,3%) tuberculose pulmonar no passado. A maior parte dos indivíduos estudados 267/458 (58,3%) apresentava o índice de massa corpórea normal, sendo que 90 (19,7%) estavam com sobrepeso, 55 (12%) eram obesos e 46 (10%) estavam com baixo peso.

Houve um predomínio de indivíduos com sintomas respiratórios no inverno, mas a proporção de sintomas respiratórios (tosse, dispneia e chiado) não diferiu estatisticamente entre as estações. Uma diferença estatisticamente significativa entre as médias do tempo de tosse em dias foi observada quando as médias foram avaliadas por faixa etária ( $p=0,004$ ). A média do tempo de tosse para idosos foi estatisticamente maior que as demais. Os tabagistas, ex-tabagistas e indivíduos com baixo peso, bem como aqueles que referiam ter apresentado pneumonia prévia e ser portadores de asma ou DPOC apresentaram médias de tempo de tosse maiores, mas essas diferenças não foram estatisticamente significativas (Gráfico 1).



**Gráfico 1.** Fatores de risco para doença respiratória crônica e a média do tempo de tosse em dias. Símbolos: \*ANOVA; \*\*Teste de Tukey; (NS)= não significativo.

Observou-se uma correlação estatisticamente significativa entre a idade dos indivíduos e o tempo de tosse (coeficiente, 0,27;  $p < 0,0001$ ); dispneia (coeficiente, 0,13;  $p < 0,05$ ) e respiração ruidosa (coeficiente, 0,16;  $p < 0,009$ ). O modelo de regressão mostrou aumento do tempo de tosse com aumento da idade (tempo de tosse =  $2,34 + 0,059 \cdot \text{idade}$  /  $r^2 = 0,08$  /  $p < 0,0001$ ). Essa relação era mais pronunciada em caso de tosse produtiva (Tempo de tosse seca =  $1,59 + 0,06 \cdot \text{idade}$  /  $r^2 = 0,08$  /  $p = 0,0006$ , versus, Tempo de tosse produtiva =  $2,48 + 0,41 \cdot \text{idade}$  /  $r^2 = 0,04$  /  $p = 0,001$ ).

Dos 458 pacientes acompanhados até a alta, 334 (72,9%) receberam alta sem melhora ou com piora do quadro clínico, 108 (23,6%) receberam alta com melhora e 16 (3,5%) foram hospitalizados. O diagnóstico estava anotado no prontuário no momento da alta para 243 indivíduos (53,1%). Destes, 143 (58,9%) tiveram o diagnóstico de infecção de via aérea superior, 32 (13,2%) tiveram o diagnóstico de pneumonia, 23 (9,5%) foram diagnosticados como portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica, 13 (5,3%) foram diagnosticados como asmáticos e 32 (13,1%) tiveram outros diagnósticos.

## Discussão

Não há publicação nacional avaliando a prevalência de sintomas respiratórios em indivíduos com mais de 05 anos, os quais compõem a população alvo para a estratégia PAL.<sup>3</sup> A maioria dos estudos realizados no Brasil avaliou indivíduos com 15 anos ou mais.<sup>11,12,13</sup> Entretanto, a prevalência de sintomas respiratórios (13,7%) foi semelhante à encontrada nos estudos realizados no país, que variou de 11,3 a 20%,<sup>11,12,13</sup> e em um estudo realizado pela OMS em nove países em desenvolvimento (18%).<sup>8</sup> Em Belém do Pará, um estudo que avaliou 1.008 indivíduos em um dia de inverno verificou uma prevalência de tosse de 20%, sendo que 10,3% destes indivíduos apresentavam tosse por mais de 3 semanas.<sup>11</sup> Em Vitória, observou-se uma prevalência de sintomas respiratórios de 11,3% e 4% de sintomáticos respiratórios na avaliação de 1.101 indivíduos que procuraram unidades básicas de saúde do município no verão e no outono.<sup>12</sup> Em Curitiba, um estudo que avaliou 2.297 indivíduos com idade entre 2 e 85 anos encontrou uma prevalência de sintomas respiratórios de 14% e de sintomáticos respiratórios de 2,9%.<sup>13</sup> No Distrito Federal, utilizando-se uma metodologia diferente (inquérito domiciliar), um estudo verificou que dentre os 629 indivíduos entrevistados durante o verão, a prevalência de sintomas respiratórios não foi relatada, mas a prevalência de sintomáticos respiratórios variou de 4,8% a 5,7% dependendo da área estudada.<sup>14</sup> No presente estudo, a prevalência de sintomáticos respiratórios foi de 2,8%, abaixo da prevalência estimada pelo Ministério da Saúde (5%)<sup>15</sup> e da encontrada na maioria dos estudos (4 a 10,3%).<sup>11,12,14</sup> Entretanto, a mesma é bem próxima da prevalência encontrada no estudo realizado em Curitiba, cuja amostra era composta por indivíduos a partir de 02 anos,<sup>13</sup> o que pode explicar a semelhança entre os achados.

Este estudo verificou um aumento dos sintomas respiratórios durante o inverno, com uma prevalência de 23% contra 12,9% no outono, 12,4% no verão e 9,1% na primavera. No estado de Goiás, o inverno é caracterizado por baixa quantidade de precipitação e baixa umidade relativa do ar. A baixa umidade do ar é considerada um risco para a integridade da via aérea por alterar o equilíbrio do aparelho respiratório,<sup>16</sup> sendo esse o fator responsável pelo aumento do número de indivíduos com sintomas respiratórios no inverno.<sup>17</sup>

Foi observada a predominância do gênero feminino (56,4%) na população que frequenta a unidade de saúde. Em estudos que avaliam serviços de atenção primária, esse é o achado habitual.<sup>8,11,12,13</sup> Já foi sugerido que as mulheres são mais conscientes em relação à procura de assistência médica quando necessária, além de possuírem piores condições financeiras em relação ao sexo masculino para procurar assistência médica fora do serviço público.<sup>18</sup>

A elevada prevalência de febre observada (88,6%) entre os pacientes com sintomas respiratórios no estudo indica uma grande proporção de doenças transmissíveis e está em concordância com o estudo da OMS que verificou que pelo menos 80% dos indivíduos com sintomas respiratórios avaliados nos países em desenvolvimento apresentam infecção aguda de via aérea.<sup>8</sup> O presente estudo também observou uma considerável prevalência de doenças respiratórias crônicas referidas, já que a asma, DPOC e a rinite referidas somadas correspondiam a 23,8% dos indivíduos avaliados. Como o diagnóstico é referido, provavelmente a taxa real seja maior devido ao subdiagnóstico dessas doenças no Brasil.<sup>19,20,21</sup> Apesar de não ser possível uma comparação direta entre os dados do estudo e os dados da Pesquisa Nacional por amostra de domicílios em 2008<sup>7</sup> devido à utilização de diferentes definições de tabagismo, a prevalência de tabagismo em atividade encontrada (14,6%) estava próxima à verificada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) para a região centro-oeste (16,6%) e um pouco abaixo da média nacional (17,2%).<sup>7</sup> Já a prevalência de tabagismo passivo (19,5%) estava abaixo da verificada pelo IBGE para região centro-oeste (22,5%) e da média nacional (22,8%).<sup>7</sup>

A Aliança Global Contra Doenças Respiratórias Crônicas da OMS (WHO GARD) reconhece como fatores de risco para prevenção primária o tabagismo em atividade, tabagismo passivo, desnutrição, infecções respiratórias de repetição e poluição ambiental.<sup>22</sup> No entanto, na amostra em estudo, apesar de as médias de tempo de tosse serem maiores para os indivíduos tabagistas, ex-tabagistas, com baixo peso, que referiam ter apresentado pneumonia prévia e ser portadores de asma ou DPOC, essas diferenças não foram estatisticamente significativas. Provavelmente, com uma amostra maior, a diferença numérica encontrada seria estatisticamente significativa.

A análise de regressão evidenciou uma relação entre a idade e o tempo de tosse, o que pode ser explicado pelo aumento da prevalência de doenças respiratórias crônicas com o aumento da idade e pelo agravamento da doença respiratória crônica já presente associado ao envelhecimento.<sup>23,24</sup>

## Conclusões

Este estudo confirma que os indivíduos com doenças respiratórias perfazem uma importante parcela dos atendimentos da unidade básica de saúde (aproximadamente 1 em cada 7 indivíduos). A ausência de diagnóstico anotado no prontuário do paciente no final do atendimento pode ser em parte explicada pela inespecificidade dos quadros clínicos atendidos na atenção básica, que muitas vezes não se enquadram nos quadros nosológicos da Classificação Internacional de Doenças (CID). No entanto, a ausência de um registro de morbidade em 46,9% dos casos é um dado que indica a falta de normatização no atendimento ao paciente com doença respiratória. A implementação da estratégia PAL nessas condições poderá promover padronização do atendimento por meio de capacitação e da utilização de diretrizes para prática clínica, melhorando a qualidade e a eficiência do atendimento prestado. Dois pré-requisitos para a implantação da estratégia PAL foram alcançados pelo presente estudo: o reconhecimento da situação epidemiológica e a avaliação basal do atendimento prestado aos indivíduos com sintomas respiratórios. Futuros trabalhos serão necessários para avaliar o impacto da implantação dessa estratégia de atendimento na saúde da população.

## Agradecimentos

Agradecemos aos gestores, à toda a equipe de profissionais do Cais Novo Horizonte e à Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia o apoio na realização deste estudo, ao Prof. Dr. Marcus Barreto Conde pelas sugestões no preparo desse manuscrito e ao programa Hopkins-Brazil International Clinical Operational and Health Services Research and Training Award (ICOHRTA), financiado pelo Fogarty International Center (Bolsa USNIH # U2RTW006885 ICOHRTA) que forneceu treinamento ao primeiro autor do manuscrito.

## Referências

1. Ait-Khaled N, Enarson D, Bousquet J. Chronic respiratory diseases in developing countries: the burden and strategies for prevention and management. *Bull World Health Organ.* 2001;79(10):971-9.
2. World Health Organization (WHO). Practical Approach to Lung Health (PAL). A primary health care strategy for the integrated management of respiratory conditions in people of five years of age and over. Geneva, Switzerland: WHO; 2005. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/WHO\\_HTM\\_TB\\_2005.351.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/WHO_HTM_TB_2005.351.pdf)
3. World Health Organization (WHO). Practical Approach to Lung Health - Manual on initiating PAL implementation. Geneva, Switzerland: WHO; 2008. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO\\_HTM\\_TB\\_2008.410\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_HTM_TB_2008.410_eng.pdf)
4. Costa LDC, Condino Neto A. Prevalência de asma e sintomas relacionados, em adolescentes de Goiânia avaliados pelo questionário ISAAC. *Rev Bras Alergia Imunopatol.* 2005;(28):309-314.
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Informe técnico de Tuberculose. Brasil; 2010 Jul [acesso em 2012 Jan 16]. Disponível em: [http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=informe\\_PNCT\\_TB\\_julho2010.pdf](http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=informe_PNCT_TB_julho2010.pdf)
6. Carnellosso ML, Barbosa MA, Porto CC, Silva SA, Carvalho MM, Oliveira ALI. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na região leste de Goiânia (GO). *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 [acesso em 2012 Feb 6];15(1):1073-80. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700014>
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; Instituto Nacional de Câncer (INCA). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Tabagismo, 2008. Rio de Janeiro; 2009. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/tabagismo.pdf>
8. World Health Organization (WHO). Respiratory care in primary care services — A survey in 9 countries. Geneva, Switzerland: WHO; 2004. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO\\_HTM\\_TB\\_2004.333.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_HTM_TB_2004.333.pdf)
9. Lwanga SK, Lemeshow S. Sample size determination in health studies: a practical manual. Geneva, Switzerland: WHO; 1991.
10. European Commission. The Gallup Organisation. Survey on Tobacco. Analytical report. Flash Eurobarometer 253. Brussels: European Commission; 2009. Disponível em: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/Tobacco/keydo\\_tobacco\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/keydo_tobacco_en.htm)
11. Rodrigues ILA, Cardoso NC. Detecção de sintomáticos respiratórios em serviços de saúde da rede pública de Belém, Pará. *Rev Pan-Amaz Saúde.* 2010;1(1):67-71. <http://dx.doi.org/10.5123/S2176-62232010000100010>
12. Moreira CMM, Zandonade E, Lacerda T, Maciel ELN. Sintomáticos respiratórios nas unidades de atenção primária no Município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2010;26(8):1619-26. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000800015>
13. Gabardo BMA, Rossoni AMO, Costa HMLM, Schichta BS, Schlichting GCB, Gomes DC, et al. Prevalência de sintomáticos respiratórios em Unidades de Saúde. In: Anais do III Encontro Nacional de Tuberculose. Brasília: Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia; 2008. p. R21.

14. Freitas FTM, Yokota RTC, Castro APB, Andrade SSCA, Nascimento GL, Moura NFO, et al. Prevalência de sintomáticos respiratórios em regiões do Distrito Federal, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;29(6):451-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892011000600011>
15. Ministério da Saúde (BR). Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília, DF; 2010. 186 p. Disponível em: [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_details&gid=1042&Itemid=423](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=1042&Itemid=423)
16. Ahrens CD, Samson PJ. Temperature and Humidity extremes. In: Ahrens CD, Samson PJ, editors. *Extreme Weather and Climate*. Belmont, CA: Cengage Learning; 2010. p. 86.
17. Silva Júnior JLR, Padilha TF, Rezende JE, Rabelo ECA, Ferreira ACG, Rabahi MF. Efeito da sazonalidade climática na ocorrência de sintomas respiratórios em uma cidade de clima tropical. *J Bras Pneumol*. 2011;37(6):759-67. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132011000600009>
18. Rangan S, Uplekar M. Gender perspectives of access to health and tuberculosis care. In: Diwan VK, Thorson A, Winkvist A, (editors). *Gender and tuberculosis: an international research workshop. Report from the workshop at the Nordic School of Public Health: Göteborg; 1998 May 24-26, p. 107-125.*
19. Godoy I, Tanni SE, Coelho LS, Martin RSS, Parenti LC, Andrade LM, et al. Programa de cessação de tabagismo como ferramenta para o diagnóstico precoce de doença pulmonar obstrutiva crônica. *J Bras Pneumol*. 2007;33(3):282-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132007000300009>
20. Chatkin MN, Menezes AMB. Prevalência e fatores de risco para asma em uma coorte no sul do Brasil. *J Pediatr*, Rio de Janeiro. 2005;81(5):411-6. <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.1393>
21. Luna MFG, Almeida PC, Silva MGC. Prevalência de sintomas de rinite em adolescentes de 13 e 14 anos avaliada pelo método ISAAC, na cidade de Fortaleza. *Rev Bras Alerg Imunopatol*. 2009;32(3):106-11.
22. Bousquet J, Dahl R, Khaltaev N. Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases. *Eur Respir J*. 2007;29(2):233-9. <http://dx.doi.org/10.1183/09031936.00138606>
23. Pauwels RA, Buist AS, Calverley PM, Jenkins CR, Hurd SS; GOLD Scientific Committee. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Workshop summary. *Am J Respir Crit Care Med*. 2001;163(5):1256-76. <http://dx.doi.org/10.1164/ajrccm.163.5.2101039>
24. Jones SC, Iverson D, Burns P, Evers U, Caputi P, Morgan S. Asthma and ageing: an end user's perspective--the perception and problems with the management of asthma in the elderly. *Clin Exp Allergy*. 2011;41(4):471-81. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2222.2011.03718.x>

## Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010

Prevalence of hypertension in elderly in Brazil between 2006 and 2010

*Prevalencia de hipertension arterial sistémica en ancianos en Brasil entre 2006 y 2010*

Gisele Soares Mendes. Universidade Católica de Brasília (UCB). Brasília, DF, Brasil. gsmendes.fisio@gmail.com (Autora correspondente)

Clayton Franco Moraes. Universidade Católica de Brasília (UCB). Brasília, DF, Brasil. claytonf@ucb.br

Lucy Gomes. Universidade Católica de Brasília (UCB). Brasília, DF, Brasil. lucygomes@pos.ucb.br

### Resumo

**Objetivo:** observar a evolução da prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) em idosos entre 2006 e 2010 no Brasil. **Métodos:** estudo descritivo, ecológico, quantitativo, de um período entre 2006 e 2010, com dados coletados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) relacionados ao sexo, região e escolaridade na faixa etária de 65 anos ou mais. **Resultados:** na análise entre regiões brasileiras, não houve diferença significativa nos anos analisados. Na comparação entre os sexos, a prevalência de HAS acima de 65 anos nas mulheres foi maior que nos homens. Com relação ao nível de escolaridade, foi encontrado que a prevalência no ano de 2006 foi significativamente menor do que nos anos de 2008 e 2009 entre pessoas com 9 a 11 anos de educação formal. Entre as regiões, quanto menor o nível de escolaridade, maior a prevalência de hipertensão. **Conclusão:** a prevalência da HAS acima dos 65 anos não seguiu uma tendência linear, mas manteve-se elevada, com predomínio em idosos do sexo feminino e em idosos com baixa escolaridade, chamando a atenção para a necessidade de ações de prevenção dos fatores de risco e acompanhamento em longo prazo dos idosos hipertensos.

### Abstract

**Objective:** to observe the evolution of the prevalence of hypertension in the Brazilian elderly population between 2006 and 2010. **Methods:** descriptive, ecological, quantitative study of the prevalence of hypertension among the Brazilian population aged 65 years or above, with data collected through telephone interviews from 2006 to 2010, obtained from the Information Technology Department of the Brazilian Public Health System (DATASUS), related to sex, region and education. **Results:** we found no significant difference in the prevalence of hypertension across Brazilian regions in the period analyzed. In women aged 65 years or above, the prevalence of hypertension was higher than in men in that same age group. With regard to education, we found that in people with 9-11 years of schooling the prevalence of hypertension in 2006 was significantly lower than in 2008 and 2009. Across Brazilian regions, the lower the education level the higher the prevalence of hypertension. **Conclusion:** The prevalence of hypertension in the population aged 65 years or above did not follow a linear trend but remained elevated, predominantly in elderly females and elderly people with low schooling, calling attention to the importance of preventing risk factors and to the long-term follow-up of people with hypertension.

### Resumen

**Objetivo:** observar la evolución de la prevalencia de la hipertension arterial (HTA) en los ancianos entre 2006 y 2010 en Brasil. **Métodos:** estudio descriptivo, ecológico, cuantitativo, de un periodo comprendido entre 2006 a 2010 con datos recogidos del Departamento de Informática del Sistema Único de Salud (DATASUS), relacionada con el sexo, la región y la educación en un grupo de edad de 65 años o más. **Resultados:** en el análisis entre las regiones de Brasil no hay diferencia significativa en los años analizados. En la comparación entre los sexos, la prevalencia de hipertension en personas con 65 años o más fue mayor en mujeres que en hombres. En la escolaridad, fue encontrado que, con 9-11 años de estudio, la prevalencia en 2006 fue significativamente menor que en los años 2008 y 2009. Entre las regiones, cuanto menor sea el nivel de escolaridad, mayor es la prevalencia de la hipertension. **Conclusión:** la prevalencia de la hipertension en personas con más de 65 años no siguió una tendencia lineal, sino que se mantuvo elevada, sobre todo en mujeres de edad avanzada y en las personas mayores con baja escolaridad, llamando la atención sobre las acciones preventivas y de vigilancia de factores de riesgo en largo plazo en los hipertensos.

### Palavras-chave:

Idoso  
Hipertensão  
Vigilância Sanitária  
Prevalência  
Brasil

### Keywords:

Aged  
Hypertension  
Health Surveillance  
Prevalence  
Brazil

### Palabras clave:

Anciano  
Hipertension  
Vigilancia Sanitaria  
Prevalencia  
Brasil

**Fonte de financiamento:**  
declaram não haver.

**Parecer CEP:**  
não se aplica.

**Conflitos de interesses:**  
declaram não haver.  
Recebido em: 19/08/2013.  
Aprovado em: 20/03/2014.

## Introdução

O aumento da população idosa é um fenômeno mundial.<sup>1,2</sup> A população brasileira atual possui mais de 201 milhões de pessoas, sendo que 12,6% têm 60 anos ou mais. Dessas, 55,7% são mulheres e 44,3% são homens.<sup>3,4</sup> Há tendência à inversão no modelo de crescimento populacional, com aumento progressivo dos idosos e redução relativa dos jovens.<sup>5</sup>

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo que causa diversas alterações no organismo, sejam elas de ordem morfológica, psicológica, funcional ou biológica, levando à diminuição da capacidade funcional e ao desenvolvimento de doenças crônicas não-transmissíveis.<sup>6,7</sup> Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento das doenças crônicas não-transmissíveis, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o mais prevalente.<sup>8-10</sup>

A HAS é definida como a manutenção de níveis de pressão arterial acima de 140 mmHg na sistólica e 90 mmHg na diastólica.<sup>11</sup> Está relacionada a fatores intrínsecos, como hereditariedade, sexo, idade e raça; e a fatores extrínsecos, como tabagismo, sedentarismo, obesidade, estresse, dislipidemia e dieta.<sup>12</sup> Além disso, há aumento do risco de comorbidades, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e insuficiência renal crônica.<sup>8</sup>

A HAS é um importante problema de saúde pública, visto que a morbimortalidade e os custos com o seu tratamento são elevados.<sup>9,13</sup> Por ser muitas vezes assintomática, há dificuldades para que os indivíduos procurem os serviços de saúde para o diagnóstico e adesão ao tratamento.<sup>14</sup> Somam-se ainda a falta de estrutura dos sistemas de saúde para atender a essa população e as escassas ações preventivas para reduzir os fatores de risco.<sup>5,15</sup>

Com o objetivo de realizar o monitoramento da frequência e da distribuição das principais doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco, o Ministério da Saúde (MS) realiza desde 2006 um inquérito telefônico nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, denominado Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL).<sup>16</sup>

Haja vista que a HAS é um problema de saúde pública e ainda necessita de ações de maior vulto para seu acompanhamento e tratamento, o objetivo do presente estudo foi o de observar a evolução da prevalência de HAS em indivíduos idosos no Brasil, entre os anos de 2006 e 2010.

