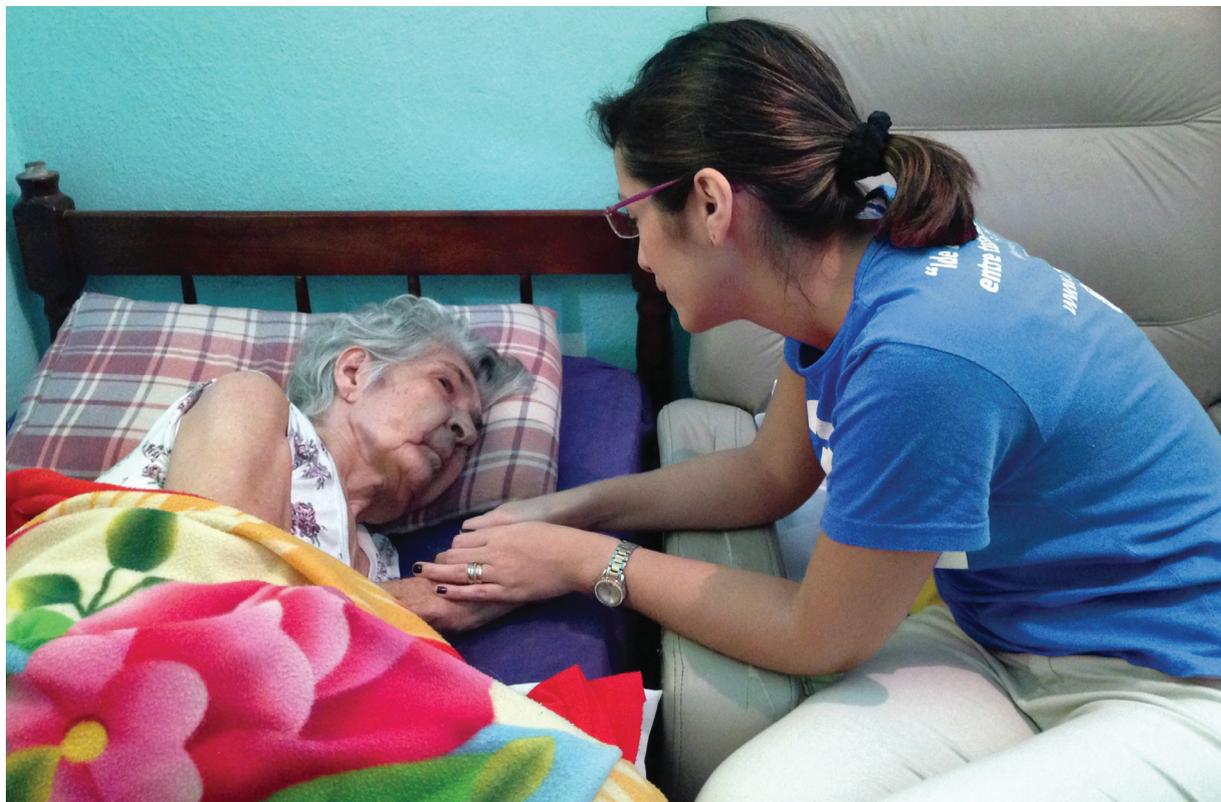


REVISTA BRASILEIRA DE **MEDICINA DE**  
**FAMÍLIA E**  
**COMUNIDADE**



Volume 9, Número 33, Out-Dez 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. Airtton 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 Profa. 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 Profa. 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 Profa. 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 Profa. Dra. Camila Giugliani, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil Profa. 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 Profa. Dra. Luciane Loures dos Santos, Universidade de São Paulo (USP), Brasil Profa. Dra. Maria Inês Reinert Azambuja, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil Prof. Dr. Mario Maia Bracco, Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein (IIEP), Brasil Prof. Dr. Nicanor Rodrigues da Silva Pinto, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Brasil Profa. Dra. Olga Maria Fernandes de Carvalho, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Brasil Profa. Dra. Patricia Barreto Cavalcanti, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Brasil Prof. Dr. Renan Magalhães Montenegro Junior, Universidade Federal do Ceará (UFC), Brasil Profa. Dra. Roberta Alvarenga Reis, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil Prof. Dr. Rodolfo de Carvalho Pacagnella, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Brasil Prof. Dr. 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 Benvegúti (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 Sulvan de Castro (UFTM) Tânia de Araújo Barboza (UNIFOR) Tania Toledo de Oliveira (UFV) Thiago Roberto Castellane Arena (CBM) Thiago Dias Sarti (UFES) Thiago Gomes da Trindade (UFRN) Tiago Villanueva Gutierrez Marques (Portugal) Ubiratan Adler (UFSCar) Yuji Magalhães Ikuta (UEPA) Valéria Ferreira Romano (UFRJ) Ana Lucia Soares Camargo Fagundes (UNESC) Ângela Jornada Ben (Hospital de Clínicas de Porto Alegre) Célia Aparecida Paulino (UNIBAN) Fernanda Vieira Rodovalho Callegari (UFSCar) Francisco 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 e 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 Financeiro