## Métodos

O presente estudo foi um painel ecológico, descritivo, quantitativo e de série histórica, que abrangeu o período de 2006 a 2010, com dados coletados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), por meio do site <<http://www.datasus.gov.br/>>. A seleção da amostra foi realizada a partir da plataforma Informações de Saúde (TABNET), item “Indicadores de Saúde”. Dentro deste, foi selecionado “Indicadores e Dados Básicos (IDB)”, que apresenta uma série de indicadores demográficos, socioeconômicos, de riscos, mortalidade e cobertura. Para este trabalho, utilizou-se o indicador de fatores de risco e proteção, no qual se encontra a prevalência de HAS, baseada nas coletas realizadas pela VIGITEL. Os dados foram coletados no mês de abril de 2013.

A partir dessa plataforma, os dados da prevalência de HAS na faixa etária de 65 anos ou mais, para os anos de 2006 a 2010, foram relacionados ao sexo (masculino e feminino), escolaridade (0 a 8 anos, 9 a 11 anos, 12 anos ou mais) e região geográfica (Centro-Oeste, Norte, Nordeste, Sudeste e Sul), sendo a unidade de análise as capitais de cada Unidade da Federação quando se compararam as prevalências ao longo dos cinco anos dentro de cada região geográfica, e as regiões geográficas quando se compararam as prevalências ao longo dos anos dentro de cada nível educacional ou sexo. Não houve critério de exclusão.

A análise estatística foi realizada usando-se SAS 9.3. As médias de prevalência de HAS foram comparadas com o uso de modelos de análise de variância (ANOVA) a dois fatores fixos com interação. Comparações entre os anos, dentro de cada região geográfica, sexo e escolaridade, foram realizadas pelo teste F para efeitos simples.<sup>17</sup> Quando o teste F mostrou-se significativo entre os anos, foi empregado o teste de Fisher *Least Significant Difference* (LSD) para as comparações múltiplas *post-hoc*. Foi realizada análise de resíduo para verificar se os resíduos dos modelos apresentavam distribuição gaussiana com variância constante, constatando-se que esses pressupostos foram observados em todos os modelos realizados. Os resultados foram apresentados em termos de média  $\pm$  desvio padrão. O valor  $p < 0,05$  foi estabelecido como o critério para a significância estatística.

## Resultados

As prevalências de HAS em idosos nas cinco regiões geográficas brasileiras nos anos de 2006 a 2010 estão na Tabela 1. Nas cinco regiões, a prevalência média de HAS em ambos os sexos e níveis de escolaridade não diferiu ao longo dos cinco anos. Os valores encontrados nas cinco regiões estão acima de 50% em todos os anos analisados, porém não seguem uma tendência linear.

Tabela 1. Prevalência de HAS nos idosos brasileiros, segundo a região geográfica, 2006-2010.

Região	Anos					p-valor
	2006	2007	2008	2009	2010	
Norte	58,8±5,3	56,8±7,2	57,4±5,2	61,1±5,1	61,2±4,5	0,2416
Nordeste	58,4±5,0	59,1±3,6	59,1±5,5	60,9±4,7	61,9±2,9	0,4734
Centro Oeste	59,2±4,0	57,4±2,8	61,5±3,6	65,1±3,3	57,9±7,0	0,1177
Sudeste	56,9±1,8	57,3±4,2	61,1±2,2	63,7±6,1	63,1±4,8	0,1152
Sul	55,0±2,8	58,1±2,6	62,5±2,9	59,4±3,2	59,1±1,4	0,4052

Fonte: dos autores, elaborado com dados coletados no DATASUS.

Analisando-se os sexos, não surgiu diferença significativa na prevalência média de HAS em idosos do sexo feminino nos anos estudados. No sexo masculino, houve diferença significativa em 2006 e 2007 com relação ao ano de 2009. Em todos os anos, a prevalência de HAS nas mulheres foi maior que nos homens (Figura 1).

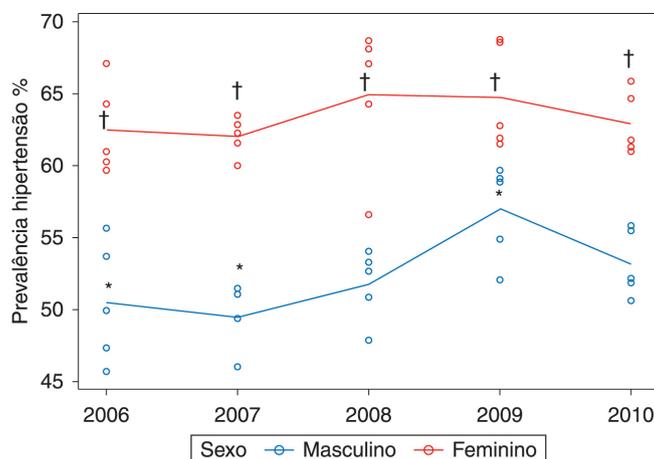


Figura 1. HAS no Brasil, segundo os sexos, 2006-2010.

\*Diferença significativa em 2006 e 2007 com relação a 2009.

†Diferença significativa entre os sexos. Fonte: dos autores, elaborado com dados coletados no DATASUS.

Com relação ao nível de escolaridade, verificou-se que, para 0 a 8 anos e  $\geq 12$  anos de educação formal, a prevalência média de HAS não diferiu ao longo dos cinco anos. Porém, de 9 a 11 anos de educação formal, a prevalência em 2006 foi significativamente menor do que nos anos de 2008 e 2009. Não houve diferença significativa nos outros anos (Tabela 2).

Tabela 2. HAS nos indivíduos das diferentes regiões geográficas brasileiras, segundo o grau de escolaridade.

Escolaridade	Anos					p-valor
	2006	2007	2008	2009	2010	
0 a 8 anos	59,58±0,43	58,80±2,36	61,36±4,25	63,40±3,97	60,66±2,93	0,5784
9 a 11 anos	50,28±2,97*	52,90±4,80	58,58±5,34*	57,20±2,76*	54,40±1,37	0,0485
$\geq 12$ anos	49,72±6,19	48,06±6,02	46,42±9,49	53,42±5,65	51,98±3,24	0,1295

\*Prevalência significativamente superior com relação à 2006.

Fonte: dos autores, elaborado com dados coletados no DATASUS.

Nas regiões Centro-Oeste e Norte, a HAS em indivíduos com 0 a 8 anos de educação formal não diferiu significativamente daqueles com 9 a 11 anos de educação formal. Nessas regiões, a HAS nos sujeitos com 0 a 8 e com 9 a 12 anos de escolaridade foi significativamente maior do que nos com 12 ou mais anos.

Nas regiões Nordeste e Sudeste, a média de HAS nos indivíduos com 0 a 8 anos de educação formal foi significativamente maior que as médias naqueles com 9 a 11 anos e 12 ou mais anos de escolaridade. Na região Sul, a prevalência média de HAS nos indivíduos com 0 a 8 anos de escolaridade foi significativamente maior que a prevalência média naqueles com 9 a 11 anos, a qual, por sua vez, foi significativamente maior que a prevalência média nos sujeitos com 12 ou mais anos de escolaridade (Figura 2).

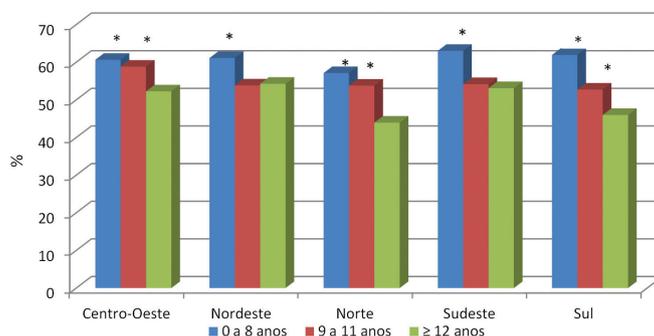


Figura 2. Prevalência de HAS em idosos de acordo com grau de escolaridade e região geográfica entre 2006 e 2010.

\*Prevalência significativamente maior com relação aos outros níveis de escolaridade dentro da região.

Fonte: dos autores, elaborado com dados coletados no DATASUS.

## Discussão

Em todo o mundo, observa-se alta prevalência de HAS. Estudos realizados na Europa, nos Estados Unidos e no Canadá mostraram números elevados de HAS principalmente na população idosa – entre 30% e 35%.<sup>18-20</sup> No presente estudo, a prevalência de HAS foi acima de 55% da população idosa em todas as regiões geográficas, valor superior ao encontrado nos países de alta renda. Já em países como a Nigéria e a China, a prevalência é de 66,7% e 56,5%, respectivamente, demonstrando que países em desenvolvimento apresentam prevalências de HAS bem mais elevadas do que as dos países de alta renda.<sup>21,22</sup>

No presente estudo, a prevalência de HAS em idosos do sexo feminino foi significativamente maior que no sexo masculino em todos os anos avaliados. Diversos estudos demonstram que as mulheres procuram mais pelos serviços de saúde, aumentando suas chances de terem o diagnóstico de HAS,<sup>8,11,13,23</sup> além de afirmarem que mulheres, por terem maior sobrevivência que homens, ficam mais propensas a sofrerem doenças crônicas. Outros autores<sup>24</sup> justificaram essa maior prevalência em mulheres devido ao fato de esse grupo apresentar aumento dos fatores de risco com a queda na produção de hormônios esteroides, levando ao aumento do tônus vascular das artérias periféricas e provocando HAS em mulheres na pós-menopausa.

Índices mundiais indicam que a diferença na prevalência de HAS entre os sexos é pequena devido à maior prevalência em homens mais jovens e em mulheres mais idosas.<sup>11</sup> Porém, ao avaliarmos a mesma faixa etária, o sexo feminino apresentou valores maiores. Os homens muitas vezes descobrem que são hipertensos somente após sofrerem evento clínico grave, como infarto ou acidente vascular encefálico.<sup>14</sup> Isso demonstra a necessidade de investimentos em ações públicas de saúde para informação, prevenção, diagnóstico e tratamento da população, principalmente de homens idosos, visando com isso a reduzir os agravos advindos da HAS.

O nível de escolaridade é um dos mais importantes indicadores das condições de saúde da população e está intimamente relacionado à idade no Brasil, visto que muitos idosos deste século não tiveram oportunidades de estudo na juventude.<sup>25</sup> Este estudo demonstrou que, quanto menor o tempo de educação formal, maior a prevalência de HAS, sendo este achado observado em todas as regiões geográficas e anos analisados. Esse fato evidencia a desigualdade em saúde, pois indivíduos com menor instrução têm acesso precário ao sistema de saúde, recebem menos informações e não compreendem a importância do problema e da adesão ao tratamento da HAS,<sup>15,26</sup> demonstrando, mais uma vez, a necessidade de ações voltadas para a prevenção desse fator de risco para doenças cardiovasculares.

A partir do SUS, foi criada a Estratégia Saúde da Família (ESF) como forma de garantir os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS), tomando medidas de intervenção comunitária, com a finalidade de diagnosticar e acompanhar o indivíduo de forma mais próxima. Apesar de ainda não ter cobertura plena no atendimento primário, a ESF pode ser um importante instrumento para auxiliar na orientação e no acompanhamento do tratamento farmacológico e não farmacológico, bem como das mudanças no estilo de vida e da adoção de hábitos saudáveis a longo prazo, em todos os grupos sociais, principalmente aqueles com menores possibilidades de escolha, melhorando o prognóstico e a qualidade de vida de pessoas com hipertensão.<sup>27,28</sup>

No Brasil, a APS é monitorada por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), no qual podem ser encontradas informações sobre os casos de HAS. Porém, esse sistema não dispõe do número de casos de HAS por idade, o que dificulta a determinação da faixa etária de risco, interferindo na definição de ações preventivas voltadas para a mesma. Seria interessante que a utilização do prontuário eletrônico permitisse uma análise detalhada do acompanhamento dos casos, já que o preenchimento dos dados pode ser feito de forma mais prática.

A utilização de dados secundários foi uma das limitações deste estudo, podendo haver viés de informação. Além disso, não foi realizada uma análise multivariada dos dados, limitando a análise das variáveis. A principal limitação das informações coletadas pela VIGITEL é que esse tipo de coleta exclui os indivíduos que não possuem telefone fixo, podendo comprometer significativamente os resultados. Além disso, existe menor controle do ambiente no inquérito por telefone, como interferência de familiares, além da incerteza de se é realmente o amostrado que está respondendo ao questionário.<sup>29</sup> Por outro lado, existe a ponderação pós-estratificação, que ajusta a distribuição da amostragem por telefone à composição da população total. Assim, ao se utilizar o peso pós-estratificação, o processo de não-resposta torna-se ignorável e não interfere nos resultados.<sup>30,31</sup>

Estudo que analisou a validade externa dos inquéritos telefônicos realizados pela VIGITEL comparados ao inquérito domiciliar face a face em Belo Horizonte concluiu que os resultados encontrados em ambas metodologias foram semelhantes, recomendando a vigilância epidemiológica de doenças crônicas não transmissíveis por inquérito telefônico, visto que a mesma oferece uma estimativa da população total, com menor investimento financeiro e de tempo do que em investigação domiciliar.<sup>16</sup>

## Conclusão

Observando o comportamento da HAS em idosos no Brasil em período de cinco anos, demonstrou-se que sua prevalência não seguiu uma tendência linear, mantendo-se elevada em todos os anos analisados, com predomínio em idosos do sexo feminino e em idosos com baixa escolaridade. Esses dados chamam a atenção para ações de prevenção a longo prazo junto dos idosos com HAS, como orientações sobre hábitos de vida (diminuição da ingestão de sal, prática de atividade física, uso correto dos medicamentos), além de um registro e acompanhamento minucioso dos casos por meio de prontuário eletrônico que permitiria relacionar a HAS com comorbidades cardiovasculares, visto que esse é o maior fator de risco para tais doenças.

## Referências

1. Fernández-Ballesteros R, Robine JM, Walker A, Kalache A. Active Aging: A Global Goal. *Curr Gerontol Geriatr Res*. 2013;2013:1-4. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/298012>.
2. Tavares DMS, Dias FA. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(1):112-20. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000100013>.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativas da população residente no Brasil e unidades da Federação com data de referência em 1º de julho de 2013. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições da vida da população brasileira 2013. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.
5. Brito CJ, Volp ACP, Nóbrega OT, Silva Júnior FL, Mendes EL, Roas AFCM, et al. Exercício físico como fator de prevenção aos processos inflamatórios decorrentes do envelhecimento. *Motriz*. 2011;17(3):544-55. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-65742011000300017>.
6. Montagner S, Costa A. Bases biomoleculares do fotoenvelhecimento. *An Bras Dermatol*. 2009;84(3):263-69. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962009000300008>.
7. Ferreira OGL, Maciel SC, Costa SMG, Silva AO, Moreira MASP. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(3):513-18. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000300004>.

8. Boing AC, Boing AF. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. *Rev Bras Hipertens*. 2007 [acesso em 2013 Jul 10];14(2):84-8. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/14-2/06-hipertensao.pdf>.
9. Gontijo MF, Ribeiro AQ, Kein CH, Rozenfeld S, Acurcio FA. Uso de anti-hipertensivos e antidiabéticos por idosos: inquérito em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(7): 1337-46. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000700012>.
10. Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, et al. Free access to hypertension and diabetes medicines among the elderly: a reality yet to be constructed. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(6):1163-74. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000600010>.
11. Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JA, et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto – SP. *Arq Bras Cardiol*. 2008;91(1):31-5. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2008001300005>.
12. Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS, Ridão EG. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em hipertensos cadastrados em unidade de saúde da família. *Acta Sci, Health Sci*. 2009;31(1):77-82. <http://dx.doi.org/10.4025/actascihealthsci.v31i1.4492>.
13. Borim FSA, Guariento ME, Almeida EA. Perfil de adultos e idosos hipertensos em unidade básica de saúde. *Rev Soc Bras Clín Méd*. 2011 [acesso em 2013 Jul 10];9(2):107-11. <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n2/a1832.pdf>.
14. Zattar LC. Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(3):507-21. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000300009>.
15. Gus I, Harzheim E, Zaslavsky C, Medina C, Gus M. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol*. 2004;83(5):424-28. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2004001700009>.
16. Ferreira AD, César CC, Malta DC, Andrade ACS, Ramos CGC, Proletti FA, et al. Validade de estimativas obtidas por inquérito telefônico: comparação entre VIGITEL 2008 e Inquérito Saúde em Beagá. *Rev Bras Epidemiol*. 2011;14(Suppl 1):16-30. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2011000500003>.
17. Winer BJ, Brown DR, Michels KM. *Statistical Principles in Experimental Design*. 2ª ed. New York: McGraw-Hill; 1971.
18. Allen M, Kelly K, Fleming I. Hypertension in elderly patients recommended systolic targets are not evidence based. *Can Fam Physician*. 2013 [acesso em 2013 Jul 10];59:19-21. Disponível em: <http://www.cfp.ca/content/59/1/19.full>.
19. Chrysant SG. Treating blood pressure to prevent strokes: the age factor. *World J Cardiol*. 2013;5(3):22-7. <http://dx.doi.org/10.4330/wjc.v5.i3.22>.
20. Olives C, Myerson R, Mokdad AH, Murray CJL, Lim SS. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in United States countries, 2001-2009. *PloS ONE*. 2013;8(4):1-8. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0060308>.
21. Asekun-Olarinmoye EO, Akinwuse PO, Adebimpe WO, Isawumi MA, Hassan MB, Olowe OA, et al. Prevalence of hypertension in the rural adult population of Osun State, southwestern Nigeria. *Int J Gen Med*. 2013;6:317-22. <http://dx.doi.org/10.2147/IJGM.S42905>.
22. Gao Y, Chen G, Tian H, Lin L, Lu J, Weng J, et al. Prevalence of hypertension in China: a cross-sectional study. *PLoS ONE*. 2013;8(6):1-8. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0065938>.
23. Diniz MA, Tavares DMS, Rodrigues LR. Características sócio-demográficas e de saúde entre idosos com hipertensão arterial. *Ciênc Cuid Saúde*. 2009;8(4):607-14. <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v8i4.9689>.
24. Oca-Rodríguez A, Naranjo-Herrera Y, Medina-González G, Hernández-Martínez B, Jorge-Molina M. Características clínico-epidemiológicas de la hipertensión arterial con relación a variables modificables y no modificables. *Rev Soc Peru Med Interna*. 2012;25(2):70-3.
25. Barros MBA, Francisco PMSB, Lima MG, César CLG. Social inequalities in health among the elderly. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(Suppl 2):198-208. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001400008>.
26. Zavattini MA, Obreli-Neto PR, Cuman RKN. Estratégia saúde da família no tratamento de doenças crônico-degenerativas: avanços e desafios. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010 [acesso em 2013 Jul 10];31(4):647-54. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/13275>.
27. Cotta RMM, Batista KCS, Reis RS, Souza GA, Dias G, Castro FAF, et al. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(4):1251-60. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000400031>.
28. Trindade TG. Associação entre extensão dos atributos de Atenção Primária e qualidade do manejo da hipertensão arterial em adultos adscritos à rede de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
29. Waldman EA, Novaes HMD, Albuquerque MFM, Latorre MRDO, Ribeiro MCSA, Vasconcellos M, et al. Inquéritos populacionais: aspectos metodológicos, operacionais e éticos. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(Suppl 1):168-79. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500018>.
30. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. VIGITEL Brasil 2008: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Rio de Janeiro: MS; 2009.
31. Bernal R, Silva NN. Cobertura de linhas telefônicas residenciais e vícios potenciais em estudos epidemiológicos. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(3):421-26. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000024>.

## Diagnóstico e manejo do herpes-zóster pelo médico de família e comunidade

Diagnosis and management of herpes zoster by the family and community physician

*Diagnóstico y manejo del herpes zoster por el médico de familia y comunidad*

Pedro Alexandre Barreto Coelho. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. coelhopab@gmail.com (Autor correspondente)

Priscila Barreto Coelho. Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH). Belo Horizonte, MG, Brasil. pribaretocoelho@hotmail.com

Natalia de Campos Carvalho. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. natcampos123@hotmail.com

Michael Schmidt Duncan. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. msduncan81@gmail.com

### Resumo

O herpesvírus que causa a varicela (catapora) persiste de forma latente no sistema nervoso, podendo se reativar e propagar através das raízes nervosas e se manifestar de forma tardia através de lesões cutâneas dolorosas, condição essa denominada herpes-zóster. O diagnóstico é primariamente clínico, devendo ser feito diagnóstico diferencial com impetigo, dermatite de contato, dermatite herpetiforme e, também, com o próprio herpes simples. Uma vez confirmado o diagnóstico, o tratamento deve ser instituído nas primeiras 72 horas após a erupção das lesões e tem como base a terapia antiviral. Dentre os antivirais, o valaciclovir e o famciclovir têm eficácia superior quando comparados ao aciclovir. A complicação mais frequente do herpes-zóster é a neuralgia pós-herpética, usualmente manejada com antidepressivos tricíclicos, anticonvulsivantes, lidocaína tópica ou capsaicina. Recentemente foi introduzida no Brasil uma vacina de vírus atenuado para o herpes-zóster, composta pelo mesmo vírus da vacina contra varicela, porém em concentração maior. Entretanto, essa vacina ainda apresenta custo elevado e não está disponível no Sistema Único de Saúde.

### Abstract

The herpes virus that causes varicella (chickenpox) persists in a latent form in the nervous system and can reactivate and propagate through nerve roots, manifesting years later through painful skin lesions, a condition called herpes zoster. The diagnosis is primarily clinical, but it is important to make a differential diagnosis with impetigo, contact dermatitis, dermatitis herpetiformis and also herpes simplex itself. After the diagnosis is confirmed, treatment should be initiated within the first 72 hours after onset of the rash and it is based upon antiviral therapy. Valacyclovir and famciclovir are more effective when compared to acyclovir. The most common complication of herpes zoster is post-herpetic neuralgia, usually managed with tricyclic antidepressants, anticonvulsants, topical lidocaine or capsaicin. Recently, a live attenuated vaccine against herpes zoster was introduced in Brazil, with the same components as the vaccine against varicella, but in a greater concentration. However, it still has a high cost and is not available in the public health system.