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

- 315 Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade em 2014**  
Brazilian Journal of Family and Community Medicine in 2014  
*Revista Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria en 2014*  
Michael Schmidt Duncan, Leonardo Ferreira Fontenelle, Armando Henrique Norman

## ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES / ARTÍCULOS ORIGINALES

- 317 Percepção das gestantes de uma unidade de saúde da família de Maceió-AL sobre fatores relacionados à mortalidade infantil**  
Perception of pregnant women from a family health unit of Maceió-AL on factors related to infant mortality  
*Percepción de las mujeres embarazadas de una unidad de salud familiar de Maceió-AL sobre factores relacionados con la mortalidad infantil*  
Gabriela Ferreira da Silva, Maria José Ribeiro Sampaio Silva, Maria Lucélia da Hora Sales
- 323 Percepção de homens idosos sobre saúde e os serviços primários de saúde**  
Perception of elderly men about health and primary health care  
*Percepción de los hombres ancianos sobre salud y atención primaria de salud*  
Camila Polisello, Cassiana Morais de Oliveira, Mariana Pavan, Ricardo Gorayeb
- 336 Oficinas de intervenção psicossocial com agentes comunitários de saúde: reflexões e intervenções dialogadas**  
Psychosocial intervention workshops with community health workers: reflections and dialogued interventions  
*Talleres de intervención psicosocial con agentes comunitarios de salud: reflexiones e intervenciones dialogadas*  
Liliam das Graças Nascimento, Walter Melo, Marcos Vieira Silva
- 343 Relação entre a inserção da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família e o nível de conhecimento dos agentes comunitários de saúde**  
Relation between the insertion of the Oral Health Team in the Family Health Strategy and the level of knowledge of community health workers  
*Relación entre la inserción del Equipo de Salud Bucal en la Estrategia de Salud Familiar y el nivel de conocimiento de los agentes comunitarios de salud*  
Ronald Jefferson Martins, Suzely Adas Saliba Moimaz, Artênio José Ísper Garbin, Patrick Raphael Vicente Gonçalves, Cléa Adas Saliba Garbin
- 350 Óbitos por acidentes de transporte terrestre em município do noroeste do Paraná - Brasil**  
Deaths from land transport accidents in a city from Northwestern Paraná - Brazil  
*Muertes por accidentes de tráfico en una ciudad norte occidental de Paraná - Brasil*  
Meiri Vanderlei Nogueira de Lima, Rosangela Ziggotti de Oliveira, Renata Bernardini de Lima, Letícia Ziggotti de Oliveira, Airton Pereira de Lima, Fernanda Nomoto Fujii

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

- 358 Banco de leite humano e Estratégia Saúde da Família: parceria em favor da vida**  
Human milk bank and the Family Health Strategy: partnership for life  
*Banco de leche humana y Estrategia de Salud Familiar: asociación em favor de la vida*  
Fernanda Darliane Tavares de Luna, José Danúzio Leite Oliveira, Lorena Rafaella de Mello Silva

## CASOS CLÍNICOS / CLINICAL CASES / CASOS CLÍNICOS

- 365 Esclerose Múltipla: duas apresentações clínicas, uma só doença!**  
Multiple Sclerosis: two clinical presentations, a single disease!  
*Esclerosis múltiple: dos presentaciones clínicas, una sola enfermedad!*  
Ana Margarida Ferreira da Silva, Francisco Pinto da Costa, Miguel Baptista, Teresa Febra, Carla Morna

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

- 371 Manifesto de Curitiba: pela Prevenção Quaternária e por uma Medicina sem conflitos de interesse**  
The Curitiba Manifesto: for the Quaternary Prevention and for a Medical Practice without conflicts of interest  
*Manifiesto de Curitiba: por la Prevención Cuaternaria e por una Medicina sin conflictos de intereses*  
André Luiz da Silva, Derelie Mangin, Miguel Pizzanelli, Marc Jamouille, Hamilton Lima Wagner, Dijon Hosana Souza Silva, Rodrigo Luciano Bandeira de Lima, Sandro Rodrigues Batista, Juliana Oliveira Soares, Ana Duboc Rochadel, Raquel Vaz Cardoso, Eno Dias de Castro Filho, Luciano Nunes Duro, Tarso Teixeira, Guilherme Ramos Sens, Waldomiro Reis Júnior

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

- 375 O programa teórico da residência em Medicina de Família e Comunidade do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS**  
The didactics component of the Family and Community Medicine Residency Program of the Community Health Service of the Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS  
*El Programa Teórico de la Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria del Servicio de Salud Comunitaria del Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS*  
Rodrigo Caprio Leite de Castro, Margarita Luz Marina Silva Diercks, Felipe Anselmi Corrêa, Ney Bragança Gyrão, Renata Pekelman, Roberto Nunes Umpierre
- 384 Proposta interdisciplinar de apoio à cessação do tabagismo em uma unidade de saúde da Estratégia Saúde da Família: relato de experiência**  
Interdisciplinary proposal for tobacco cessation at a primary health care unit: an experience report  
*Propuesta interdisciplinaria para cese del uso de tabaco en una unidad de salud de la Estrategia de Salud Familiar: relato de experiencia*  
Rafael Silva Duarte, Isa Haro Martins, Cristiane Pereira Mendes, Maria Antônia Silva Costa, Daniela de Souza Mendes, Valéria Ferreira Romano, Sérgio Coelho Gomes, Alessandra Reis, Regina Dias Neves

## ENTREVISTA / INTERVIEW / ENTREVISTA

- 391 Atenção Primária à Saúde na Espanha**  
Primary Health Care in Spain  
*Atención Primaria de Salud en España*  
Maria Pilar Astier-Peña

## Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade em 2014

Brazilian Journal of Family and Community Medicine in 2014

*Revista Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria en 2014*

Michael Schmidt Duncan. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Msduncan81@gmail.com (*Autor correspondente*)

Leonardo Ferreira Fontenelle. Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Pelotas, RS, Brasil. leonardo@leonardof.med.br

Armando Henrique Norman. Durham University, Anthropology Department. Durham, UK. ahnorman@hotmail.com

Com este número 33, concluímos o ano de 2014, que marcou os 10 anos da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC). Em 5 de dezembro comemoramos o dia do Médico de Família e Comunidade (MFC), e, portanto, escolhemos como foto de capa a foto vencedora do concurso #OrgulhodeSerMFC.

Os artigos deste número refletem os dois eixos centrais da revista: os aspectos clínicos da MFC e o campo interdisciplinar da Atenção Primária à Saúde (APS). Os artigos originais abordam temas como trabalho com agentes comunitários de saúde (ACS), percepção de um grupo de gestantes sobre mortalidade infantil, percepção de homens idosos sobre saúde e serviços de saúde e óbitos por acidentes de trânsito. Os dois relatos de experiência descrevem um grupo de abordagem do tabagismo e o programa teórico de núcleo de um importante e tradicional programa de residência de Medicina de Família e Comunidade. O caso clínico relata a abordagem na APS de dois casos de esclerose múltipla, que é uma doença de difícil diagnóstico, com manifestações iniciais bastante inespecíficas. O artigo de revisão aborda os bancos de leite humano, que cumprem importante papel na promoção do aleitamento materno, porém são geralmente pouco abordados nas consultas de pré-natal e puericultura. Apresentamos também uma entrevista com a médica de família e comunidade espanhola Pilar Astier, que fala sobre a APS na Espanha. Dentro da linha de publicar documentos importantes da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, estamos publicando o “Manifesto de Curitiba: pela Prevenção Quaternária e por uma Medicina sem conflitos de interesses”, fruto do I Seminário Brasileiro de Prevenção Quaternária, que ocorreu em Curitiba em novembro do ano passado.

A partir do número anterior (32), Michael Schmidt Duncan, que já era editor de artigos de revisão clínica, e Leonardo Ferreira Fontenelle, que já atuava como revisor na avaliação por pares, se juntaram a Armando Henrique Norman como editores-chefes, e Melissa Moura Mello entrou no lugar de Josane Norman como editora adjunta, coordenando o fluxo dos manuscritos na plataforma e realizando a revisão textual.