### Resumen

El virus del herpes que causa la varicela persiste en una forma latente en el sistema nervioso, siendo capaz de reactivarse y propagarse a través de las raíces nerviosas, manifestándose tardíamente con lesiones cutáneas dolorosas, una condición denominada herpes zoster. Su diagnóstico es clínico, realizándose el diagnóstico diferencial con impetigo, dermatitis de contacto, dermatitis herpetiforme y con el herpes simple. Una vez confirmado el diagnóstico, el tratamiento debe instaurarse en el plazo de las primeras 72 horas después de la aparición de las lesiones y se basa en la terapia antiviral. Entre los antivirales, el valaciclovir y el famciclovir son más eficaces que el aciclovir. La complicación más común del herpes zóster es la neuralgia postherpética, normalmente abordada con antidepresivos tricíclicos, anticonvulsivantes, lidocaína tópica o capsaicina. Recientemente ha sido introducida en Brasil una vacuna con virus vivo atenuado contra el herpes zoster, compuesta por el mismo virus contra la varicela pero a una concentración mayor. De momento, todavía tiene un alto coste y no está disponible en el Sistema Único de Salud.

### Palavras-chave:

Herpes Zoster  
Terapêutica  
Atenção Primária à Saúde

### Keywords:

Herpes Zoster  
Therapeutics  
Primary Health Care

### Palabras clave:

Herpes Zóster  
Terapéutica  
Atención Primaria de Salud

**Fonte de financiamento:**  
declaram não haver.

**Parecer CEP:**  
não se aplica.

**Conflito de interesses:**  
declaram não haver.

Recebido em: 19/08/2014.  
Aprovado em: 25/08/2014.

## Introdução

O vírus varicela-zóster (VVZ) é um herpesvírus que causa a varicela e persiste de forma latente no sistema nervoso após um quadro de infecção primária. A reativação do VVZ em um nervo craniano ou no gânglio dorsal da raiz, com propagação ao longo do nervo sensorial para o dermatomo, leva a manifestações cutâneas dolorosas, condição essa denominada herpes-zóster.<sup>1</sup>

O herpes-zóster é uma doença relativamente comum. A incidência nos Estados Unidos é de 3,0 a 4,0 casos por 1000 pessoas-ano,<sup>2</sup> semelhante à europeia, que é de 2,0 a 4,6 casos por 1000 pessoas-ano.<sup>3</sup> Não estão disponíveis dados sobre a incidência no Brasil.

O principal fator de risco para herpes-zóster é o aumento da idade. Na Europa, a incidência em crianças é de 1 caso em 1000 pessoas-ano, enquanto em adultos com 80 anos ou mais ela é de 10 casos em 1000 pessoas-ano.<sup>3</sup> Pessoas não vacinadas, que viverão até os 85 anos de idade, têm um risco de 50% de desenvolverem a doença ao longo da vida.<sup>4</sup> Após um quadro de varicela (primoinfecção), há uma redução progressiva, proporcional ao tempo, no nível de imunidade mediada pelas células T para o VVZ.<sup>5</sup> Por outro lado, quando a infecção pela varicela ocorre intraútero, ou no primeiro ano de vida, quando o sistema celular imune ainda não está completamente maduro, aumenta o risco de desenvolver herpes-zóster na infância.<sup>4</sup>

Outros fatores de risco para herpes-zóster são sexo feminino, raça negra e história familiar positiva para a doença.<sup>6</sup> Pessoas com imunidade diminuída das células T, como os transplantados em uso de terapia imunossupressora, os infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e os pacientes com linfoma ou leucemia, também estão em maior risco de desenvolver a doença, bem como de desenvolver formas mais graves, com quadros prolongados, recorrentes ou acometendo múltiplos dermatomos e órgãos.<sup>7</sup>

As complicações mais conhecidas e temidas do herpes-zóster são as afecções neurológicas, as oftalmológicas e a neuralgia pós-herpética. Dentre as neurológicas, as mais importantes são os ataques isquêmicos transitórios, a paralisia facial e a Síndrome de Ramsey Hunt (herpes-zóster acometendo o ouvido). As oftalmológicas ocorrem principalmente na distribuição do nervo trigêmeo, podendo incluir ceratite, esclerite, uveíte, necrose aguda da retina e conjuntivite.<sup>5</sup> A neuralgia pós-herpética, dor que persiste após a resolução da erupção cutânea, pode perdurar por muitos meses ou mesmo anos e pode ser grave, interferindo com o sono e atividades da vida cotidiana. A neuralgia pós-herpética é pouco comum em crianças, e sua incidência e gravidade aumentam com a idade. Ocorre em 30% dos pacientes com mais de 40 anos e é mais frequente quando o nervo trigêmeo é envolvido, situação na qual também são mais frequentes as complicações oftalmológicas.<sup>4</sup>

## Manifestações clínicas

O quadro clínico geralmente inicia com sintomas prodrômicos de dor, mal-estar, febre baixa, prurido e sensibilidade localizada. Na sequência, surge uma erupção cutânea, inicialmente com máculas e pápulas, evoluindo para vesículas, pústulas e crostas (Figuras 1 e 2). Novas lesões podem aparecer após 3 a 5 dias, apesar da terapia antiviral. A erupção geralmente fica seca, com crostas, em 7 a 10 dias,<sup>8</sup> sendo que há resolução das lesões após um período médio de 2 a 3 semanas.



Figura 1. Lesão típica de herpes zoster, acometendo dermatomo em região abdominal.<sup>9</sup>



Figura 2. Herpes zoster acometendo dermatomo torácico.<sup>9</sup>

A distribuição é dermatômica (ou metamérica – seguindo o trajeto de um nervo), devido à propagação do vírus, podendo afetar qualquer dermatomo, juntamente com as suas mucosas. Raramente a lesão ultrapassa a linha média, característica consistente com o acometimento de um único gânglio dorsal da raiz ou nervo craniano. Os dermatomos torácico, trigeminal, lombar e cervical são os mais acometidos. Em indivíduos imunocomprometidos, podem ocorrer lesões fora do dermatomo afetado.

A dor que acompanha as erupções cutâneas pode se manifestar com características distintas em diferentes pacientes, podendo ser leve ou intensa, em queimação ou lancinante. Pode, ainda, vir acompanhada de sintomas neurosensoriais, como parestesias, disestesias, alodínia ou hiperestesia.<sup>4</sup>

Algumas pessoas, porém, podem manifestar o sintoma de dor mesmo na ausência de erupção cutânea, uma condição rara denominada *zoster sine herpette*. No outro extremo, pacientes imunocomprometidos podem apresentar erupção cutânea disseminada, com viremia e novas lesões ocorrendo em até 2 semanas.<sup>4</sup>

## Diagnóstico

A maioria dos casos de herpes-zóster é diagnosticada clinicamente, sem a necessidade de exames complementares. Várias outras patologias cutâneas podem se apresentar de forma semelhante, devendo ser lembradas no diagnóstico diferencial (Tabela 1). O diagnóstico tem maior probabilidade de ser herpes-zóster em pessoas com história prévia conhecida de varicela e com todas as manifestações clássicas: pródromos de dor, erupção cutânea e distribuição em dermatomo. Entretanto, a pessoa pode não lembrar de ter tido varicela, e o herpes-zóster também pode se manifestar de forma atípica, resultando em dúvida diagnóstica. Exemplos incluem apresentação visceral, ausência de *erupção cutânea* e presença de lesões cutâneas disseminadas, essa última sendo mais comum nos imunocomprometidos. Esses casos com maior dificuldade diagnóstica devem ser avaliados pelo dermatologista ou infectologista.

Tabela 1. Doenças que devem ser consideradas no diagnóstico diferencial do herpes-zóster.

Doença	Característica que ajuda a diferenciar
Impetigo	Caracterizado por máculas, seguidas por vesículas ou pústulas, que se rompem formando crostas melicéricas. A dor, quando presente, não é intensa, sendo geralmente em queimação. Pode haver prurido. Geralmente localizado em face ou extremidades, sem distribuição em dermatomo.
Dermatite de contato	É uma erupção localizada, sem distribuição em dermatomo, com relação topográfica com o agente causador. Pode ser uma reação alérgica ou irritativa. A remoção do agente causador é importante para a resolução do quadro.
Dermatite herpetiforme	Pápulas e vesículas eritematosas, muito pruriginosas, distribuídas simetricamente, predominando nas superfícies extensoras dos cotovelos (em 90% dos pacientes), joelhos (30%), nádega, sacro, ombros e couro cabeludo. A erupção é recorrente, predominando nos meses mais quentes. Está associada à doença celíaca, embora na maioria das vezes os sintomas intestinais não estejam presentes. A confirmação diagnóstica é por meio de biópsia da lesão cutânea.
Herpes simples	Caracterizado por cachos de vesículas dolorosas em base eritematosa, frequentemente precedidas por dor e/ou prurido. As lesões geralmente se localizam em região oral ou genital, sem a distribuição em dermatomo. Eventualmente podem ter uma distribuição mais extensa, lembrando o herpes-zóster. Deve-se considerar essa hipótese em casos recorrentes de herpes-zóster, devendo ser feita a diferenciação por meio de exames complementares.

Embora o diagnóstico geralmente seja clínico, para casos com maior dificuldade diagnóstica podem ser úteis exames complementares (imunofluorescência direta para o antígeno do VVZ ou reação em cadeia da polimerase – PCR – para o DNA do VVZ, em células coletadas na base da lesão).

## Tratamento

A terapia antiviral com aciclovir, valaciclovir ou fanciclovir é recomendada para todos os pacientes imunocomprometidos com herpes-zóster, bem como para os imunocompetentes com idade igual ou superior a 50 anos, dor moderada ou grave, erupção cutânea severa ou envolvimento fora do tronco. Esses três medicamentos têm eficácia comprovada por ensaios clínicos randomizados em termos de redução da formação de novas lesões, aceleração da resolução das lesões já existentes

e diminuição da intensidade da dor aguda. O tratamento com valaciclovir ou fanciclovir parece ser superior ao tratamento com aciclovir para redução da dor associada ao herpes-zóster, exigindo, ainda, menos doses diárias, apesar de um preço mais elevado.<sup>10,11,12</sup> Há evidências consistentes de que o aciclovir oral é ineficaz para reduzir a incidência de neuralgia pós-herpética e não há evidências suficientes para recomendar os outros antivirais para esta finalidade.<sup>13</sup>

O tratamento geralmente é prescrito por 7 dias na ausência de complicações do herpes-zóster, e as doses recomendadas são apresentadas na Tabela 2. As evidências estão bem estabelecidas quando a medicação antiviral é iniciada em até 72 horas após o início da erupção das lesões, porém muitos especialistas recomendam o início mesmo após 3 dias, em casos de novas lesões na pele ainda aparecendo ou complicações do herpes-zóster presentes. No período prodrômico da doença, o diagnóstico é difícil, pois pode demorar até três semanas para o aparecimento das lesões cutâneas. Assim, é frequente haver atraso no início do tratamento, que mostra melhores resultados quanto antes for instituído.<sup>4</sup>

Tabela 2. Antivirais no tratamento do herpes-zóster.

Medicamento	Posologia
Aciclovir	800mg – 5 vezes ao dia por 7 a 10 dias
Fanciclovir	500mg – 3 vezes ao dia por 7 dias
Valaciclovir	1000mg – 3 vezes ao dia por 7 dias

Os efeitos colaterais mais frequentes dos antivirais são dor abdominal, náuseas, vômitos, cefaleia e tontura.<sup>14</sup>

Aciclovir venoso é recomendado para imunocomprometidos hospitalizados e na presença de complicações neurológicas graves.

O uso de corticoides adicionados à terapia antiviral permanece controverso nos casos do herpes-zóster sem complicações. A administração por curta duração de prednisona parece reduzir a dor aguda, melhorar o desempenho nas atividades da vida diária e reduzir o tempo até a cura.<sup>15</sup> Entretanto aumenta o risco de infecção secundária e não reduz a incidência de neuralgia pós-herpética.<sup>8</sup>

## Complicações e seu manejo

As principais complicações são dor, que se prolongada é denominada neuralgia pós-herpética, alterações oftalmológicas e alterações otológicas.

### Dor e prurido

A dor é uma complicação frequente do herpes-zóster, e o manejo varia de acordo com sua intensidade. Os opióides, como tramadol, são utilizados para dores mais intensas, enquanto, para dores leves os antiinflamatórios não esteroides (AINE), paracetamol ou dipirona podem ser administrados.<sup>4</sup> O prurido também é um sintoma frequente, podendo ser aliviado com loção de calamina.

### Neuralgia pós-herpética

Dor que persiste após a resolução da erupção cutânea é outra complicação temida do herpes-zóster. As definições para neuralgia pós-herpética variam quanto ao tempo mínimo de persistência da dor, variando entre 1 e 6 meses.<sup>16</sup> A dor pode persistir por muitos meses ou mesmo anos, resultando em anorexia, perda de peso, fadiga e depressão. Entretanto, na maioria das vezes, tem resolução espontânea e, quando a duração é superior a um ano, raramente a dor é muito intensa. Pouco comum em crianças, sua incidência, gravidade e duração aumentam com a idade. Ocorre em 30% dos pacientes com mais de 40 anos e é mais frequente quando o nervo trigêmeo é envolvido. Medicações avaliadas na literatura para reduzir a dor associada à neuralgia pós-herpética incluem antidepressivos tricíclicos (amitriptilina, nortriptilina, imipramina), agentes anticonvulsivantes (gabapentina e pregabalina), opióides, lidocaína tópica (adesivo de lidocaína) e capsaicina. Se houver

dificuldade no acesso a gabapentina e a pregabalina, o ácido valpróico e a carbamazepina, apesar de baixa evidência, são opções que podem ser tentadas. Terapias combinadas, como anticonvulsivante e antidepressivo tricíclico, ou um opiáceo e anticonvulsivante, têm sido mais eficazes do que monoterapia. A dor pode permanecer mesmo com o tratamento, sendo nesse caso indicado encaminhamento a serviços especializados em dor ou para neurologista.

## Alterações oftalmológicas

Os pacientes com herpes-zóster frequentemente desenvolvem também complicações oftalmológicas, principalmente na distribuição do nervo trigêmeo ou lesões na ponta ou na região lateral do nariz, com envolvimento do nervo nasociliar. Nesse caso, deve-se encaminhar para avaliação com urgência por um oftalmologista. Além dos antivirais, podem estar indicados outros tratamentos, prescritos pelo oftalmologista, como colírios midriáticos, capazes de reduzir o risco de formação de sinéquias; glicocorticóides tópicos para ceratite, episclerite ou irite; medicamentos para reduzir a pressão intraocular para o tratamento do glaucoma; e terapia antiviral intravítrea para pacientes imunocomprometidos com necrose de retina.<sup>4</sup>

## Alterações otológicas

Uma complicação que, apesar de rara, merece destaque é a síndrome de Ramsay-Hunt, secundária à infecção dos nervos facial e auditivo. É caracterizada por dor intensa no ouvido, vesículas no canal auditivo, parestesia ou paralisia facial e erupção cutânea local. Podem também estar presentes vertigem, zumbido e hipoacusia. O manejo é semelhante ao descrito na seção Tratamento.

## Prevenção do herpes-zóster

As estratégias para prevenção de herpes zoster incluem orientações para evitar a transmissão e o uso de vacina em pacientes acima dos 60 anos.

## Precauções para evitar a transmissão

Pacientes com herpes-zóster podem transmitir o VVZ a pessoas que não foram vacinadas e não tiveram infecção primária, que poderão, então, desenvolver a varicela. Entretanto, a capacidade de transmissão da doença é inferior à de pessoas com primoinfecção e, ao contrário da varicela, não há risco de transmissão intrauterina quando uma gestante desenvolve herpes-zóster. Para as pessoas imunocompetentes com herpes-zóster acometendo um dermatomo, deverá haver precauções de contato, e as lesões devem ser cobertas se possível. Para as pessoas com lesões disseminadas e para imunodeprimidos com herpes-zóster, precauções de contato e aérea são necessárias até que todas as lesões estejam encrustadas. A imunização passiva com imunoglobulina (125 U/kg), dentro de 96 horas da exposição a varicela-zóster é indicada para indivíduos imunodeprimidos suscetíveis e para mulheres grávidas suscetíveis expostos à varicela pela primeira vez, bem como para recém-nascidos cujas mães foram infectadas pouco antes do nascimento. A proteção em geral dura três semanas.

## Vacina contra o herpes-zóster

A vacina contra herpes-zóster é recomendada pelo Comitê Consultivo em Práticas de Imunizações (ACIP) do Centro de Controle de Doenças (CDC) norte-americano para pessoas com 60 anos de idade ou mais, com o objetivo de prevenir herpes-zóster e suas complicações. Ela é composta pelo mesmo vírus atenuado presente na vacina contra varicela, porém em concentração 14 vezes superior, e é administrada em dose única. Este ano chegou ao mercado brasileiro, tendo custo ainda bastante elevado. Não há previsão para inclusão no calendário de imunizações do Ministério da Saúde. A eficácia da vacina na prevenção do herpes-zóster é de 70% para as pessoas de 50 a 59 anos de idade, 64% para as pessoas de 60 a 69 anos de idade e 38% para pessoas a partir de 70 anos de idade.<sup>17</sup> Essa redução da eficácia com o aumento da idade não contraindica a vacinação em idosos, uma vez que essas pessoas são as que têm as apresentações clínicas mais graves.<sup>17</sup>

## Conclusão

O herpes-zóster costuma se manifestar clinicamente de forma mais grave, acompanhado de complicações, nos indivíduos com idade mais avançada. Seu diagnóstico, por sua vez, continua sendo primariamente clínico e o médico de família e comunidade desempenha um papel de primeira linha na abordagem do herpes-zóster.

O tratamento tem como base a terapia antiviral, a qual apresenta maiores benefícios nos pacientes que apresentam complicações do herpes-zóster ou que possuem risco elevado de desenvolver formas graves, como os que possuem deficiência da imunidade mediada por células T. Quando instituído, o tratamento deve ser iniciado dentro de 72 horas da erupção cutânea, apresentando maiores resultados quanto antes for iniciado. Dentre as medicações disponíveis, há preferência pelo uso do valaciclovir e do fanciclovir, quando comparados ao aciclovir, devido à maior efetividade no alívio da dor e posologia mais fácil.

A prevenção pode ser feita por meio de vacina de vírus vivo atenuado introduzida recentemente no Brasil, porém não disponível no Sistema Único de Saúde.

Futuramente espera-se que as vacinas contra varicela e o herpes-zóster poderão alterar a epidemiologia e a história natural do herpes-zóster e da neuralgia pós-herpética.

A Tabela 3 resume as recomendações principais para o manejo e a prevenção do herpes-zóster.

**Tabela 3.** Recomendações para prática médica usando o sistema SORT (Strength of Recommendation Taxonomy).

Recomendação	Evidência
Terapia antiviral deve ser iniciada nas primeiras 72 horas do início da erupção cutânea nos pacientes com herpes-zóster para aumentar a taxa de cura e diminuir a dor.	A
Antidepressivos tricíclicos, opióides ou anticonvulsivantes, como a gabapentina ou pregabalina, devem ser utilizados para alívio da dor da neuralgia pós-herpética.	A
Se necessário o uso de terapia tópica, creme de capsaicina ou o adesivo de lidocaína podem aliviar a dor em pacientes com neuralgia pós-herpética.	B
A vacina para o herpes-zóster deve ser oferecida a paciente com idade igual ou superior a 60 anos para a prevenção do herpes-zóster e da neuralgia pós-herpética.	B

Adaptada de Fashner J e Bell AL.<sup>18</sup>

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.

## Referências

- Portella AVT, Souza LCB, Gomes JMA. Herpes-zóster e neuralgia pós-herpética. *Rev Dor*. 2013;14(3):210-215. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132013000300012>.
- Rimland D, Moanna A. Increasing incidence of herpes zoster among veterans. *Clin Infect Dis*. 2010;50(7):1000-1005. <http://dx.doi.org/10.1086/651078>.
- Pinchinat S, Cebrián-Cuenca AM, et al. Similar herpes zoster incidence across Europe: results from a systematic review. *BMC Infect Dis*. 2013;13(170). <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2334-13-170>.
- Cohen JI. Herpes Zoster. *N Engl J Med*. 2013;369(3):255-263. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMc1302674>.
- Hayward AR, Herberger M. Lymphocyte responses to varicella zoster virus in the elderly. *J Clin Immunol*. 1987;7(2):174-178. <http://dx.doi.org/10.1007/BF00916011>.
- Hicks LD, Cook-Norris RH, Mendoza N, Madkan V, Arora A, Tyring SK. Family history as a risk factor for herpes zoster: a case-control study. *Arch Dermatol*. 2008;144(5):603-608. <http://dx.doi.org/10.1001/archderm.144.5.603>.
- Jong MD, Weel JFL, Oers MHJ, Boom R, Wertheim-van Dillen PME. Molecular diagnosis of visceral herpes zoster. *The Lancet*. 2001;357(9274):2101-2102. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)05199-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(00)05199-0).
- Albrecht MA. Treatment of herpes zoster in the immunocompetent host. UpToDate. 2014 Jun.
- Silva SF. Dermatology Atlas [Internet]. Herpes zoster. 2014 [acesso em 2014 Aug 19]. Disponível em: <http://www.atlasdermatologico.com.br>.
- Degreef H. Famciclovir, a new oral antiherpes drug: results of the first controlled clinical study demonstrating its efficacy and safety in the treatment of uncomplicated herpes zoster in immunocompetent patients. *Int J Antimicrob Agents*. 1994;4(4):241-246. [http://dx.doi.org/10.1016/0924-8579\(94\)90024-8](http://dx.doi.org/10.1016/0924-8579(94)90024-8).

11. Beutner KR, Friedman DJ, Forszpaniak C, Andersen PL, Wood MJ. Valaciclovir compared with acyclovir for improved therapy for herpes zoster in immunocompetent adults. *Antimicrob Agents Chemother.* 1995;39(7):1546-1553. <http://dx.doi.org/10.1128/AAC.39.7.1546>.
12. Tyring SK, Beutner KR, Tucker BA, Anderson WC, Crooks RJ. Antiviral therapy for herpes zoster: randomized, controlled clinical trial of valacyclovir and famciclovir therapy in immunocompetent patients 50 years and older. *Arch Fam Med.* 2000;9(9):863. <http://dx.doi.org/10.1001/archfami.9.9.863>.
13. Chen N, Li Q, Yang J, Zhou M, Zhou D, He L. Antiviral treatment for preventing nerve pain after shingles (postherpetic neuralgia). *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(2). CD006866. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006866.pub3>.
14. Li Q, Chen N, Yang J, Zhou M, Zhou D, Zhang Q, He L. Antiviral treatment for preventing postherpetic neuralgia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;2(2). CD006866. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006866.pub2>.
15. Whitley RJ, Weiss H, Gnann Jr JW, Tyring S, Mertz GJ, Pappas PG, et al. Acyclovir with and without prednisone for the treatment of herpes zoster: a randomized, placebo-controlled trial. *Ann Intern Med.* 1996;125(5):376-383. <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-125-5-199609010-00004>.
16. Dubinsky RM, Kabbani H, El-Chami Z, Boutwell C, Ali H. Practice parameter: treatment of postherpetic neuralgia: an evidence-based report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology.* 2004 Sep 28;63(6):959-65 (reaffirmed Feb 2008). <http://dx.doi.org/10.1212/01.WNL.0000140708.62856.72>.
17. Oxman MN, Levin MJ, Johnson GR, Schmader KE, Straus SE, Gelb LD, et al. A vaccine to prevent herpes zoster and postherpetic neuralgia in older adults. *N Engl J Med.* 2005;352(22):2271-2284. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa051016>.
18. Fashner J, Bell LA. Herpes Zoster and postherpetic neuralgia: prevention and management. *Am Fam Physician.* 2011;83(12):1432-1437.

## Neuralgia pós-herpética: dois casos clínicos

Postherpetic neuralgia: two clinical cases

*Neuralgia postherpética: dos casos clínicos*

Daniel Serrano. Centro de Saúde de Portalegre. Unidade de Saúde Familiar Plátano. Portalegre, Portugal. danielcollantes@hotmail.com (Autor correspondente)  
Teresa Maya Valente. Centro de Saúde de Portalegre. Unidade de Saúde Familiar Plátano. Portalegre, Portugal. teresa.maya@hotmail.com

### Resumo

A neuralgia pós-herpética (NPH) é a complicação mais frequente do herpes-zóster, caracterizando-se pela presença de dor tipo neuropática de distribuição dermatômica, após manifestação prévia de um quadro agudo de herpes-zóster, geralmente um mês depois do surgimento das vesículas. O objetivo do presente relato é apresentar dois casos clínicos de NPH e suas respostas a diferentes tratamentos. O primeiro caso apresentou intolerância à amitriptilina e uma boa resposta clínica à gabapentina na dosagem de 900 mg/dia. O segundo caso apresentou intolerância à capsaicina, mas apresentou boa resposta à combinação da pregabalina com lidocaína tópica. A gabapentina, a pregabalina e a lidocaína tópica são tratamentos eficazes para o tratamento da neuralgia pós-herpética. Todas essas recomendações vão ao encontro dos tratamentos utilizados pelos médicos de família nos dois casos apresentados neste estudo.

### Abstract

Postherpetic neuralgia (PHN) is the most common complication of Herpes Zoster, characterized by the presence of neuropathic-type pain limited to a dermatomic area after outbreak of Herpes Zoster (commonly known as shingles), usually a month after the appearance of vesicles on the skin. The aim of this report is to present two cases of PHN and their responses to different treatments. The first case presented intolerance to amitriptyline and a good clinical response to gabapentin at a dose of 900 mg/day. The second case showed intolerance to capsaicin but responded well to the combination of pregabalin and topical lidocaine. Gabapentin, pregabalin and lidocaine are effective for the treatment of postherpetic neuralgia. All these recommendations are consistent with those treatments used by the family physicians in the two case studies presented.

### Resumen

La neuralgia postherpética (NPH) es la complicación más común de herpes zoster, que se caracteriza por la presencia de dolor tipo neuropático de distribución dermatómica después de una manifestación previa de cuadro agudo de herpes zoster, generalmente un mes después de la aparición de las vesículas en la piel. El objetivo de este relato es presentar dos casos de NPH y sus respuestas a diferentes tratamientos. El primer caso presentó intolerancia a la amitriptilina y una buena respuesta clínica a la gabapentina en la dosis de 900 mg/día. El segundo caso mostró intolerancia a la capsaicina, pero mostró una buena respuesta a la combinación de pregabalina asociado con lidocaína tópica. La gabapentina, pregabalina y la lidocaína son eficaces para el tratamiento de la neuralgia postherpética. Todas estas recomendaciones son coherentes con los tratamientos utilizados por el médico de familia en dos casos presentados en este estudio.

### Palavras-chave:

Neuralgia Pós-Herpética  
Herpes Zoster  
Conductas Terapêuticas  
Dor

### Keywords:

Neuralgia, Postherpetic  
Herpes Zoster  
Therapeutical Approaches  
Pain

### Palabras clave:

Neuralgia Postherpética  
Herpes Zóster  
Conductas Terapéuticas  
Dolor

**Fonte de financiamento:**  
declaram não haver.

**Parecer CEP:**  
CES nº. 13 de 21/06/2013.

**Conflito de interesses:**  
declaram não haver.

Recebido em: 14/05/2013.  
Aprovado em: 02/03/2014.

**Como citar:** Serrano D, Valente TM. Neuralgia pós-herpética: dois casos clínicos. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(32):286-291. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(32\)756](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(32)756)

## Introdução

O vírus *Varicella-zoster*, em um primeiro contato com o paciente, provoca a varicela e, após resolução do quadro, permanece localizado nos gânglios raquidianos posteriores ou nos gânglios geniculado e trigêmeo.<sup>1</sup> Pode então surgir uma reativação, avançando pela raiz nervosa até o respectivo dermatomo, onde surgirão as lesões causadas pelo herpes-zóster, a chamada “zona”, como é referido muitas vezes pelos pacientes.<sup>2,3</sup> As causas da reativação não estão ainda bem esclarecidas, mas esta ocorre nos casos de imunidade celular diminuída, como em indivíduos idosos, ou submetidos a tratamentos quimioterápicos, radioterápicos, com corticosteroides, transplantados ou com infecção por HIV. A infecção por herpes-zóster tem uma incidência anual de 215 casos/100.000 habitantes/ano nos EUA<sup>4</sup> e de aproximadamente 300 casos/100.000 habitantes/ano na Europa, podendo chegar a 1.000 casos/100.000 habitantes/ano em pacientes acima dos 80 anos.<sup>5</sup>

A complicação mais frequente da infecção por herpes-zóster é a dor neuropática pós-herpética – ou neuralgia pós-herpética (NPH) – que surge em até 70% dos pacientes.<sup>6</sup> A NPH é causada pelas alterações provocadas pelo vírus herpes-zóster nas estruturas nervosas afetadas. Há um consenso relativo à definição de herpes-zóster, porém o mesmo não ocorre no caso da dor neuropática pós-herpética (NPH) ou neuralgia pós-herpética. As variações na definição da NPH, segundo diferentes autores, refletem-se também nos valores de sua prevalência, tornando difícil comparar diferentes estudos. Em pacientes com idades superiores a 60-70 anos, a prevalência é maior, sendo pouco frequente abaixo desta faixa etária sem que haja outro fator desencadeante.<sup>7,8</sup>

Na apresentação clínica da NPH, a dor manifesta-se em um dermatomo, com sensação de queimadura, hiperalgesia, hiperestesia ou alodínia. Com a apresentação destes dois casos clínicos, pretende-se refletir sobre a importância dessa complicação, a mais frequente, do herpes-zóster. Esses casos foram selecionados levando-se em consideração:

- o fato de a NPH se manifestar com maior frequência em pacientes acima dos 60 anos e sem outras complicações associadas ao herpes-zóster;
- a continuidade no seguimento da doença ao longo do tempo pelo médico de família;
- as dificuldades que por vezes ocorrem durante o tratamento, responsáveis pela frequente falta de resposta ou efeitos secundários a diferentes condutas terapêuticas.

## Descrição do primeiro caso clínico

### Identificação, contexto familiar, hábitos e antecedentes

Paciente do sexo feminino, raça caucasiana, 78 anos, viúva, aposentada, natural e residente de Portalegre, com 4 anos de escolaridade. O problema de saúde ativo era alteração do metabolismo dos lipídios, e a paciente estava medicada com rosuvastatina 10mg (uma vez ao dia). Antecedentes familiares sem relevância.

### História da doença atual

A paciente recorreu à consulta de urgências do Centro de Saúde em várias ocasiões por dor na região dorsal. Ao exame, apresentava vesículas disseminadas características de lesão por herpes-zóster, fechando o diagnóstico. Foram prescritos valaciclovir 1000 mg, 1 comprimido a cada 8 horas, e metamizol 575 mg, 1 comprimido a cada 8 horas. Posteriormente, foi acrescentado tramadol 50mg a cada 12 horas devido à dor intensa e persistente. Em outra consulta, foi prescrita lidocaína a 5% em forma de emplastro medicamentoso e amitriptilina 10mg (Quadro 1).

Quadro 1. Condutas terapêuticas utilizadas nos casos clínicos.

Consultas	1º Caso clínico	2º Caso clínico
1ª	Valaciclovir + Metamizol	Valaciclovir + Metamizol
2ª	Tramadol	Cianocobalamina
3ª	Lidocaína + Amitriptilina	Pregabalina 300 mg
4ª	Gabapentina 900 mg + UMP. Retirada de Lidocaína + Amitriptilina	Cianocobalamina + Capsaicina+ Pregabalina 300mg
5ª	Gabapentina 1200 mg + UMP	Retirada da Capsaicina posteriormente
6ª	Gabapentina 600 mg	Lidocaína + Pregabalina 300mg
7ª	Gabapentina 200 mg	

A paciente recorreu pela primeira vez ao seu médico de família (Figura 1) referindo não ter tolerado a amitriptilina, por sedação excessiva, e não apresentar melhorias da dor com a lidocaína. Foi diagnosticada pelo seu médico de família como tendo neuralgia pós-herpética (NPH) e foi então prescrita gabapentina 300mg em dose crescente (começando com 1 comprimido por dia nos três primeiros dias e aumentando até chegar a 1 comprimido a cada 8 horas) e nutrientes com uridina monofosfato (UMP), vitamina B<sub>12</sub> (cianocobalamina) e ácido fólico, com uma posologia de 1 comprimido a cada 24 horas. Foi marcada nova consulta em 20 dias para reavaliar a situação clínica. Posteriormente, a paciente começou a diminuir a posologia da gabapentina por iniciativa própria (ao ter diminuído a dor), tendo recebido alta em nove meses (Figura 2).



Figura 1. Placas cutâneas acastanhadas na região afetada com dor à palpação.



Figura 2. Placas quase imperceptíveis passados nove meses, sem dor.

## Descrição do segundo caso clínico

### Identificação, contexto familiar, hábitos e antecedentes

Paciente do sexo masculino, raça caucasiana, 81 anos, casado, aposentado, natural de Portalegre, com 4 anos de escolaridade. Os problemas de saúde ativos eram: status pós acidente vascular-cerebral (AVC), hipertensão arterial, doença de Parkinson, síndrome vertiginosa, alterações de memória, déficit de acuidade visual e síndrome depressiva leve. Estava medicado com: idebenona 45mg, 1 comprimido 1 vez ao dia; ácido acetilsalicílico 150mg, 1 comprimido 1 vez ao dia; amitriptilina 25 mg, 1 comprimido 1 vez ao dia; beta-histina 24 mg, 1 comprimido 2 vezes ao dia; enalapril 20mg + lercanidipina 10mg, 1 comprimido 1 vez ao dia; levodopa 100mg + cardidopa 25mg, 1 comprimido 1 vez ao dia; mexazolam 1mg, 1 comprimido 1 vez ao dia; e pantoprazol 20mg, 1 comprimido 1 vez ao dia. Antecedentes familiares sem relevância.

## História da doença atual

O paciente foi à consulta do seu médico de família queixando-se de dor do tipo queimação, com ardor e picadas de predomínio noturno na região lombar direita e coxa direita, após apresentar herpes-zóster. Relata ter realizado tratamento com vitamina B<sub>12</sub> (cianocobalamina) 1mg/ml, sem melhorias. Foi prescrita pelo seu médico de família pregabalina 150mg duas vezes ao dia. O paciente manteve as queixas de dor neuropática na região referida e retornou ao médico de família, que prescreveu então vitamina B<sub>12</sub> (cianocobalamina) 1mg/ml e capsaína 0,25mg/g em creme. Recorreu ao médico de família por apresentar intolerância à capsaína (como “diabo no corpo” *sic*) e foi prescrito creme de lidocaína 40 mg/g para aplicar na região, mantendo-se pregabalina 150mg duas vezes ao dia, sendo que o paciente referiu posteriormente um grande alívio e que a medicação o ajudava a descansar à noite (Quadro 1).

## Discussão

Nos casos relatados, uma paciente de 78 anos e um paciente de 81 anos apresentaram neuralgia pós-herpética (NPH) após episódio de herpes-zóster, fato que coincide com a literatura científica que diz que as complicações do herpes-zóster aumentam com a idade, sendo a neuralgia pós-herpética a complicação mais frequente do herpes-zóster.<sup>7,8</sup>

É importante reconhecer rapidamente o caso de herpes-zóster e administrar um tratamento precoce com agentes antivirais nas primeiras 48-72 horas.<sup>9</sup> A administração precoce de amitriptilina ou gabapentina também está associada a uma diminuição da frequência de aparecimento subsequente de NPH. O primeiro caso clínico apresentado confirmou a utilidade da gabapentina como um tratamento eficaz e seguro para a dor na neuropatia pós-herpética. No segundo caso clínico, desde a terceira consulta foi utilizada pregabalina na dose de 300mg/dia, sendo a mesma bem tolerada. Além disso, a combinação da pregabalina com lidocaína tópica em creme 40mg/g parece ter resultado em um melhor alívio da dor.

A norma da Direção Geral de Saúde de Portugal (Norma nº 43/2011 de 23/12/2011)<sup>10</sup> refere que na dor neuropática pós-herpética os antidepressivos tricíclicos (ADT) e os gabapentinóides (gabapentina e pregabalina) são preconizados como a primeira opção terapêutica (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I).<sup>11,12</sup> Em pacientes idosos, a lidocaína tópica pode ser considerada como primeira linha, dada a sua excelente tolerabilidade, em especial se existir preocupação com efeitos adversos no sistema nervoso central associados à terapêutica oral (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I).<sup>13</sup> Isso coincide com o que algumas diretrizes de prática clínica referem: a) o sumário do *Uptodate*,<sup>14</sup> após revisar as evidências e com base na experiência dos autores, recomenda iniciar o tratamento com antidepressivos tricíclicos; b) o *Clinical Evidence*<sup>15</sup> classifica as intervenções sobre neuralgia pós-herpética como efetivas e como drogas de primeira escolha os antidepressivos tricíclicos e a gabapentina.

Portanto, os ADT são considerados fármacos de primeira eleição sempre que não existirem contraindicações específicas do uso. Esses fármacos possuem um efeito central sobre a transmissão da dor, bloqueando a recaptção de noradrenalina e serotonina. O mais utilizado é a amitriptilina, sendo iniciada pela dose mais baixa (10 a 25 mg em dose única à noite) aumentada semanalmente até uma única dose noturna de 75-100mg.<sup>16</sup> Os efeitos secundários mais frequentes são sedação excessiva, hipotensão ortostática e efeitos anticolinérgicos (xerostomia, obstipação intestinal, sudorese excessiva, retenção urinária, visão turva), especialmente em indivíduos com idade avançada. No primeiro caso, o uso da amitriptilina apresentou uma excessiva sedação, o que motivou o abandono da medicação pela paciente. Nos idosos, é preferível utilizar a nortriptilina em uma dose inicial de 25mg administrada a cada 8 horas, que poderá ser aumentada até um máximo de 150mg/dia.<sup>17</sup> Os efeitos secundários, nomeadamente o efeito sedativo, são menos marcados do que os observados com a amitriptilina. O tratamento deve ser mantido durante um mínimo de 6 a 8 semanas, uma vez que os efeitos benéficos são ocasionalmente tardios. Também a imipramina, por causar menos efeitos anticolinérgicos, pode constituir alternativa à amitriptilina. Aconselha-se precaução no uso dos ADT em pacientes idosos, especialmente se apresentam patologia cardíaca, pelos seus efeitos secundários potencialmente graves (cardiotoxicidade: hipotensão postural, arritmias, síncope).<sup>18</sup>

A gabapentina também pode ser considerada como fármaco de primeira escolha. É o anti-convulsivo mais extensamente estudado, proporcionando uma diminuição na intensidade da dor e na necessidade de administração de analgésicos. A dose mínima eficaz é de 900mg/dia. A titulação deve ser iniciada com 300mg preferencialmente à noite, com aumentos de 300mg a cada 3-5 dias, até se atingir uma dose capaz de proporcionar um alívio da dor, que habitualmente é de 900mg/dia, ou até o surgimento de efeitos secundários relevantes. Os efeitos secundários mais frequentes que a gabapentina pode produzir são: náuseas, sonolência, tremor, tonturas, ataxia e aumento ponderal, sendo que a dose máxima não deve exceder 3600mg/dia.<sup>19</sup>

A pregabalina tem uma estrutura similar à gabapentina, mas apresenta um menor número de efeitos secundários do que o observado para a gabapentina, embora com um preço muito mais elevado. Ensaios clínicos randomizados<sup>20</sup> com pacientes com NPH demonstraram uma melhoria no sono e uma diminuição na dor com doses de 150 a 600 mg/dia. O tratamento deve ser iniciado com 25 a 75 mg/duas vezes ao dia, ou começar pela administração à noite, com incrementos a cada 3 a 5 dias, até se atingir 150 mg/dia. A dose máxima, se necessária, não deverá exceder os 600 mg/dia.

Uma alternativa que há vários anos tem se revelado útil no alívio da dor neuropática periférica é a uridina monofosfato (UMP), juntamente com a vitamina B<sub>12</sub> e o ácido fólico. Essa combinação favorece a regeneração nervosa ao promover a formação de lecitinas, cefalinas e esfingolipídios.

A lidocaína em emplastro constitui uma terapêutica de 2ª linha nesta patologia (Nível de evidência B). Apresenta as vantagens de não requerer titulação e ser segura, com baixa absorção sistêmica e ligeiros efeitos locais, devendo ser utilizada por um período de 12 horas a cada 24 horas.

A capsaicina constitui uma terapêutica de 2ª linha (Nível de evidência B) para o tratamento da NPH, mas a sua indicação e a complexidade do seu procedimento justificam a sua realização no âmbito de Unidades de Saúde específicas para tratamento da dor, visto que frequentemente apresentam efeitos adversos locais, tais como dor, eritema, edema, ou prurido. Todas essas recomendações vão ao encontro dos tratamentos utilizados nos dois casos apresentados neste estudo. O Quadro 2 apresenta as recomendações terapêuticas e seus respectivos níveis de evidência e recomendação.

**Quadro 2.** Tratamentos utilizados nos casos clínicos e grau de recomendação/ nível de evidência

Tratamentos	Grau de recomendação/nível de evidência
Antidepressivos tricíclicos	1ª Linha/nível de evidência A
Gabapentinóides (gabapentina e pregabalina)	1ª Linha/nível de evidência A
Lidocaína	2ª Linha/nível de evidência B
Capsaicina	2ª Linha/nível de evidência B

Fonte: Direção Geral de Saúde de Portugal (Norma nº 43/2011).<sup>10</sup>

## Agradecimentos

O autor agradece a colaboração da Dra. Manuela Santos por ter aportado um dos casos clínicos.