Em 2014, publicamos 63 artigos, sendo 21 artigos originais, que relatam achados de pesquisa relevantes para a Medicina de Família e Comunidade ou para o campo da Atenção Primária à Saúde. Demos continuidade à política de seguir publicando também artigos de revisão, casos clínicos e relatos de experiência. Publicamos também quatro documentos importantes da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, incluindo o documento sobre Prevenção Quaternária do número atual. Ainda sobre o tema da Prevenção Quaternária, publicamos no segundo trimestre deste ano uma série de artigos de debate com uma visão crítica sobre a obrigatoriedade do rastreamento de câncer de mama no Uruguai.

Inauguramos duas seções novas, que pretendemos tornar permanentes: artigos de revisão clínica e entrevistas. Também demos início a uma série especial de artigos sobre formação em Medicina de Família e Comunidade em outros países. Outra novidade em 2014 foi introduzir uma avaliação padronizada de metodologia quantitativa por um de nossos editores (Leonardo Fontenelle) para todos os artigos com esse perfil, após a primeira avaliação por pares. Essas iniciativas têm como objetivo qualificar os artigos publicados e aproximar cada vez mais a RBMFC do público alvo da revista.

Tivemos um aumento no número de artigos submetidos na plataforma (132 até início de dezembro deste ano vs. 101 durante todo o ano de 2013). Para contornar o aumento no tempo de revisão decorrente disso e também com o objetivo de qualificar o processo de avaliação editorial e por pares, estamos introduzindo novos editores associados, que passarão a atuar mais ativamente a partir de 2015.

Outra novidade que estamos preparando para o ano de 2015 é a publicação de um número especial dedicado à Prevenção Quaternária, organizado pelo médico de família e comunidade belga que cunhou o termo Prevenção Quaternária, Marc Jamouille, e pelo nosso editor Armando Henrique Norman. Esse número especial terá forte participação internacional e esperamos que seja um marco na discussão teórica sobre esse tema.

Gostaríamos de agradecer os leitores, que têm apoiado o crescimento da revista, bem como o trabalho incansável dos avaliadores, fundamental para garantirmos a qualidade dos artigos publicados. Por fim, parabenizamos os leitores médicos de família e comunidade pelo seu dia e desejamos a todos um feliz natal e um próspero ano novo.

Michael Schmidt Duncan  
Leonardo Ferreira Fontenelle  
Armando Henrique Norman  
Editores

## Percepção das gestantes de uma unidade de saúde da família de Maceió-AL sobre fatores relacionados à mortalidade infantil

Perception of pregnant women from a family health unit of Maceió-AL on factors related to infant mortality

*Percepción de las mujeres embarazadas de una unidad de salud familiar de Maceió-AL sobre factores relacionados con la mortalidad infantil*

Gabriela Ferreira da Silva. Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). Maceió, AL, Brasil. ferreiragabriela40@gmail.com  
(*Autora correspondente*)

Maria José Ribeiro Sampaio Silva. Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). Maceió, AL, Brasil. mjrsampaio@yahoo.com.br

Maria Lucélia da Hora Sales. Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). Maceió, AL, Brasil. luceliasales@saude.al.gov.br

### Resumo

**Objetivo:** identificar a percepção das gestantes sobre fatores de risco que podem contribuir para a mortalidade infantil. **Métodos:** pesquisa observacional, transversal, descritiva, com abordagem quantitativa e qualitativa, realizada com 40 gestantes da Unidade de Saúde da Família (USF) de Guaxuma, Maceió-AL. **Resultados:** o perfil sociodemográfico das gestantes estudadas foi semelhante ao padrão das mulheres com maior mortalidade infantil, já sabidamente conhecido: idades entre 10 e 19 anos e acima de 30 anos, multiparidade, intervalo interpartal menor que dois anos e baixa escolaridade. Na análise dos discursos dessas gestantes, destacaram-se como fatores de risco a prática incorreta da amamentação, a busca tardia de assistência no período gestacional, no parto, no puerpério e na puericultura e a não inserção da família na assistência à gestante. **Conclusão:** as gestantes do estudo, que apresentavam perfil sociodemográfico condizente com maior risco para mortalidade infantil, demonstraram um bom conhecimento sobre os fatores de risco.

### Palavras-chave:

Fatores de Risco  
Mortalidade Infantil  
Gravidez

### Abstract

**Objective:** to identify the perception of pregnant women about risk factors that may contribute to infant mortality. **Methods:** observational, cross-sectional, descriptive study, using a quantitative and qualitative approach, conducted in 40 pregnant women from the Family Health Unit (FHU) of Guaxuma, Maceió-AL. **Results:** the social and demographic profile of the women studied was similar to the pattern of women with higher infant mortality, already described in the literature, including age between 10 and 19 years and above 30 years, high parity, birth interval less than two years and low education. In these women's speeches, they emphasized the following risk factors: incorrect breastfeeding, delay in seeking care during pregnancy, childbirth and postpartum and for well child care and lack of family involvement in prenatal care. **Conclusion:** patients in the study, who had a social and demographic profile consistent with increased risk for infant mortality, demonstrated a good knowledge about the risk factors.