## Referências

- Mahalingam R, Wellish M, Wolf M. Latent varicella-zoster virus DNA in human trigeminal and thoracic ganglia. *N Eng J Med.* 1990;323:627-31. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM199009063231002>.
- Straus SE, Ostrove JM, Inschuspé G, Felser JM, Freifeld A, Croen KD, et al. Varicella-zoster virus infections. Biology, natural history, treatment, and prevention. *Ann Intern Med.* 1988;108:221-37. <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-108-2-221>.
- Gilden DH, Kleinschmidt-DeMastersMBK, La Guardia J, Mahalingam R, Cohrs J. Neurologic complications of the reactivation of varicella-zoster virus. *N Eng J Med.* 2004;342:635-45. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM200003023420906>.
- Donahue JG, Choo PW, Manson JE, Platt R. The incidence of herpes zoster. *Arch Intern Med.* 1995;155(15):1605-9. <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.1995.00430150071008>.
- Volpi A, Gross G, Hercogova J, Johnson RW. Current management of herpes zoster: the European view. *Am J Clin Dermatol.* 2005;6(5):317-25. <http://dx.doi.org/10.2165/00128071-200506050-00005>.
- Gnann JW Jr; Whitley RJ. Herpes zoster. *N Engl J Med.* 2002;347(5):340-346. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMcp013211>.
- Helgason S, Sigurdsson JA, Gudmundsson S. The clinical course of herpes zoster: a prospective study in primary care. *Eur J Gen Pract.* 1996;2(1):12-16. <http://dx.doi.org/10.3109/13814789609161651>.
- Helgason S, Petursson G, Gudmundsson S, Sigurdsson JA. Prevalence of postherpetic neuralgia after a first episode of herpes zoster: prospective study with long term follow up. *BMJ.* 2000;321(7264):794-6. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.321.7264.794>.
- International Herpes Management Forum. Improving the management of varicella, herpes zoster and zoster-associated pain. Disponível em: <http://www.ihmf.org/guidelines/summary11.asp>.
- Norma da Direção-Geral de Saúde. Terapêutica da Dor Neuropática. Número 43/2001 de 23/12/2011. Disponível em: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

11. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). CG173: Neuropathic pain: the pharmacological management of neuropathic pain in adults in non-specialist settings. London: NICE; 2013 Nov. Disponível em <http://www.nice.org.uk/guidance/CG173>.
12. Attal N, Cruccu G, Haanpää M, Hansson P, Jensen TS, Nurmikko T et al. EFNS Task Force. EFNS guidelines on pharmacological treatment of neuropathic pain. *Eur J Neurol*. 2006 Nov;13(11):1153-69. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-1331.2006.01511.x>.
13. Chen H, Lamer TJ, Rho RH, Marshall KA, Sitzman BT, Ghazi SM, et al. Contemporary management of neuropathic pain for the primary care physician. *Mayo Clin Proc*. 2004;79(12):1533-1545. <http://dx.doi.org/10.4065/79.12.1533>.
14. Bajwa ZH, Warfield CA, Crovo DG. Postherpetic neuralgia. Waltham (MA): UpToDate, 2014 [acesso em 2013 May 23]. Disponível em: [www.uptodate.com/contents/postherpetic-neuralgia?source=search\\_result&search=bajwa+postherpetic+neuralgia&selectedTitle=6~95](http://www.uptodate.com/contents/postherpetic-neuralgia?source=search_result&search=bajwa+postherpetic+neuralgia&selectedTitle=6~95).
15. Watson PN. Postherpetic neuralgia. *Clin Evid*. 2010;10:905. PMC3217735.
16. Browsher D. The effects of pre-emptive treatment of postherpetic neuralgia with amitriptyline. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Pain Symptom Manage*. 1997;12:327-31. [http://dx.doi.org/10.1016/S0885-3924\(97\)00077-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0885-3924(97)00077-8).
17. Watson CPN, Vernich L, Chipman M, Reed K. Nortriptyline versus amitriptyline in postherpetic neuralgia: a randomised trial. *Neurology*. 1998;51:1166-71. <http://dx.doi.org/10.1212/WNL.51.4.1166>.
18. Fistera. Guia farmacoterápica. Antidepressivos Tricíclicos. [acesso em 2006 May 23]. Disponível em: <http://www.fistera.com/medicamentos/>.
19. Fistera. Guia farmacoterápica. Gabapentina [acesso em 2006 May 23]. Disponível em: <http://www.fistera.com/medicamentos/>.
20. Sabatowski R, Galvez R, Cherry DA, Jacquot F, Vincent E, Maisonobe P, et al. Pregabalin reduces pain and improves sleep and mood disturbances in patients with post-herpetic neuralgia: results of a randomised, placebo-controlled clinical trial. *Pain*. 2004;109:26-35. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2004.01.001>.

## Declaração de Gramado pela Saúde Rural nos países em desenvolvimento

### Gramado Statement for Rural Health in developing countries

### *Declaración de Gramado para la Salud Rural en los países en desarrollo*

Leonardo Vieira Targa. Universidade de Caxias do Sul (UCS). Caxias do Sul, RS, Brasil. targalv@gmail.com (*Autor correspondente*)  
John Wynn-Jones. Presidente do Grupo de Trabalho de Saúde Rural da WONCA. Greenock, País de Gales, Reino Unido. john@johnwj.com  
Amanda Howe. Associação Mundial de Médicos de Família (Wonca). Londres, Inglaterra amanda.howe@wonca.net  
Maria Inez Padula Anderson. Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. inezpadula@yahoo.com.br  
José Mauro Cerratti Lopes. Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Porto Alegre, RS, Brasil. jmauro.lopes@terra.com.br  
Nulvio Lermen Junior. Presidente da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Rio de Janeiro, RJ, Brasil.nulvio@hotmail.com  
Thiago Gomes da Trindade. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal, RN, Brasil. thiagogtrindade@gmail.com  
Ian Couper. Universidade de Witwatersrand. Johannesburgo, África do Sul. ian.Couper@wits.ac.za  
Nilson Massakazu Ando. Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA). Manaus, AM, Brasil. nilsonando@gmail.com  
Alan Bruce Chater. Universidade de Queensland, Brisbane, Austrália bruce.chater@theodoremedical.com.au  
Jo Scott-Jones. Wonca Working Party on Rural Practice. Opotiki, Nova Zelândia. drjo@opotikigp.co.nz  
André Luiz da Silva. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS). Porto Alegre, RS Brasil. barmitzvar@yahoo.com.br

Nós, aqui reunidos na XII Conferência Mundial de Saúde Rural da Wonca / IV Congresso Sulbrasileiro de Medicina de Família e Comunidade, declaramos como reflexão e recomendação para a saúde das populações rurais, em particular para os países em desenvolvimento, o que segue.

## Sistemas de saúde para uma melhor saúde rural

- A saúde rural não pode ser pensada separadamente do desenvolvimento do sistema de saúde.
- Pessoas de países em desenvolvimento merecem um uso racional e eficiente dos recursos disponíveis para gastos de saúde a fim de se otimizarem os resultados e a satisfação com os serviços. O aprimoramento da saúde rural deve estar associado a uma forte orientação do sistema de saúde para atenção primária à saúde<sup>1</sup> e orientação para as reais necessidades das comunidades.
- Cobertura de saúde universal com equidade nos sistemas de saúde deve ser uma prioridade global<sup>2,3</sup>
- Longitudinalidade e atenção integral devem ser constantemente alvo das políticas de saúde.
- Cuidado centrado na comunidade com competência cultural devem ser princípios de todas as políticas de sistema de saúde.
- Hospitais e unidades de saúde rurais devem estar adequadamente vinculados a uma rede de saúde constantemente avaliada, e esta rede vinculada aos serviços mais especializados por meio de fluxos estabelecidos de comunicação, regulação e transporte.
- Envolvimento com a comunidade em todos os níveis das decisões deve ser encorajado para todos os sistemas de saúde.

**Como citar:** Targa LV, Wynn-Jones J, Howe A, Anderson MIP, Lopes JMC, Lermen Jr N, et al. Declaração de Gramado pela Saúde Rural nos países em desenvolvimento. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(32):292-294. Disponível em [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(32\)982](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(32)982).

**Fonte de financiamento:**  
SBMFC.

**Parecer CEP:**  
não se aplica.

**Conflito de interesses:**  
declaram não haver.

Recebido em: 19/07/2014.  
Aprovado em: 11/08/2014.

- “Rural Proofing” implica “pensar no rural”, consultar as comunidades rurais com a revisão de evidências rurais, desenvolver soluções rurais que são postas em prática, assim como monitorar, reavaliando continuamente e agindo em resposta a um ambiente em mudança.<sup>4</sup> “Rural Proofing” deve ser centrado na pessoa e derivado por meio da lente do conhecimento contextualizado rural. É declaração do Wonca Working Party on Rural Practice (WWPRP) que Rural Proofing deve ser um aspecto rotineiro da aprovação e implementação das políticas. O WWPRP vai procurar desenvolver uma abordagem para ferramentas de Rural Proofing que abranja os princípios de melhoria da saúde para todas as pessoas rurais com uma apresentação do progresso dos resultados em 2015, na 13ª Conferência Mundial de Saúde Rural da WONCA.
- Estratégias para o desenvolvimento profissional contínuo devem envolver tecnologias de suporte remoto e formação. As iniciativas de sucesso de treinamento em serviços de medicina de família já existentes devem ser exploradas. Competências desejáveis para a prática rural devem ser definidas e adicionadas de forma adaptada às diferentes realidades locais e necessidades.
- Devem-se qualificar e corresponsabilizar os gestores de saúde para a adoção de políticas orientadas pelo uso culturalmente apropriado das melhores evidências disponíveis.
- A necessidade de discussão das particularidades da saúde rural e da prática profissional é essencial. No entanto, a busca excessiva de definições muito estritas pode não ser útil para a implementação de políticas que realmente impactem a saúde dessas populações.<sup>5</sup> Categorias intermediárias geradas pelo conceito de rururbano<sup>6,7</sup> são fundamentais para estimular o intercâmbio de conhecimentos de medicina rural diante da enorme complexidade das situações sociais contemporâneas. Entende-se aqui *rururbano* como “um processo de desenvolvimento socioeconômico que combina, em termos de forma e conteúdo, uma única vivência regional e nacional. Ela representa uma rejeição à absoluta urbanização e, ao mesmo tempo, à idealização de camponeses vivendo arcaicamente em espaço rurais.”<sup>6</sup> O conceito também é utilizado para discutir a complexidade da definição de rural/urbano na legislação brasileira por outros autores, ao constatar-se que quase 15% da população nacional não se encaixam claramente em nenhuma das categorias isoladamente.<sup>7</sup>
- O estabelecimento de um sistema de saúde, o que especificamente inclui a preocupação com a saúde das populações rurais, implica estabelecer redes de cooperação eficazes entre comunidades, educação e instituições de pesquisa, serviços de saúde e de gestão.
- Reconhecemos o trabalho realizado anteriormente nos fóruns rurais de Cartagena, Santa Fé e Montevideu como importantes para o desenvolvimento da saúde rural na América Latina.

## Recursos humanos para a Saúde Rural

- A má distribuição e escassez de recursos humanos são muitas vezes maiores e mais graves nos países em desenvolvimento, e as soluções para este problema devem ser idealmente trabalhadas de forma conjunta por políticas de retenção e de qualidade, respeitando-se as recomendações internacionais<sup>8</sup> e acordos para a migração internacional ética.<sup>9,10</sup>
- O melhor perfil a ser alcançado por meio de políticas de alta prioridade para otimizar a saúde rural é o de pós-graduado em medicina de família. Em países em desenvolvimento, muitas vezes serão exigidos tempo e recursos para estimular a formação deste perfil, mas no médio e longo prazo, isto é custo-efetivo.<sup>1</sup>
- Programas de residência devem ser a estratégia de padrão-ouro para este objetivo. Condições devem ser criadas para aumentar o número de vagas, sua descentralização e a garantia de uma quantidade adequada de bolsas de estudos para que os profissionais de saúde não sejam desviados para outras áreas nem entrem diretamente no mercado de trabalho. Outras maneiras de alcançar mais rapidamente o número necessário de profissionais devem preservar as diferenças entre esses modelos e valorar diferentemente profissionais com uma formação mais completa.
- Um escopo mais amplo de habilidades e conhecimentos deve ser incluído em uma formação estendida para esses profissionais. Em locais onde já há programas de medicina de família, períodos adicionais com conteúdo rural devem ser criados, ou seja, com conteúdos especiais ligados à realidade local, podendo incluir cirurgia, habilidades e conhecimentos de obstetrícia, atendimento de emergência, pediatria, etc.

- Políticas de migração, serviços obrigatórios, recrutamentos temporários sem estratégias de retenção devem ser estratégias excepcionais e não devem ser as principais políticas de nenhum país. Descentralização rural da formação, políticas para estimular os alunos advindos de áreas rurais, melhoramentos na qualidade do trabalho, de vida e de pagamento, incluindo programas de carreira profissional devem ser parte de políticas multifatoriais para retenção.
- Migração de profissionais internacionais deve sempre respeitar as legislações nacionais e as recomendações internacionais.
- Trabalhadores de saúde rural que vivem e trabalham em zonas rurais devem ser valorizados e sua situação sempre deve ser comparada com as novas políticas para evitar prejuízo destes.
- A exposição dos alunos de todas profissões da área da saúde deve incluir todos os possíveis cenários de prática profissional, incluindo rural e rururbanas, e deve ser planejada longitudinalmente sempre que possível. A formação necessariamente deve ser direcionada para as necessidades locais. As competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) de medicina de família rural devem ser parte da formação de graduação. Unidades de cuidados de ensino nas áreas rurais são o cenário adequado para a formação de saúde rural e capacitação.

## Referências

- 1 Starfield, B. Primary care: balancing health needs, services and technologies. New York: Oxford University Press; 1998.
- 2 World Health Organization (WHO). Declaration of Alma-Ata. Alma Ata: WHO; 1978. Disponível em: [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)
- 3 Vance C, Barrera A, Kidd M, Pena M, Anderson MIP, León E. Carta de Quito: Cobertura Universal, Medicina de Família e Comunidade e participação social. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(31):183-5. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9\(31\)928](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9(31)928)
- 4 Swindlehurst HF, Deaville JA, Wynn-Jones J, Mitchinson KM. Rural proofing for health: a commentary. Rural Remote Health. 2005;5: 411. Disponível em: <http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=411>
- 5 Ando NM, Targa LV, Almeida A, Silva DHS, Barros EF, Schwalm FD et al. Declaração de Brasília: o conceito de rural e o cuidado à saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2011;6(19):142-4. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf6\(19\)390](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf6(19)390)
- 6 Freire G. Rururbanização: o que é? Recife: Massangana, 1982.
- 7 Veiga JE. Cidades imaginárias: o Brasil é menos urbano do que se calcula. Campinas: Autores Associados; 2002.
- 8 World Health Organization (WHO). Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Geneva; 2010.
- 9 Wonca Working Party on Rural Practice (WWPRP). A Code of Practice for the International Recruitment of Health Care Professionals: The Melbourne Manifesto. Melbourne; 2002.
- 10 World Health Organization (WHO). Migration of health workers: The WHO Code of Practice and the Global Economic Crisis. Geneva; 2014. Disponível em: [http://www.who.int/hrh/migration/14075\\_MigrationofHealth\\_Workers.pdf?ua=1](http://www.who.int/hrh/migration/14075_MigrationofHealth_Workers.pdf?ua=1)

## Medicina Geral e Familiar em Portugal

### Family and General Medicine in Portugal

#### *Medicina General y Familiar en Portugal*

Ana Costa. Unidade de Saúde Familiar Alpha Mouro. Agrupamento de Centros de Saúde de Sintra (ACES Sintra). Sintra, Lisboa, Portugal.  
analgcosta@gmail.com (*Autora correspondente*)

Raquel Pedro. Unidade de Saúde Familiar Alpha Mouro. Agrupamento de Centros de Saúde de Sintra (ACES Sintra). Sintra, Lisboa, Portugal.  
raquel.luisa85@gmail.com

Sara Magalhães. Unidade de Saúde Familiar Alpha Mouro. Agrupamento de Centros de Saúde de Sintra (ACES Sintra). Sintra, Lisboa, Portugal.  
sararmagalhaes@gmail.com

#### Resumo

Nas últimas décadas, tem-se assistido em Portugal ao desenvolvimento da especialidade de Medicina Geral e Familiar (MGF), à semelhança daquilo que tem ocorrido em outros países europeus. No presente artigo, são descritas as diversas alterações, tanto no nível da carreira médica como no nível da formação, que vieram a culminar no atual modelo a partir do qual é realizada a especialidade de MGF. São também explicadas de forma sucinta as etapas formativas, incluindo os seus objetivos principais, desafios e dificuldades, bem como os métodos de avaliação ao longo do internato. O objetivo é o de divulgar os moldes em que são feitas a formação específica e o ingresso na carreira de MGF em Portugal.

#### Abstract

General and Family Medicine in Portugal as a medical specialty has evolved in the past few decades much the same way as in other European countries. This article aims to describe the various changes that have taken place over the years, in terms of career reform and medical training, which together have brought about the present model for General and Family Medicine training. It succinctly delineates the stages in training, including the main objectives at each step, the difficulties and the many challenges encountered along the way, as well as the methods of evaluation during the internship. The main objective of this article is to inform how training in family medicine is conducted and how one can embark on this career path in Portugal.

#### Resumen

En las últimas décadas se ha producido en Portugal el desarrollo de la especialidad de Medicina General y Familiar (MGF), similar a lo que ha ocurrido en otros países europeos. En este artículo se describen los diversos cambios, tanto dentro de la profesión médica como en el ámbito de la educación de pregrado y de la formación específica, la cual llegó a su culminación en el modelo actual que regula la especialidad de MGF. También se explica brevemente las etapas formativas, incluyendo sus principales objetivos, retos y dificultades, así como los métodos de evaluación a lo largo de lo internado médico. El objetivo es dar a conocer la forma en que se hace la formación específica y el ingreso en la profesión de MGF en Portugal.

#### Palavras-chave:

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

#### Keywords:

Family Practice  
Education, Medical  
Primary Health Care  
Internship and Residency

#### Palabras clave:

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

#### Fonte de financiamento:

declaram não haver.

#### Parecer CEP:

não se aplica.

#### Conflito de interesses:

declaram não haver.

#### Procedência e revisão por pares:

encaminhado pelo editor, não  
revisado por pares.

Recebido em: 04/05/2014.

Aprovado em: 06/05/2014.

## Introdução

A MGF é uma disciplina médica complexa, pois contempla uma abordagem sistêmica que engloba todo o contexto psicológico, social, cultural e econômico em que a pessoa se insere. É também uma especialidade holística e direcionada para a prática de uma medicina centrada na pessoa que vai de encontro aos problemas atuais da nossa sociedade.

A sua história em Portugal é recente e, nesse período, passou por diversas reformas, abrangendo a criação e reformulação da especialidade, as políticas de saúde, bem como a própria formação médica pré- e pós-graduada, com o objetivo de fortalecer a rede de cuidados primários de saúde. Todas essas alterações objetivam valorizar a MGF como um pilar central em um sistema nacional de saúde (SNS).

## Perspectiva histórica

Em Portugal, o caminho para o desenvolvimento da MGF iniciou-se na década de 1960, com a criação dos Serviços Médico-Sociais (SMS) das caixas de previdência, destinados aos indivíduos cujo trabalho contribuía para o sistema e aos seus familiares. Esses serviços atuavam sobretudo na prevenção secundária, e os cuidados eram prestados por médicos sem formação específica. Contudo, grande parte da população era excluída desses serviços, o que tornou necessário criar outro tipo de instituição que prestasse cuidados médicos aos pobres e indigentes e à população mais abastada.<sup>1</sup>

Em 1971, foi reconhecido o diploma legal que confere direito à saúde a todos os cidadãos e, na sequência, foram criados os primeiros centros de saúde (CS), que abrangiam apenas os cuidados de saúde materno-infantil, prestados sobretudo por ginecologistas, pediatras, médicos apenas com formação básica e enfermeiras.<sup>1</sup>

Em nível internacional, a MGF como uma especialidade diferenciada no formato como hoje é conhecida só foi desenvolvida a partir da criação da *World Organization of National Colleges and Academies of General Practitioner/Family Medicine* (WONCA) em 1972, quando surgiu consenso em relação à necessidade de se romper com o passado, ou seja, com a existência do antigo “clínico geral” – médico indiferenciado. A ideia era de formar uma nova classe de generalistas com formação específica e com competências para lidar com os novos problemas da sociedade moderna: doenças crônicas, problemas relacionados com a longevidade e comportamentos prejudiciais à saúde. Esses novos médicos passaram a ser designados como Médicos de Família (MF), que são médicos generalistas da comunidade, mas com conhecimento especializado e com uma abordagem centrada na pessoa, contrastando com a ultraespecialização tecnológica das especialidades hospitalares, que progressivamente distanciavam-se da medicina centrada no doente.<sup>2</sup>

Em 1974, começou a ser desenhada a criação de um SNS em Portugal, que nasceu, finalmente, em 1979.<sup>1</sup> Como já ocorria em outros países, e com o nascimento do SNS, surgiu a necessidade de se criar um novo tipo de médico que assumisse uma atitude mais personalizada na prestação dos cuidados de saúde.

Em abril de 1979, quatro médicos ingleses do *Royal College of General Practitioners* britânico, após um seminário realizado na Escola Nacional de Saúde Pública de Portugal, publicaram um relatório chamado “O papel do clínico geral em Cuidados de Saúde Primários (CSP)”. Esse documento constituiu um marco importante na Clínica Geral em Portugal.<sup>1,3</sup>

Em 1980, foi instituída uma portaria que veio a regulamentar uma nova carreira – a de generalista –, e em 1981 teve início o internato da especialidade de Clínica Geral (equivalente português do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade no Brasil).<sup>1</sup> Em 1982, foi então publicada em decreto-lei a regulamentação da carreira médica de Clínica Geral. Na mesma época, surgiu o Colégio da Especialidade na Ordem dos Médicos e os Institutos de Clínica Geral, responsáveis pela formação dos internos e dos médicos que já exerciam como clínicos gerais.<sup>1</sup>

Entre 1981 e 1987, o internato estava centrado no hospital e os orientadores eram de outras especialidades. A partir de 1987, o programa de formação passou a incluir estágios em CS e, desde então, a única forma acesso à carreira de MGF tem sido por meio do internato complementar de MGF.<sup>1</sup>

Em 1993, foi publicado em decreto-lei o novo estatuto do SNS, no qual foi estabelecida a formação das unidades integradas de saúde, que fazem a articulação entre os CS e os hospitais.<sup>4</sup>

Em 1996, surgiu o Projeto Alfa, uma iniciativa que permitiu aos profissionais de saúde pôr em prática as suas ideias em relação à organização dos CSP. Mais tarde, em 1998, foi aprovado o regime remuneratório experimental dos médicos de MGF, que associava o seu desempenho à sua remuneração.<sup>4</sup>

O decreto-lei que previa a reorganização dos CSP e a criação de Unidades de Saúde Familiares (USF) foi publicado em 1999, mas entrou em ação apenas em 2005, com a criação da “Missão para os CSP”. Essa missão tinha como objetivo alterar o modelo de prestação de cuidados existente, no sentido de torná-lo mais acessível e eficiente. Com essa reforma, os CSP passaram a ser o pilar central do sistema de saúde, e foram definidas oito áreas prioritárias de intervenção: reconfiguração e autonomia dos CS, implementação de USF, reestruturação dos serviços de saúde pública, outras dimensões de intervenção na comunidade, implementação de Unidades Locais de Saúde, desenvolvimento de recursos humanos, desenvolvimento do sistema de informação e mudança e desenvolvimento de competências.<sup>5</sup>

Parte importante da Missão para os CSP consistiu no lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos CS e implementação das USF. Essas são pequenas unidades funcionais autônomas, prestadoras de cuidados de saúde à população, que proporcionaram maior proximidade ao cidadão e maior qualidade de serviço, por meio de um modelo de contratualização interna.<sup>5</sup>

Em 2007, foram criados os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) com a missão de garantir a prestação de CSP à população de uma área geográfica determinada, procurando manter os princípios de equidade e solidariedade, de modo que todos os grupos populacionais compartilhem igualmente dos avanços científicos e tecnológicos, e postos ao serviço da saúde e do bem-estar. Esses agrupamentos são pequenas unidades funcionais autônomas que prestam cuidados à população e permitem a agregação de recursos e estruturas de gestão.<sup>6</sup>

## Educação médica

Para reforçar as reformas efetuadas ao longo do tempo que vieram a dignificar a carreira de MGF e dar destaque aos cuidados primários, foram feitas importantes modificações curriculares na educação médica, de modo a dar melhor resposta às atuais necessidades da nossa sociedade. Da mesma forma que o modelo antigo do internato médico em MGF, que era realizado inteiramente em nível hospitalar, sem exposição aos cuidados primários, também a formação pré-graduada (que no Brasil é denominada graduação) não previa estágios em CS.

Contudo, embora neste momento exista uma grande diversidade em todo o país em relação à abordagem do ensino médico, há uma tendência cada vez maior a uma exposição precoce não só à prática clínica em geral, mas também ao contato com os cuidados primários, assim como ao ensino feito na comunidade, numa tentativa de quebrar com o ensino tradicional e hospitalocêntrico.

Em Portugal, existem 8 faculdades de medicina. A mais recente e controversa é a Faculdade de Medicina da Universidade do Algarve, fundada em 2009, que veio a introduzir em Portugal um curso de 4 anos, com ensino pós-graduado (chamado no Brasil de pós-graduação), para alunos já licenciados em ciências. O mesmo é único, não só pela sua duração, mas também por oferecer um programa integralmente baseado na *aprendizagem baseada em problemas* e estabelecido à imagem do curso desenvolvido na Faculdade de Medicina da Universidade de McMaster no Canadá.<sup>7,8</sup> Essa faculdade distingue-se também pelo fato de o ensino clínico começar no 1º ano, sendo tutorado por médicos de família em CS, para que os alunos tenham uma exposição extensa à MGF. É só depois, no 3º ano, que os estudantes ingressam no ensino hospitalar.<sup>7</sup>

Houve igualmente aprovação de dois cursos novos em Portugal (Braga e Covilhã), cujo intuito foi introduzir alterações profundas no currículo do ensino para renovar a educação médica e, de certa forma, dar resposta às insuficiências dos modelos pedagógicos das faculdades ditas mais tradicionais. Trata-se de dois cursos com duração de 6 anos, mas criados em moldes inovadores e integrados na perspectiva biopsicossocial.<sup>9,10</sup> Embora diferentes em estrutura, ambos incluem uma introdução precoce à clínica com estágios curtos em CS, assim como cadeiras teóricas ao longo do curso sobre família, sociedade e saúde, saúde comunitária, e cuidados primários, as quais culminam em estágios clínicos em MGF durante os anos clínicos; por fim, há um estágio profissionalizante no 6º ano.

Os cursos restantes (Lisboa, Porto e Coimbra), na sua maioria, têm tentado convergir nessa tendência, introduzindo na última década alterações curriculares importantes. Destacam-se estágios curtos de MGF durante os anos pré-clínicos e o ensino teórico abrangendo medicina preventiva, medicina comunitária, família-saúde-doença e algum enfoque na comunicação e na relação médico-doente.

Essa mudança de paradigma no ensino foi necessária para mudar atitudes negativas prevalentes em relação à medicina generalista e que estão muito enraizadas na nossa sociedade e na classe médica. Nesse sentido, pretendem-se aliciar as novas gerações. Com o tempo, essa exposição precoce à MGF está dando mais ferramentas aos jovens para que os mesmos tomem decisões sobre as suas carreiras de forma mais informada.

Os que não escolhem a medicina geral acabam por embarcar em outra área da medicina com uma maior compreensão e valorização dos cuidados primários, cultivando respeito pelos colegas generalistas. Em última análise, isso contribuirá para melhorar a comunicação e as relações de proximidade entre o generalista e o especialista hospitalar. Por outro lado, favorecerá a melhor integração dos cuidados primários e secundários, o surgimento de mais responsabilidades partilhadas, menos fragmentação de cuidados e melhor comunicação interpares, que é fundamental para a prestação de cuidados de saúde de qualidade.

Mais importante que isso, as modificações dos moldes da formação médica nas nossas faculdades, ao começarem a introduzir o modelo biopsicossocial como o pilar da medicina, estão incutindo nos cérebros ainda jovens dos futuros médicos os valores verdadeiramente importantes da nossa profissão: comunicação, medicina holística e prática centrada no paciente. Só dessa forma é que teremos profissionais mais preparados para lidar com pessoas e com toda a complexidade inerente ao ser humano, que vai muito além da sua biologia. Como dizia o Dr. Roger Neighbour no congresso nacional do *Royal College of General Practitioners* no Reino Unido, em outubro 2013, “só dessa forma é que se consegue reintroduzir o elemento de “gentileza” (“*kindness*”) na nossa medicina, uma medicina que nas últimas décadas tem se tornado cada vez mais impessoal e mecanicista”.

## Internato médico em Medicina Geral e Familiar

Após a conclusão de um ano de formação genérica comum a todos os médicos (Ano Comum), que inclui estágios de cirurgia geral (2 meses), cuidados de saúde primários (3 meses), medicina interna (4 meses), pediatria (2 meses) e obstetrícia (1 mês), segue-se a escolha da especialidade.<sup>11</sup>

Nos últimos anos, tem-se assistido a um aumento do número de vagas disponíveis na área da MGF, sendo que em 2013, do total de 1478 vagas, 30% corresponderam à MGF.<sup>12</sup>

Até o ano de 2009, a formação específica em MGF era feita ao longo de 3 anos; contudo, para melhorar as competências essenciais à complexidade das funções desempenhadas pelo médico de família, a duração do internato foi ampliada para 4 anos, de forma semelhante ao que tem ocorrido em outros países.<sup>11,13</sup> O internato é composto atualmente por estágios obrigatórios, de duração fixa, e por estágios opcionais e de curta duração, escolhidos pelo próprio interno e de realização habitual nos serviços pertencentes ao local onde o internato é feito.

A formação é realizada em sua maior parte na área de especialização — MGF — e é tutelada por um orientador de formação atribuído ao interno a partir do momento em que ele ingressa no programa.

A escolha dos estágios opcionais é flexível e ocorre com cerca de meio ano de antecedência do seu início, podendo o médico escolher áreas de interesse pessoal ou aquelas em que sente maiores dificuldades, estando a sua aceitação sujeita ao parecer tanto do orientador de formação, como do diretor do internato.

As principais dificuldades encontradas nesse processo relacionam-se com discrepâncias entre o local escolhido pelo interno para a realização do seu estágio e o local no qual o mesmo realmente é alocado, o que se deve na maior parte das vezes à falta de vagas.

A cada estágio são atribuídos objetivos específicos. Os estágios obrigatórios são fixados pela coordenação do internato, levando-se em conta a legislação em vigor, e os estágios opcionais/curtos são estabelecidos pelo próprio médico.

No primeiro ano de formação, há rotação pelos estágios obrigatórios de MGF 1 (5 meses, centro de saúde), Pediatria (3 meses, hospital) e Ginecologia/Obstetrícia (3 meses, hospital).<sup>11</sup>

O segundo ano é composto por MGF 2 (5 meses, centro de saúde) e estágios opcionais (5 meses, hospital ou outras unidades de saúde).<sup>11</sup>

Seguem-se MGF 3 (8 meses, centro de saúde), estágio de saúde mental (3 meses, hospital ou outra unidade de saúde) e de urgência, que inclui ortopedia, cirurgia e medicina interna (2 meses se seguido ou 6 meses se opção de 12 horas semanais).<sup>11</sup>

O último ano é dividido entre MGF 4 (10 meses, centro de saúde), um estágio opcional com duração de 1 mês e pequenos estágios que podem ter um total de 180 horas.<sup>10</sup> Habitualmente, esses estágios são utilizados para dar conta de eventuais dificuldades em procedimentos ou áreas específicas, podendo ser realizados no exterior.

No decorrer dos 4 anos de formação, são também realizados cursos curriculares de participação obrigatória em diversas áreas (investigação, comunicação, gestão da consulta, ética, família, etc.). Além desse tipo de formação teórica, é também permitido ao médico interno frequentar encontros médicos (simpósios, congressos, jornadas) no total de 15 dias úteis por ano.

No fim de cada ano, é feito um exame para avaliar os conhecimentos adquiridos ao longo dos estágios até então realizados. A avaliação final do internato consiste em 3 provas distintas – discussão curricular, prática e teórica – com discussão oral, avaliada por um júri composto por cinco membros.

## Perspectivas de carreira

Terminada a formação específica, a maioria dos recém-especialistas ingressa na carreira médica no SNS em regime de exclusividade, por meio de serviços prestados nos CS e/ou integrados em uma equipe de urgência hospitalar.

Contudo, um número crescente de médicos tem se dedicado não só à prática clínica, mas ao desenvolvimento acadêmico, o que tem contribuído, embora ainda em pequena escala, para a evolução da investigação em cuidados primários.

Por outro lado, tem-se assistido a um aumento do número de subespecializações em áreas incipientes, como é o caso dos cuidados paliativos e tratamento de dor crônica. A prática privada continua a ser uma exceção nessa especialidade.

## Conclusão

O percurso evolutivo da MGF em Portugal até a situação atual teve a duração de quase 40 anos. As influências exteriores, os fatos que foram acontecendo e as medidas políticas que foram sendo tomadas ao longo do tempo conduziram à aceitação e afirmação da especialidade MGF e ao reconhecimento do perfil profissional do médico de família.

Podemos concluir que a MGF ocupa atualmente em Portugal um lugar importante como atividade médica diferenciada, sendo cada vez mais uma opção de escolha para os jovens médicos que iniciam a sua especialização. Além disso, os médicos de família são hoje reconhecidos por sua atuação.

## Referências

1. Sousa JC, Sardinha AM, Sanchez JP, Melo M, Ribas MJ. Os Cuidados de Saúde Primários e a Medicina Geral e Familiar em Portugal. *Rev Port Saúde Pública*. 2001;2:63-74.
2. McWhinney IR, Freeman T. *Manual de Medicina de Família e Comunidade*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
3. Jordão JG. *A medicina geral e familiar: caracterização da prática e sua influência no ensino pré-graduado [tese]*. Lisboa: Universidade de Lisboa; 1995. <http://hdl.handle.net/10451/2031>
4. Alves MV, Ramos V, editores. *Medicina geral e familiar 20 anos: da vontade*. Lisboa: MVA Invent; 2004.
5. Pisco L. A reforma dos cuidados de saúde primários. *Cadernos de Economia*. 2007 [acesso em 2014 Apr 16];(80):60-66. Disponível em: [http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/9A05F533-B7AE-4256-9F80-7FDD3E7C4FC7/0/CE80Luis\\_Pisco.pdf](http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/9A05F533-B7AE-4256-9F80-7FDD3E7C4FC7/0/CE80Luis_Pisco.pdf).
6. Saúde Md. Decreto-Lei nº 28/2008. In *Diário da República* nº38.; 22 Fevereiro 2008. p. Sério I.
7. Universidade do Algarve. *Curso do Mestrado Integrado em Medicina [Online]*. Faro, Portugal: UAlg; c2009 [acesso em 2014 abril 26]. Disponível em: <http://www.medicina.ualg.pt/site/index.php?module=Content&func=view&pid=11>.
8. Ponte J. O curso de medicina da Universidade do Algarve. *Jornal de Notícias Médicas*. Algarve, Portugal; 2009 Marc. Disponível em: [http://www.medicina.ualg.pt/site/index.php?module=Downloads&func=prep\\_hand\\_out&lid=5](http://www.medicina.ualg.pt/site/index.php?module=Downloads&func=prep_hand_out&lid=5)
9. Universidade do Minho. *Escola de Ciências da Saúde [Internet]*. Braga, Portugal: UM; c2014 [acesso em 2014 abril 26]. Disponível em: <http://www.ecsaude.uminho.pt/Default.aspx?tabid=4&pageid=5&lang=pt-PT>
10. Universidade da Beira Interior. *Faculdade de Ciências da Saúde*. [Internet]. Covilhã. [acesso em 2014 abril 26]. Disponível em: [http://193.136.66.97/?page\\_id=105](http://193.136.66.97/?page_id=105).
11. Ministério da Saúde (PT), Saúde Md. Portaria nº 300/2009, *Diário da República*, 1.ª série – N.º 58 – 24 de Março de 2009. In *Saúde Md.*; 2009. p. 1853-1857.
12. Ministério da Saúde (PT), Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). *Mapa de vagas – IM – 2013 FE [Internet]*. Portugal; 2013 [acesso em 2014 abril 26]. Disponível em: [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Mapa%20de%20Vagas\\_IM\\_2013\\_AFE\\_29112013\\_19h.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Mapa%20de%20Vagas_IM_2013_AFE_29112013_19h.pdf).
13. Cabrita JM. Programa de 4 anos – Breves Apontamentos. *Jornal Médico*. 2008.

## O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do município de Florianópolis

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

*Programa de Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria del municipio de Florianópolis*

Nulvio Lermen Junior. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SMS-PMF). Florianópolis, SC, Brasil. nulvio@hotmail.com (Autor correspondente)



Nulvio Lermen Junior é *médico de família e comunidade (MFC)* e *secretário adjunto da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis-SC*. Nesta entrevista, Dr. Nulvio Lermen Junior discorre sobre como está organizada a Atenção Primária à Saúde no município de Florianópolis e também sobre como ocorreu a implementação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) vinculado à SMS de Florianópolis, que oferece, atualmente, 16 vagas anuais. A RBMFC entrevistou o Dr. Nulvio Lermen Junior via *e-mail* em 13/08/2014, 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 (APS) no município.

*“Como fator preponderante para a manutenção da qualidade das equipes de saúde da família, o município há 10 anos decidiu pagar diferenciadamente quem é especialista em Medicina de Família e Comunidade e tem realizado rotineiramente concursos públicos com este pré-requisito para preencher as vagas que surgem em nossa rede de APS.”*

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

**Nulvio Lermen Junior:** Florianópolis historicamente tem se destacado pelo investimento na APS, estando sempre entre as capitais com maior cobertura de Saúde da Família (SF) do Brasil. Apesar de termos todo o território do município coberto pela ESF, temos dado continuidade à expansão do número de equipes de SF, pois há a intenção de paulatinamente aproximarmos a população sob responsabilidade de cada equipe ao padrão internacional, que é de 2.000 a 2.500 pessoas por ESF. Além disso, o município vem investindo na qualificação das equipes já existentes através de um processo de educação continuada para seus servidores e do investimento na formação profissional com a integração ensino-serviço em parceria com a UFSC na graduação. Outro investimento que merece destaque foi a criação de uma residência própria em MFC com 16 vagas anuais.

Como fator preponderante para a manutenção da qualidade das equipes de SF, o município há 10 anos decidiu pagar diferenciadamente quem é especialista em Medicina de Família e Comunidade e tem realizado rotineiramente concursos públicos com este pré-requisito para preencher as vagas que surgem em nossa rede de APS.

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

**Nulvio Lermen Junior:** Apesar dos dados do Ministério informarem uma cobertura de 95%, o município tem todo o seu território coberto pela ESF. A intenção é ultrapassar os 100% de cobertura mesmo na estimativa do Ministério nos próximos meses.

Os principais desafios, como já informado, são diminuir a proporção população/equipes de SF e qualificar a rede de serviços. Para isso, além das estratégias anteriormente expostas, pretendemos valorizar os profissionais com a revisão da política de pagamento por desempenho, priorizando fatores que fortaleçam os atributos principais da APS (Acesso, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação) e utilizando as potencialidades desses mesmos profissionais na elaboração de materiais de apoio às equipes, como linhas-guias e protocolos de ação.

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

**Nulvio Lermen Junior:** A formação de recursos humanos para a saúde é uma responsabilidade compartilhada entre todos os entes federativos que compõem o SUS. Se quisermos ter profissionais com perfil para atuação no sistema público, nada mais natural do que formá-los dentro desse cenário, e isso é especialmente importante quando se trata da APS. Transferir (ou deixar) essa responsabilidade exclusivamente com as universidades é um erro que pode repercutir posteriormente no serviço. Sendo assim, atuar na formação desses profissionais é uma necessidade e uma decisão estratégica para qualquer município de médio e grande porte que queira contar com uma APS qualificada.

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

**Nulvio Lermen Junior:** Florianópolis tem uma característica diferenciada da maioria dos municípios do país, pois conta com a grande maioria das suas equipes compostas por médicos especialistas em MFC. Portanto, o grande problema que outros programas enfrentam em encontrar preceptores qualificados não aconteceu por aqui. O grande desafio, por mais estranho que possa parecer, foi encontrar espaço nas unidades para a atuação dos residentes.

O município conta com uma rede de 50 Unidades Básicas de Saúde, sendo quase a totalidade com estrutura física e de equipamentos adequada, completamente informatizada e com uma rede de informações interligada que cobre também as unidades de pronto atendimento e as policlínicas. Apesar disso, com o crescimento do número de equipes, a estruturação de outros serviços na APS, como os NASF, e a inserção maciça de alunos de graduação na APS, praticamente todos os espaços físicos dentro das unidades está ocupado o tempo inteiro, em especial os consultórios. Sendo assim, o município teve de reformar boa parte das unidades para prepará-las para a entrada dos residentes, resultando em um investimento de mais de 250 mil reais bancados com recursos exclusivamente municipais.

Além disso, o município teve de adequar a sua legislação, criando uma lei específica que permitisse pagar a complementação de bolsa para os residentes, assim como efetivar o repasse de uma gratificação específica para a preceptoria aos MFC que acompanham esses residentes.

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

**Nulvio Lermen Junior:** O programa tem 16 vagas anuais de R1 distribuídas em unidades de todas as regiões do município. Pela característica única de abundância de preceptores qualificados, tomamos a decisão pela proporção de um preceptor para cada residente, sendo que o preceptor e o residente compartilham a área (e os pacientes) da equipe de SF à qual o preceptor está vinculado.

Para o próximo ano, esperamos contar com uma residência em enfermagem coordenada com a residência médica, na qual ambos os residentes deverão formar uma subequipe de SF da equipe a que seus preceptores pertencem, proporcionando assim uma experiência ainda mais próxima da realidade que irão enfrentar ao fim de seu processo de formação.

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

**Nulvio Lermen Junior:** O PRMFC, se adequadamente organizado e planejado, pode ter um balanço positivo no que diz respeito aos recursos financeiros que podem ser captados junto ao MS em relação aos seus gastos, mas é essencial frisar que isso nunca deve ser o foco da implementação do programa. Caso contrário, a formação corre sério risco de ser preterida em relação à captação de recursos.

Explicando sobre a sustentabilidade financeira: com o advento da Portaria 1248 de 28 de junho de 2013, que destina recursos para instituições que implementam PRM em especialidades estratégicas para os SUS, passou a haver um certo equilíbrio entre os gastos de um PRM e os repasses de recursos do MS para a manutenção desses programas, somando-se a isso ainda a abertura para que os residentes em MFC façam parte de equipes de SF em conformidade com a Portaria 3147 de 2012, o que potencializa em muito a possibilidade de captação de recursos por parte dos municípios.

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

**Nulvio Lermen Junior:** Primeiro, quanto a atrair os residentes, há uma tradição de inserção precoce dos alunos de graduação na rede de APS do município, sendo que isso ocorre há mais de uma década, com um histórico bastante positivo, tanto para a universidade quanto para o município. A inserção dos alunos em serviços de APS de qualidade com preceptores bem formados é certamente o primeiro passo para a atração dos potenciais candidatos. Além disso, passamos a lançar mão de estratégias que também são adotadas por outros PRMFC pelo país, como o pagamento de uma complementação de bolsa para os residentes, a realização de concursos complementares quando da não ocupação de todas as vagas em um primeiro concurso e a divulgação maciça sobre o programa junto aos egressos dos cursos de medicina do estado.

Para a manutenção dos egressos, o município tem realizado regularmente concursos públicos buscando absorver todos os egressos, não só dos programas do município, mas também visando a atrair egressos de outros programas. Podemos afirmar categoricamente que nenhum egresso de nosso programa deixa de ser absorvido em nossa rede, a não ser que não queira, mesmo porque seria uma contradição investir na formação e deixar de absorver esses profissionais.

*“Nenhum egresso de nosso programa deixa de ser absorvido em nossa rede, a não ser que não queira, mesmo porque seria uma contradição investir na formação e deixar de absorver esses profissionais.”*

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

**Nulvio Lermen Junior:** A estrutura obedece a todos os preceitos constantes nas normativas da Comissão Nacional de Residência Médica. Quanto à proporção preceptor/residente, conforme informado anteriormente, optamos por uma relação de um para um, sendo que o residente, para além dos serviços de APS do município, tem a oportunidade de passar por estágios em nossos serviços de urgência e nas policlínicas municipais.

**RBMFC:** *Existe parceria com instituição de ensino superior que está apoiando o programa de residência, visto que Florianópolis possui pelo menos uma Universidade Federal que oferece graduação em medicina?*

**Nulvio Lermen Junior:** Há um amplo histórico de cooperação entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Universidade Federal de Santa Catarina no que diz respeito à formação na área da saúde e em especial na medicina. Essa cooperação vai desde a graduação, onde temos mais de 600 alunos de medicina inseridos em nossos serviços da APS, e se estende até a residência, onde há o compartilhamento de espaços de formação e de atividades educativas entre as duas instituições.

**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?*

**Nulvio Lermen Junior:** A formação de recursos humanos para o SUS é uma necessidade e uma decisão estratégica para todos os municípios de médio e grande porte no Brasil. Nesse sentido, o meu conselho é que cumpram o seu papel de formadores dentro desse sistema, pois a formação deve ser cada vez mais próxima da realidade, e quem sabe da prática é quem a executa.

**Sobre o entrevistado:** Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mestre em Políticas e Gestão de Saúde pela Universidade de Bolonha - Itália. Médico concursado pela Prefeitura Municipal de Florianópolis. Médico de Família e Comunidade titulado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade em 2004. Médico do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde-PITS no estado de Pernambuco entre 2001 e 2002. Coordenador de Regional de Saúde, Assessor Chefe de Atenção à Saúde do Município de Florianópolis entre 2005 e 2007. Coordenador de Gestão da Atenção Básica do Ministério da Saúde entre 2007 e 2011. Coordenador de Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro e Coordenador da Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro entre 2011 e 2013. Presidente da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade no biênio 2012-2014. Secretário Adjunto de Saúde do Município de Florianópolis desde 2013. Diretor de Titulação da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade para o biênio 2014-2016. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Atenção Primária à Saúde.

Entrevista concedida via *e-mail* em 13/08/2014.

Edição de texto: Michael Schmidt Duncan.

## A experiência da Medicina de Família e Comunidade enquanto disciplina no curso de graduação em medicina

The experience of Family and Community Medicine as a discipline in the undergraduate course in medicine

*La experiencia de la Medicina Familiar y Comunitaria como disciplina en el curso de pregrado en medicina*

Debora Carvalho Ferreira. Universidade Federal de Viçosa (UFV). Viçosa, MG, Brasil. deborajf@yahoo.com.br (Autora correspondente)

Leticia Arede Almeida. Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Juiz de Fora, MG, Brasil. leticiaarede@hotmail.com

Danillo Zeferino de Oliveira Souza. Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Juiz de Fora, MG, Brasil. danillozdos@hotmail.com

João Vitor Peixoto Leal Zanirati. Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Juiz de Fora, MG, Brasil. joaozanirati@gmail.com

### Resumo

Este estudo relata a experiência de implantação da disciplina eletiva de Medicina de Família e Comunidade (MFC) no curso de graduação em medicina, na visão dos discentes da Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. Levando-se em conta a metodologia aplicada, verificou-se que os alunos consideraram os conteúdos práticos mais relevantes em comparação aos teóricos, o que pode ser atribuído ao fato de a prática permitir a crítica, a problematização e a resolução de situações cotidianas, sendo, além disso, um elo entre o jovem estudante de medicina e a realidade da prática médica. Diante da necessidade de aprimorar a abordagem integral à saúde dos indivíduos, considerando seus aspectos biopsicossociais, torna-se necessário que as alterações no currículo médico tenham como eixo norteador os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS). Nesse contexto, a Medicina de Família e Comunidade (MFC) é a especialidade chave para a APS, pois estimula a formação de médicos generalistas capacitados a oferecerem cuidado longitudinal e responderem às necessidades em saúde das pessoas.

### Abstract

This study reports on the experience of implementing an elective course in Family and Community Medicine in the medical school curriculum at the Federal University of Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil, according to the students' point of view. The study showed that students considered the practical components of the curriculum more relevant than the theoretical ones. One explanation for this is that practice allows criticism by making it possible to question and solve everyday situations, and, therefore, make a link between the medical student's perspective and the reality of medical practice. Given the need to improve the comprehensive approach to the people's health, taking into account their biopsychosocial aspects, it is necessary to change the medical curriculum following the principles of Primary Health Care (PHC). Within this context, Family and Community Medicine (FCM) is a key medical specialty for PHC, because it leads to well-trained general physicians, who are able to provide continued care and to respond to people's health needs.

### Resumen

Este estudio reporta la experiencia de implementar la disciplina optativa de Medicina Familiar y Comunitaria (MFC) en el curso de pregrado en medicina, en opinión de los estudiantes de la Universidad Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. Teniendo en cuenta la metodología empleada, se encontró que los estudiantes consideraron el contenido práctico más relevante, en comparación con el teórico, lo que se puede atribuir al hecho de que la práctica estimula la crítica, la problematización y la resolución de situaciones cotidianas, que de otra parte, refuerza un vínculo entre el joven estudiante de medicina y la realidad de la práctica médica. Teniendo en cuenta la necesidad de mejorar el enfoque integral de la salud de las personas, considerando sus aspectos biopsicossociales, resulta necesario que los cambios en los currículos médicos tengan como eje norteador los principios de la Atención Primaria de Salud (APS). En este contexto, la Medicina Familiar y Comunitaria (MFC) es una especialidad médica clave para la APS, porque estimula la formación de médicos generales capacitados ofrecer una atención longitudinal y responder a las necesidades de salud de las personas.

### Palavras-chave:

Medicina de Família e Comunidade  
Atenção Primária à Saúde  
Educação Superior  
Educação de Graduação em  
Medicina  
Currículo

### Keywords:

Family Practice  
Primary Health Care  
Education, Higher  
Education, Medical, Undergraduate  
Curriculum

### Palabras clave:

Medicina Familiar y Comunitaria  
Atención Primaria de Salud  
Educación Superior  
Educación de Pregrado en Medicina  
Currículo

### Fonte de Financiamento:

Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

### Parecer CEP:

não se aplica.

### Conflitos de interesses:

declaram não haver.

Recebido em: 18/07/2013.

Approved em: 03/03/2014.

## Introdução

Os debates sobre as necessidades atuais de transformação da educação médica, em prol de um profissional mais capacitado para atender às necessidades da população, existem no Brasil há algumas décadas, desde o surgimento da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) em 1991. Nesse contexto, o campo da Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido um lócus privilegiado dessa discussão por poder proporcionar ao jovem médico em formação um amplo olhar sobre a sociedade na qual se insere.<sup>1,2</sup>

O conceito de Atenção Primária à Saúde surgiu no início do século 20 (1920), no Reino Unido, quando foi elaborado o *Relatório Dawson*,<sup>3</sup> oposto ao modelo Flexneriano vigente na época. Esse relatório introduziu a noção de regionalização e hierarquização dos cuidados (divisão entre os três níveis de atenção), o que influenciou outros países a adotarem a proposta do novo modelo.<sup>4</sup> Nos Estados Unidos, apenas na década de 60, mediante a necessidade de criação de uma medicina mais integral e menos especializada, surgiu um movimento em favor da saúde que apresentava duas vertentes de proposições: *a guerra contra a pobreza* gerada pela necessidade de se criar uma resposta à desigualdade social na saúde; e a outra formada pelo anseio acadêmico dos departamentos de medicina social e preventiva de crescerem dentro dos centros universitários.<sup>5</sup> A medicina comunitária nasce portanto de uma tensão entre uma necessidade social iminente e o crescimento de um campo de pesquisa e extensão universitária.

Outro marco para o surgimento dessa nova forma de prática médica foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, em setembro de 1978, realizada na cidade de Alma-Ata, Cazaquistão, pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Essa Conferência definiu que o desejável seria a existência de Unidades de Saúde de cuidados primários em um determinado território, as quais seriam responsáveis pela maior parte dos atendimentos baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos.<sup>6</sup>

Para que esses objetivos fossem alcançados, era preciso discutir um novo perfil de profissional desejado, que fosse capacitado a atuar nesse cenário de atenção primária, dentro das necessidades da população. Esse profissional deveria ter um perfil generalista, porém diferente do tradicional clínico geral, acostumado ao trabalho intra-hospitalar e focado nos problemas de saúde biomédicos. Para atender a essa demanda de formação, surgiram então, nas décadas de 1960 e 1970, inicialmente no Canadá, Inglaterra, Holanda, Austrália, França e Espanha, cursos de pós-graduação específicos para a formação desses profissionais.<sup>7</sup>

O Brasil, acompanhando a discussão internacional, criou seus primeiros cursos de pós-graduação na área durante a década de 1970, nos estados do Rio de Janeiro, Pernambuco e Rio Grande do Sul. Foi criada em 1976 a especialidade médica Medicina Geral e Comunitária (MGC), denominada, desde 2001, como Medicina de Família e Comunidade (MFC).<sup>8</sup> Essa especialidade médica é considerada pela Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA) como sendo responsável pelo desenvolvimento de uma abordagem de saúde centrada na pessoa, considerando os aspectos biopsicossocial, cultural e existencial, levando em consideração a comunidade em que o paciente está inserido. Além disso, ela é responsável pela longitudinalidade do cuidado e apresenta um processo próprio de tomada de decisões, determinado pela prevalência e incidência da doença na comunidade.<sup>9</sup>

O movimento político que acontecia no Brasil nesse período de discussão inicial sobre a MFC era o da reforma sanitária, que estabelecia debates sobre saúde ampliada e necessidades de reformulação das políticas de saúde.<sup>10</sup> Como resultado dessas discussões, a Constituição Federal de 1988 instituiu em todo o território nacional o Sistema Único de Saúde brasileiro, o SUS.

Tendo como diretrizes principais a universalidade, a equidade, a integralidade, a regionalização e a hierarquização, o SUS surgiu como uma proposta de transformação do modelo assistencial vigente. Como estratégia para tal escopo, foi criado em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente Estratégia Saúde da Família (ESF), com o objetivo de reestruturar a Atenção Primária.<sup>11</sup> Tal estratégia destina-se a atuar em uma população adscrita, com medidas de promoção da saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação, sendo as ações realizadas por uma equipe multiprofissional, integrada pelo agente comunitário de saúde (ACS), elo entre a equipe, população e movimentos sociais do território.<sup>12</sup>

Para abarcar mudanças estruturais no sistema de saúde no Brasil, a necessidade de mudança do perfil do profissional foi uma consequência imediata. A partir do início da década de 1990, os cursos de graduação na área da saúde tiveram, de maneira geral, que se adequar a esse novo modelo assistencial. Assim, o ensino médico no Brasil vem sofrendo inúmeras transformações para reorganizar as práticas político-pedagógicas e para formar profissionais aptos a atuarem de acordo com os princípios norteadores do SUS.<sup>13</sup>

Nesse contexto, foram instituídas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs)<sup>13</sup> no ano de 2001 pelo Conselho Nacional de Educação (CNE). Essas determinam que, ao egressar da universidade, o médico tenha formação generalista e humanista, atuando em ações de promoção, prevenção e reabilitação à saúde de modo integral e longitudinal, de forma a se tornar capaz de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade no sistema de saúde. Além disso, o estudante deve perceber o papel social do médico, ter disposição para atuar em atividades de política e planejamento em saúde, garantindo a integralidade da assistência.

Assim, verifica-se que a MFC, especialidade médica chave para a APS, tem os seus princípios contidos nas DCNs e por isso vem sendo um campo de ensino estimulado na graduação. Várias iniciativas têm sido tomadas, tais como: documentos de orientação do ensino da MFC e da APS na graduação;<sup>14,15</sup> iniciativas governamentais de estímulo à vivência na APS (PET-Saúde,<sup>16</sup> Ver-SUS<sup>17</sup>); fundação pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), em 2005, de uma Diretoria de Graduação responsável por coordenar e incentivar a discussão da inserção da disciplina de MFC nos cursos de graduação em medicina pelo país afora; e diálogo dessa sociedade com os fóruns da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM).

## Descrição da experiência

Na Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), o curso de Medicina existente desde 1953 contava, na sua origem, com uma grade curricular tradicional e Flexneriana, que estimulava uma formação praticamente especialista. Nas últimas décadas, houve tentativas de modificações curriculares, que só se tornaram efetivas a partir de 2001, com o auxílio de projetos governamentais, como o Promed e o Pró-saúde. Dessa forma, a Faculdade de Medicina construiu e vem implementando um novo currículo<sup>18</sup> com a finalidade de atender as exigências propostas pelo MEC através das DCNs.

Diante do exposto, foi possível a formulação e inserção de uma disciplina intitulada “Medicina de Família e Comunidade”, lecionada por uma especialista em MFC, a partir do segundo semestre de 2011, à qual todos os alunos a partir do terceiro semestre do curso de medicina poderiam ter acesso. Foram disponibilizadas 24 vagas, e houve mais interessados do que o número de vagas, havendo necessidade de seleção por meio do índice de rendimento acadêmico.

A disciplina foi formulada tendo como base os documentos de inserção da temática da MFC e APS anteriormente citados, além da utilização da referência do “Manual de Medicina de Família e Comunidade” de Ian McWhinney,<sup>7</sup> referência tradicional e respeitada. A proposta de criação da disciplina foi apresentada pela professora responsável no colegiado do curso e no núcleo de práticas educativas, sendo que professores de outras áreas e alunos puderam contribuir para a estruturação da mesma.

Construída com dois créditos semanais ao longo de um semestre, baseada em uma metodologia expositiva-dialogada, a disciplina contou com a seguinte ementa: a) Histórico e princípios da Medicina de Família e Comunidade; b) Conceito de saúde e doença, conceito de saúde ampliada, e experiência da enfermidade; c) Métodos clínicos, relação e comunicação médico-paciente; d) Ferramentas de abordagem da família em MFC; e) Cuidado domiciliar e trabalho em equipe; f) Racionalidades médicas e subsistemas de cuidados; g) Saúde comunitária e educação em saúde; h) Estratégia Saúde da Família; i) Abordagem da saúde do adulto; j) Abordagem da saúde do idoso; e k) Abordagem da saúde da criança e do adolescente.

Com o intuito de promover um contato dos alunos com a prática da MFC, os mesmos foram organizados em duplas para acompanhar um ambulatório geral de MFC com a própria professora (em instituição filantrópica parceira) e para entrevistas dentro do Hospital Universitário da UFJF, com a proposta de associarem a história clínica do paciente aos princípios da MFC.

Ao final da primeira turma, foi feita uma avaliação com os alunos participantes, de forma voluntária e anônima, para que fossem visualizados os aspectos positivos e negativos da mesma. Considerando as diretrizes éticas em pesquisa (Resolução CNS 196/96), todos os alunos que responderam ao questionário aceitaram que seu conteúdo fosse utilizado na produção deste relato.

O presente artigo utilizou-se de métodos quali-quantitativos por meio de um estudo de caso,<sup>19</sup> baseado em uma experiência pontual e transversal. Foi utilizada a análise do questionário sem quaisquer critérios de exclusão na seleção do mesmo (Quadro 1). A série de questões foi aplicada ao final do semestre, após a realização de todas as atividades teóricas e avaliações. Constava de perguntas que visavam à avaliação dos alunos frente à disciplina, buscando, a partir da mesma, melhoria da metodologia e do conteúdo a serem trabalhados com as turmas posteriores.

**Quadro 1.** Questionário de avaliação da disciplina de Medicina de Família e Comunidade.

1) Minha motivação, ao me matricular na disciplina, foi:
<input type="checkbox"/> Realizar créditos optativos
<input type="checkbox"/> Tinha interesse pelo assunto
<input type="checkbox"/> Indicação de amigos
<input type="checkbox"/> Queria aprender mais sobre o tema
2) Ao iniciar a disciplina e ser apresentado o cronograma da mesma, minhas expectativas foram:
<input type="checkbox"/> Negativas
<input type="checkbox"/> Tinha imaginado outra coisa do que foi proposto inicialmente.
<input type="checkbox"/> Positivas
<input type="checkbox"/> Expectantes
3) Em relação aos quesitos abaixo:
a) Dia da disciplina: ( <input type="checkbox"/> Bom ( <input type="checkbox"/> Regular ( <input type="checkbox"/> Ruim
b) Horário da disciplina: ( <input type="checkbox"/> Bom ( <input type="checkbox"/> Regular ( <input type="checkbox"/> Ruim
c) Duração das aulas: ( <input type="checkbox"/> Bom ( <input type="checkbox"/> Regular ( <input type="checkbox"/> Ruim
d) Conteúdos abordados: ( <input type="checkbox"/> Bom ( <input type="checkbox"/> Regular ( <input type="checkbox"/> Ruim
e) Bibliografia utilizada: ( <input type="checkbox"/> Bom ( <input type="checkbox"/> Regular ( <input type="checkbox"/> Ruim
f) Materiais didáticos utilizados (apresentações, vídeos):( <input type="checkbox"/> Bom ( <input type="checkbox"/> Regular ( <input type="checkbox"/> Ruim
g) Método expositivo da professora:( <input type="checkbox"/> Bom ( <input type="checkbox"/> Regular ( <input type="checkbox"/> Ruim
h) Métodos de avaliação: ( <input type="checkbox"/> Bom ( <input type="checkbox"/> Regular ( <input type="checkbox"/> Ruim
4) Numere de 1 a 11 a importância crescente que você daria a cada um dos temas abordados para sua formação médica:
<input type="checkbox"/> Histórico e princípios da Medicina de Família e Comunidade (MFC)
<input type="checkbox"/> Conceito de saúde e doença, conceito de saúde ampliada e a experiência da enfermidade
<input type="checkbox"/> Métodos clínicos, relação e comunicação médico e paciente
<input type="checkbox"/> Ferramentas de abordagem da família em MFC: genograma, ecomapa, ciclo de vida
<input type="checkbox"/> Cuidado domiciliar e trabalho em equipe
<input type="checkbox"/> Racionalidades médicas e subsistemas de cuidados
<input type="checkbox"/> Contextualizando a Estratégia de Saúde da Família: um enfoque pelas necessidades de saúde
<input type="checkbox"/> Abordagem comunitária e educação em saúde
<input type="checkbox"/> Abordagem da saúde do adulto (saúde da mulher, saúde do homem, saúde mental)
<input type="checkbox"/> Abordagem da saúde da criança e do adolescente
<input type="checkbox"/> Abordagem da saúde do idoso

A divisão dos conteúdos teóricos e práticos obedeceu à seguinte ordem: o primeiro, versando sobre aspectos conceituais da prática da MFC, e o segundo referindo-se às abordagens práticas do processo saúde-doença. O Quadro 2 ilustra essa subdivisão.

Na análise do questionário, em relação à motivação dos alunos pela matrícula na disciplina, a maioria apresentou interesse tanto na obtenção de créditos optativos, quanto pelo assunto abordado, assim como estavam motivados pela necessidade de aprender mais sobre o tema. Quanto às expectativas em relação ao cronograma apresentado inicialmente, apenas um estudante havia imaginado algo diferente do que foi proposto, ao passo que os demais estudantes encararam a proposta de conteúdos de forma positiva e/ou apresentaram-se expectantes.

**Quadro 2.** Conteúdos teóricos e práticos da disciplina Medicina de Família e Comunidade.

Conteúdos considerados de abordagem teórica da MFC	Conteúdos considerados de abordagem prática da MFC
Histórico da MFC	Ferramentas abordagem familiares
Conceito de saúde-doença	Educação em saúde e abordagem comunitária
Experiência da enfermidade	Abordagem à saúde do adulto
Racionalidades médicas e subsistemas de cuidado	Abordagem à saúde do idoso
Cuidado domiciliar e trabalho em equipe	Abordagem à saúde da criança e do adolescente
Estratégia de Saúde da Família	
Métodos clínicos e relação médico-paciente	

Os resultados obtidos em resposta à terceira questão, que analisa a metodologia da docente ao longo do curso e faz uso de três categorias de avaliação [bom, regular e ruim], evidenciam que, de modo geral, os estudantes consideraram como 'BOM' os métodos utilizados.

A fim de ilustrar a questão quatro (4) do Quadro 1, foram construídas as Figuras 1 e 2, divididas respectivamente em assuntos teóricos e práticos relacionados a três atributos de avaliação: a) Mais relevante (pontuação de 8 a 11); b) Relevante (pontuação 4 a 7) e c) Menos relevante (pontuação 1 a 3). Na avaliação da quarta questão, referente à importância dos conteúdos lecionados, os discentes consideraram os conteúdos teóricos "Relevantes", ao passo que os temas práticos foram considerados "Mais relevantes" (Figuras 1 e 2).



Figura 1. Pontuação para os conteúdos práticos da disciplina de MFC.



Figura 2. Pontuação para os conteúdos teóricos da disciplina de MFC.

## Discussão

A experiência nacional da inserção de disciplinas que cursam sobre o tema da MFC na graduação ainda é modesta, mas existem relatos de experiências desse tipo desde 2002.<sup>14</sup> No universo de 188 escolas médicas existentes no Brasil, apenas 10 instituições, em dados de 2005,<sup>14</sup> apresentavam experiências nesse sentido. Em relação a tais experiências, os resultados apontados na I Mostra Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e Graduação, em 2005, mostraram que a autoavaliação das faculdades sobre a implementação feita na grade curricular foi positiva, assim como a receptividade dos alunos à nova disciplina, sendo que a maior dificuldade encontrada foi a formação médica tradicional do corpo docente.<sup>14</sup>

Em relação a essa adequação do corpo docente para o ensino da MFC, é evidente que o número de professores especialistas nessa área ainda é pequeno.<sup>14</sup> Breinbauer<sup>20</sup> discute as várias possibilidades dos alunos se interessarem em seguir a formação generalista, sendo que um dos fatores apontados é a influência de professores da área. Nesse sentido, Guimarães<sup>21</sup> discorre sobre as possibilidades de determinação influenciada pelo estilo do professor e suas preferências pessoais e pedagógicas na própria autodeterminação dos alunos. Assim, não é possível isentar-se da realidade do ensino médico atual que proporciona de maneira maciça uma vivência maior dos alunos na realidade biomédico-hospitalocêntrica.

Cabe destacar que, nos resultados apresentados, a maioria dos alunos procurou a disciplina devido ao interesse no tema. Como o curso oferece outras disciplinas eletivas, a possibilidade de escolher por livre interesse demonstra um olhar curioso sobre essa realidade. Essa possibilidade de proporcionar disciplinas opcionais diversas, que sejam dos interesses gerais dos alunos, é contemplada no parágrafo segundo do artigo dez das DCNs, o qual discorre que "O Currículo do Curso de Graduação em Medicina poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região".<sup>13</sup> Assim, emerge-se a reflexão da própria opção dos alunos em se inscreverem nessa disciplina dada a aliança entre o interesse pelo assunto e a realização de créditos optativos.

Considerando-se que o número de alunos interessados em realizar a disciplina foi maior que o número de vagas disponibilizadas, pode-se deduzir a existência de um interesse geral pelo assunto tratado. Esse interesse pode estar relacionado à vivência dos alunos em disciplinas do início da graduação, quando houve experiência prática na APS, como na disciplina de Sistemas de Saúde no primeiro período e na disciplina de Atenção Primária à Saúde no segundo período do curso de medicina. Várias publicações demonstram a importância da inserção precoce dos alunos nos serviços de atenção primária como forma de estimular a reflexão sobre o processo de trabalho do SUS.<sup>22,23</sup>

Foi possível constatar a preferência legítima dos alunos pelos temas considerados de abordagem mais prática, demonstrando que, quanto mais aproximado da realidade da prática profissional é um assunto, maior fascínio e interesse ele desperta nos alunos, mesmo naqueles que ainda se encontram na fase inicial do curso. Muito se tem discutido sobre as ferramentas pedagógicas capazes de estimular essa reflexão prática no ensino médico, como o ensino baseado em problemas,<sup>24</sup> ensino baseado na comunidade,<sup>25</sup> uso de portfólios reflexivos,<sup>26</sup> assim como o estímulo à construção de currículos integrados,<sup>27</sup> entre outras inovações didático-tecnológicas. Porém, mesmo em uma disciplina eletiva, com uma forma didática mais tradicional (expositiva-dialogada), os temas considerados mais práticos pelos alunos tiveram preferência. Tal constatação mostra a necessidade do docente ter o compromisso de almejar sempre a aproximação da teoria com a prática, mesmo que seja de forma tênue. Dessa forma, o ensino baseado apenas em conteúdos teóricos e distante da realidade e da vivência dos graduandos mostra-se ineficaz e aquém das necessidades pedagógicas atuais. A sala de aula deve sempre tentar aproximar-se da realidade, de modo que o aprendizado seja cada vez mais significativo.

O ensino aproximado da prática leva à ampliação da capacidade de raciocínio ao aliar o conhecimento adquirido em sala de aula com o vivenciado na comunidade e à ampliação da problematização de assuntos e da tomada de decisões frente a situações complexas e inusitadas, fazendo com que o aluno adquira maior segurança, habilidade e paciência ao se deparar com as situações que a prática pode proporcionar. Com isso, a aprendizagem diversificada que abrange o aprender a conhecer, a ser, a fazer e a viver juntos é uma ferramenta que vai sendo lapidada de forma mais eficiente, de forma que o estudante poderá construir, reconstruir, constatar para intervir e mudar, tornando-se um sujeito ativo e crítico.<sup>28,29</sup> Além disso, deve-se enfatizar que o estudo que transcende a teoria mostra-se como um motivador que instiga o interesse e a busca pelo conhecimento.

## Conclusão

Com a mudança do ensino médico, almejada atualmente pela sociedade, a inserção de alguns novos temas e disciplinas na graduação faz-se necessária. Dentre esses, a Medicina de Família e Comunidade mostra-se como um conteúdo teórico-prático caracterizado pelas DCNs como altamente essencial para o perfil do egresso do curso de medicina.

A experiência apresentada neste artigo mostra, por meio de uma análise pontual, a importância que tais conteúdos podem proporcionar na formação médica. A possibilidade de refletir sobre uma prática assistencial e de conhecer a base teórica de uma especialidade médica ainda pouco conhecida no país – apesar da popularização da Estratégia Saúde da Família – mostrou-se importante para os alunos envolvidos. Portanto, a consolidação de experiências como essa é uma forma de ampliar o conhecimento dos graduandos, assim como de fortalecer uma política pública de saúde tão importante quanto a ESF.

Iniciativas devem ser tomadas para que a MFC seja introduzida como disciplina obrigatória e valorizada como especialidade médica, assim como todas as demais especialidades existentes e valorizadas na realidade brasileira, pois é importante o esclarecimento de que a MFC não é apenas uma área de atuação em uma estratégia governamental de saúde pública, mas sim uma especialidade médica reconhecida oficialmente e com um corpo de conhecimento próprio e legítimo.

Diante disso, fica evidente que, apesar do processo de reformulação do currículo médico estar em andamento, ainda são necessários esforços no sentido de se ampliar a participação da APS e da MFC na grade curricular e de se oportunizar aos estudantes de medicina vivências dessas realidades de forma legítima e bem embasada cientificamente.

## Referências

1. Marins JJJ, Rego S, Lampert JB, Araujo JGC, editors. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: HUCITEC; 2004.
2. Campos FE, Ferreira JR, Feuerwerker L, Sena RR, Campos JJB, Cordeiro H et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da Atenção Básica. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2001 [acesso em 2012 Aug 07];25(2):53-59. Disponível em: [http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/2001/Volume25%202/caminhos\\_aproximar.pdf](http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/2001/Volume25%202/caminhos_aproximar.pdf).
3. Organización Panamericana de la Salud. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos e afines, 1920 [Internet]. Washington: OPAS/OMS, D.C; 1964 [acesso em 2012 Aug 13]. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/1133>.
4. Gonzaga JL. Atenção primária à saúde e o censo - IBGE: a relevância do setor censitário como fator de integração [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2009. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2398>.

5. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia da Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 [acesso em 2012 Jun 11];24(Suppl 1):7-16;S7-S16. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300002>.
6. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. 1978 set.; Alma Ata, Cazaquistão, URSS. In: Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. *As cartas da promoção da saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002. p. 33.
7. McWhinney IR, Freeman T. *Manual de Medicina de Família e Comunidade*. Porto Alegre: Artmed; 2010. Princípios da Medicina de Família e Comunidade; p. 25-42.
8. Rodrigues RD. Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da UERJ: uma perspectiva histórica. *Rev Bras Med Fam e Comunidade* [Internet]. 2007 [acesso em 2012 Aug 13];3(11):149-156. Disponível em: <http://www.rbmfmc.org.br/index.php/rbmfc/article/view/333/220>.
9. Conselho da Academia Europeia de Docentes de Clínica Geral (EURACT). Resolução de outubro de 2001. A definição europeia de medicina geral e familiar. [acesso em 2012 Jun 13]. Disponível em: [www.woncaeurope.org](http://www.woncaeurope.org).
10. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série I. História da saúde no Brasil).
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
12. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. 512 p.
13. Ministério da Educação (BR), Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº. 4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Brasília: Diário Oficial da União. 2001 Nov 9; Seção 1:38.
14. Anderson MIP, Demarzo M, Rodrigues RD. A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o ensino de graduação: recomendações e potencialidades [Internet]. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2005 [acesso em 2012 Nov 21]. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/mfc\\_na\\_graduacao.pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/mfc_na_graduacao.pdf).
15. Demarzo M, Almeida RCC, Marins JJN, Trindade TG, Anderson MIP, Stein AT et al. Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2011 [acesso em 2012 Sep 19];6(19):145-150. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc6\(19\)116](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc6(19)116).
16. Brasil. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Portaria interministerial nº. 1507 de 22 de junho de 2007. Institui o programa de educação pelo trabalho para a saúde Pet-saúde. Diário Oficial da União. 2007 Jun 22; Seção 1:56.
17. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Ver-SUS Brasil: cadernos de texto*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 299 p.
18. Ezequiel OS, Tibiriçá SHC. *Projeto Pedagógico do Curso de Medicina*. Juiz de Fora: Editora UFJF; 2011. 92 p.
19. Bogdan RC, Bilden SK. *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto, Portugal: Porto Editora; 1994.
20. Breinbauer KH, Fromm RG, Fleck LD, Araya CL. Tendência en el estudiante de medicina a ejercer como médico general o especialista. *Rev Med Chile* [Internet]. 2009 [acesso em 2013 Jan 10];137(7):865-872. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000700001>.
21. Guimaraes SER, Boruchovitch E. O Estilo Motivacional do professor e a motivação intrínseca dos estudantes: uma perspectiva da Teoria da Autodeterminação. *Psicol Reflex Crít*. 2004;17(2):143-150. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722004000200002>.
22. Itikawa FA, Afonso DH, Rodrigues RD, Guimarães MAM. Implantação de uma nova disciplina à luz das diretrizes curriculares no curso de graduação em medicina da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2008 [acesso em 2013 Jan 10];32(3):324-332. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000300007>.
23. Campos MAF, Foster AC. Percepção e avaliação dos alunos do curso de medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2008 [acesso em 2013 Jan 13];32(1):83-89. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000100011>.
24. Freitas RAMM. Ensino por problemas: uma abordagem para o desenvolvimento do aluno. *Educ Pesqui* [Internet]. 2012 [acesso em 2013 Jan 10];38(2):403-418. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-97022011005000011>.
25. Cabral PE, Machado JLM, Machado VMP, Pompílio MA, Vinha JM, Ayach W et al. Serviço e comunidade, vetores para a formação em saúde: o curso de medicina da Uniderp. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2008 [acesso em 2013 Jan 26];32(3):374-382. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000300012>.
26. Cotta RMM, Mendonça ET, Costa GD. Portfólios reflexivos: construindo competências para o trabalho no Sistema Único de Saúde. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2011 [acesso em 2013 Jan 26];30(5):415-421. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892011001100003>.
27. Vargas LHM, Colus IMS, Linhares REC, Salomão TMS, Marchese MC. Inserção das ciências básicas no currículo integrado do curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2008 [acesso em 2013 Jan 26];32(2):174-79. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000200004>.
28. Delors J, Mufti I, Amagi I, Carneiro R, Chung F, Geremek B et al. *Educação: um tesouro a descobrir: relatório para a UNESCO da comissão internacional sobre educação para o século XXI*. São Paulo: Cortez; 2000.
29. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1999.

## Estudos epidemiológicos: estatística é fundamental

Epidemiological studies: statistics is essential

*Estudios epidemiológicos: la estadística es fundamental*

Johnnatas Mikael Lopes. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal, RN, Brasil. johnnataslopes2@gmail.com (Autor correspondente)

### Carta ao editor

Estudar os aspectos epidemiológicos relacionados às morbidades crônicas não-transmissíveis e seus fatores de risco é muito relevante para o conhecimento das condições de saúde e para a tomada de decisão sobre estratégias de controle. Esse foi o objetivo do artigo publicado por Panazzolo e colaboradores na última edição deste periódico (número 31), intitulado *Prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares do município de Feliz, Rio Grande do Sul*.<sup>1</sup> Entretanto, foram identificados dois equívocos no processo de análise de dados, sendo que um deles compromete a validade das conclusões.

O primeiro dos equívocos, que não é prejudicial à validade das conclusões, é utilizar um procedimento de estatística inferencial para analisar informações oriundas de censo populacional. É sabido que as técnicas de estatística inferencial são utilizadas para extrapolar conclusões das amostras para a população de origem.<sup>2</sup> Como se trata de um censo, as diferenças ou similitudes encontradas nos dados são as reais características existentes, salvo qualquer viés de informação.<sup>3</sup> Todavia, uma explicação razoável seria que, considerando a população-alvo do estudo de 654 escolares e uma perda de 21 escolares, restando 633 participantes, este último grupo poderia ser considerado a amostra do estudo, o que levaria à necessidade de teste de hipótese.

O outro equívoco, cuja implicação pode ferir a validade das conclusões, foi selecionar um teste de hipótese inadequado para a análise dos dados. Pelo exposto na metodologia, foi utilizado o teste *t* independente para verificar as possíveis relações entre as características dos indivíduos e da escola com o desfecho de sobrepeso/obesidade. O teste *t*, de modo simples, serve para verificar diferenças entre grupos (variável categórica) quanto a uma variável de desfecho quantitativa discreta ou contínua.<sup>4,5</sup> Portanto, na Tabela 1, apenas seria coerente seu uso na verificação da diferença entre meninas e meninos quanto à idade (variável de desfecho contínua). Para as outras relações verificadas, têm-se sempre duas variáveis categóricas, o que requer o uso de um teste de hipótese que compare as proporções, por exemplo, o Qui-quadrado de Pearson.

O problema mencionado acima se repete na Tabela 2, onde tentou-se identificar a relação entre a presença de sobrepeso/obesidade em meninos e meninas de acordo com o tipo de estabelecimento de ensino e sua localização. Todas as variáveis (sexo, localização, tipo de estabelecimento e presença de sobrepeso/obesidade) são do tipo categóricas.

Por fim, o mesmo equívoco do teste de hipótese ocorreu no Gráfico 1. Os autores utilizam o teste *t* independente para comparar diferença de proporção entre os grupos etários 6-7 e 9-10 anos (variável categórica), o que é também incoerente do ponto de vista estatístico. Nesta situação, há também um erro metodológico onde não se inclui nas faixas a idade de 8 anos. Mesmo não havendo representantes desta idade na amostra, ela deve ser incluída em alguma das faixas estudadas.

Como citar: Lopes JM. Estudos epidemiológicos: estatística é fundamental. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(32):311-313. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(32\)311](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(32)311).

Fonte de financiamento:  
declara não haver.

Parecer CEP:  
não se aplica.

Conflito de interesses:  
declara não haver.

Recebido em: 17/05/2014.  
Aprovado em: 16/08/2014.

Erros como os constatados aqui podem levar à falta de validade das conclusões. Logo, a afirmação de que a obesidade é mais prevalente na faixa etária de 6-7 anos pode não acontecer. Para solucionar e confirmar as assertivas deve ser realizado um teste de Qui-quadrado.

## Referências

1. 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/rbmf9\(31\)684](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9(31)684)
2. Lelkel JF, Elmore JG, Katz DL. *Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
3. Medronho RA, Bloch KV. *Epidemiologia*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2009.
4. Oliveira AG. *Bioestatística, epidemiologia e investigação: teoria e aplicações*. Lisboa: Lidel; 2009. 255 p.
5. Field A. *Discovering statistics using spss*. 2ª ed. London: Sage Publication; 2005.

---

## Resposta do autor

Prezado Editor

O trabalho objetivava avaliar o todo da população em questão no município, através de um estudo transversal na forma de um censo, podendo-se inferir os resultados como absolutos naquela população, naquele momento. Foram, então, sumarizados e descritos os atributos mais importantes através da estatística descritiva.

A utilização da estatística inferencial no estudo tem por fim dar maior robustez aos resultados, rejeitando a hipótese nula, aqui, a não diferença entre grupos comparados, excluindo-se as diferenças ao acaso.

Conforme sugerido na carta, os cálculos foram refeitos com o teste do Qui-Quadrado de Pearson, sendo os resultados apresentados a seguir:

1. A Tabela 1 objetivava caracterizar a população estudada e estimar se havia predominância de meninos (sabido que estavam em maior número no estudo) nos estabelecimentos públicos ou privados ou na sede ou interior do município. Não houve predominância de meninos nos estabelecimentos públicos ou privados; igualmente não houve predominância de meninos na sede ou interior do município.
2. Meninos e meninas não apresentaram diferença estatisticamente significativa nas taxas de obesidade e sobrepeso.
3. Quanto às diferenças relacionadas à idade, o estudo mostrou uma maior prevalência de obesidade nas populações mais jovens. Optou-se por comparar grupos nos extremos de idade, excluindo-se 126 crianças na faixa de 8 anos de idade. Após refazer os cálculos, a assertiva permanece verdadeira, tendo o grupo de crianças com 6 e 7 anos uma razão de prevalências de 2,83 para obesidade em relação às crianças de 9 e 10 anos.  
Ainda, como sugerido na carta, fazendo a mesma avaliação, sem que haja exclusão, dividindo a população em 2 grupos de escolares, um de menor idade (72 a 101 meses) e outro de maior idade (102 a 131 meses), permanece verdadeira a assertiva de maior taxa de obesidade no grupo mais jovem, com uma razão de prevalência de obesidade no grupo mais jovem de 2,27.
4. Houve maior prevalência de obesidade em meninos matriculados nas escolas do interior do município, com uma razão de prevalência para obesidade em meninos de escolas do interior de 1,66.  
A mesma assertiva não se confirma para obesidade em meninas de escolas do interior do município, ou mesmo ambos os gêneros incluídos na análise.

---

## Considerações finais

De acordo com os resultados obtidos através do teste do Qui-quadrado de Pearson, concluiu-se que a metodologia empregada na análise do estudo não influenciou significativamente nos resultados encontrados.

Permanecem as mesmas assertivas feitas anteriormente relativas à questão avaliada no município de Feliz no ano de 2010.

Caxias do Sul, 22 de julho de 2014.

Atenciosamente

Paulo Ricardo Panazzolo

---

## Nota dos editores

Esta carta ao editor motivou uma reflexão do corpo editorial da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC) sobre o processo de avaliação dos manuscritos que recebemos. Nesse caso específico, mesmo o manuscrito tendo passado pela avaliação por pares, não foi detectado o erro apontado por esta carta. Esse tipo de erro tem maior probabilidade de ocorrer em artigos que surgem de indagações de profissionais que estão na linha de frente, sem vinculação com instituições acadêmicas, e uma revista voltada para a prática da atenção primária tem que estar preparada para acolher esse tipo de artigo, que frequentemente é muito relevante ao nosso público leitor alvo. Visando a assegurar um bom padrão no relato dos artigos que publicamos, decidimos, a partir deste número, submeter todos os manuscritos com metodologia quantitativa a uma revisão editorial adicional por um de nossos editores com maior interesse em métodos quantitativos, focando na adequação das técnicas estatísticas utilizadas. Cabe ainda destacar que a RBMFC prima pela transparência dos processos editoriais e que contribuições dos leitores são importantes para a melhoria do periódico.

Atenciosamente,

Michael Schmidt Duncan

Leonardo Ferreira Fontenelle

Armando Henrique Norman

Editores da RBMFC



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**

*Inscreva já o seu trabalho científico!*



**13º CONGRESSO BRASILEIRO  
DE MEDICINA DE FAMÍLIA E  
COMUNIDADE**

**8 A 12 DE JULHO DE 2015**  
CENTRO DE CONVENÇÕES DE NATAL  
NATAL | RN

Promoção



Não há SUS sem APS, Não há APS sem MFC.

**www.cbmfc2015.com.br**

# Montevideo 2015



## 4º Congreso Iberoamericano de Medicina Familiar y Comunitaria

"Calidad y equidad en el Cuidado a la Salud"

WONCA Iberoamericana-CIMF

Montevideo . Uruguay  
18 al 21 de Marzo . 2015

### Precios

Categoría	Hasta el 30 de Setiembre 2014 USD	Hasta el 31 de Enero 2015 USD	Hasta el 6 de Marzo 2015 USD	En Montevideo USD
Socios de Asociaciones Miembro de Wonca Iberoamericana-CIMF	\$150.00	\$200.00	\$250.00	\$300.00
Médicos y otros profesionales No Socios de Asociaciones Miembro de Wonca Iberoamericana-CIMF	\$200.00	\$250.00	\$300.00	\$350.00
Médicos Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria socios de Asociaciones Miembro de Wonca Iberoamericana-CIMF	\$100.00	\$140.00	\$180.00	\$220.00
Estudiantes del Área salud y Agentes Comunitarios de Salud	\$80.00	\$100.00	\$140.00	\$180.00

\*Consulte por descuentos en aerolíneas para participantes del Congreso.

Visite nuestra web: <http://www.montevideo2015wonca-cimf.org/es/Pages/home>

Inscríbese ya!

Organizan:



Auspician:



Informes e inscripciones:



4º Congreso Iberoamericano de Medicina Familiar y Comunitaria

[www.montevideo2015wonca-cimf.org](http://www.montevideo2015wonca-cimf.org)

CONFLUENCIA de 20 PAÍSES y 2 CONTINENTES que integran la REGIÓN IBEROAMERICANA de WONCA.  
Participación de destacados colegas de la Medicina Familiar a nivel mundial.

18 de marzo:  
ACTIVIDADES EN EL PRE-CONGRESO

- Encuentro de Residentes y Jóvenes Médicos de Familia (Movimiento Waynacay de América Latina con participación de Vasco da Gama y Polaris de Europa y Norteamérica)
- Seminario Iberoamericano de Prevención Cuaternaria
- Seminario de Medicina Familiar en Áreas Rurales
- El Taller Iberoamericano de Investigación en Medicina Familiar y Atención Primaria (Red IBIMEFA)

19, 20 y 21 de marzo:  
Claves para la CALIDAD Y EQUIDAD EN EL CUIDADO A LA SALUD

- Ejes temáticos:
- Conceptos, prácticas y procesos en la Medicina Familiar
  - Temas clínicos
  - Técnico-Político
  - Enseñanza-aprendizaje / Investigación / Divulgación / Educación a distancia

Aspectos metodológicos jerarquizados  
participación . debate . reflexión . incorporación de lo artístico . interdisciplina

Convocatoria  
Propuestas para integrar el Programa del Congreso:  
1 al 31 de Agosto 2014

Convocatoria  
Presentación de Trabajos Libres:  
15 de Agosto al 15 de Noviembre

Concurso literario:  
Textos breves (cuento y poesía) sobre la práctica médica y experiencias de salud-enfermedad en el primer nivel de atención:  
a partir de Setiembre

Concurso de fotografía:  
Para profesionales y no profesionales de la salud y la fotografía, sobre la salud en el primer nivel de atención:  
a partir de Setiembre

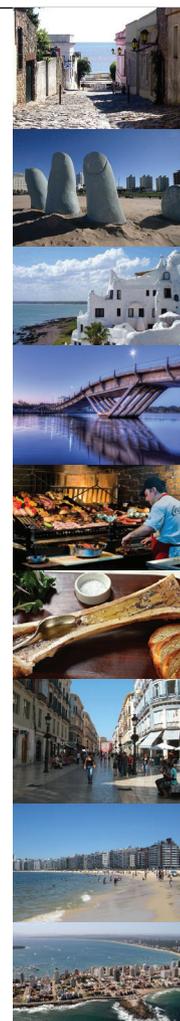
Formularios en: [www.montevideo2015wonca-cimf.org](http://www.montevideo2015wonca-cimf.org)

Actividades culturales y artísticas intra-congreso:  
Gala cultural para congresistas  
Tertulia literaria para congresistas e invitados  
Fotografía  
Cine  
Teatro

Turismo en la ciudad y fuera de ella:  
City Tour todos los días  
Montevideo es un destino turístico en si mismo

Además:  
Ruta del vino en Canelones.  
Pirópolis a 100 km, Punta del Este a 130 km, Colonia del Sacramento a 180 km, Buenos Aires a 2 hs en buque directo desde el centro de Montevideo al centro de Buenos Aires o vía Colonia.  
Y muchas otras alternativas turísticas para todos los gustos.

Contacto por turismo, traslados y alojamiento  
[gaston.ciganda@grupoelis.com.uy](mailto:gaston.ciganda@grupoelis.com.uy)



WONCA

2016

RIO

# 21<sup>st</sup> WONCA World Conference of Family Doctors

November 2 - 6, 2016

Riocentro Exhibition & Convention Center



**Family Medicine**  
Now, more than ever!



[www.wonca2016.com.br](http://www.wonca2016.com.br)