### Keywords:

Risk Factors  
Infant Mortality  
Pregnancy

### Resumen

**Objetivo:** identificar la percepción de las mujeres embarazadas sobre los factores de riesgo que pueden contribuir a la mortalidad infantil. **Métodos:** estudio observacional, transversal, descriptivo, con enfoque cuantitativo y cualitativo, que se llevó a cabo en 40 mujeres embarazadas de la Unidad de Salud de la Familia (USF) de Guaxuma, Maceió-AL. **Resultados:** el perfil demográfico de las mujeres estudiadas fue similar al patrón de las mujeres con mayor mortalidad infantil, que se conoce, con las personas de entre 10 y 19 años y mayor de 30 años, alta paridad, intervalo entre nacimientos menos de dos años y bajo nivel de educación. En el análisis de los discursos de estas mujeres, se destacaron como factores de riesgo la lactancia incorrecta, tardía búsqueda de atención durante el embarazo, el parto y el cuidado de los niños después del parto y la falta de participación de la familia en la atención prenatal. **Conclusión:** las pacientes en el estudio, que tenían el perfil sociodemográfico consistente con un mayor riesgo de mortalidad infantil, demostraron un buen conocimiento sobre los factores de riesgo.

### Palabras clave:

Factores de Riesgo  
Mortalidad Infantil  
Embarazo

**Como citar:** Silva GF, Silva MJRS, Sales MLH. Percepção das gestantes de uma Unidade de Saúde da Família de Maceió-AL sobre fatores relacionados à mortalidade infantil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(33):317-322. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(33\)733](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(33)733).

**Fonte de financiamento:**  
PET-Saúde, Ministério da Saúde.

**Parecer CEP:** Universidade Federal do Tocantins processo n. 023/2009 de 08/07/2009.

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

Recebido em: 25/03/2013.  
Aprovado em: 04/10/2014.

## Introdução

Durante muito tempo, no Brasil, a morte de um recém-nascido – ou de uma mãe – não era considerada um problema social e político e, sim, uma fatalidade, um capricho do destino. Aos poucos, essa antiga visão foi sendo superada. Hoje, há um consenso de que essas mortes, em sua maioria, poderiam ser evitadas pelo acesso a ações de prevenção e promoção da saúde e a serviços de qualidade. Reduzir a mortalidade infantil e melhorar a saúde das gestantes está entre os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) estabelecidos como prioridades pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2000.<sup>1</sup>

O Brasil tem experimentado mudanças na condição de saúde da população infantil. A queda da mortalidade infantil no país está associada a diversas melhorias nas condições de vida e de atenção à saúde da criança, com relação a questões como alimentação e nutrição, saneamento básico, vacinação e modelo de atenção à saúde.<sup>2</sup> O Relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) aponta que a taxa de mortalidade em crianças menores de 5 anos no Brasil caiu 77% entre 1990 e 2012, uma das quedas mais significativas no mundo nesse período.<sup>3</sup>

Alagoas foi o estado brasileiro com a maior redução da mortalidade infantil nesse período, de 83%. Parte dessa redução pode ser explicada pela implementação de um plano de ação elaborado pelo governo estadual, em articulação com os 102 municípios alagoanos, tomando como referência o Pacto Nacional para a Redução da Mortalidade Materna e Infantil.

O presente estudo teve como objetivo compreender como as gestantes de uma Unidade de Saúde da Família de Maceió-AL percebem esse processo, explorando suas percepções sobre fatores de risco para a mortalidade infantil e sobre fatores de proteção.

## Métodos

Trata-se de uma pesquisa observacional, transversal, descritiva, com abordagem quantitativa e qualitativa, realizada na Unidade de Saúde da Família (USF) de Guaxuma, Maceió-AL, no período compreendido entre maio de 2009 e maio de 2010. Essa USF foi selecionada por ser a referência para o Programa de Educação Tutorial pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde) em Maceió, e, portanto, cenário de atuação das pesquisadoras deste estudo.

A área de Guaxuma, localizada no litoral norte do município de Maceió, possui 2.950 pessoas assistidas pela Estratégia Saúde da Família, cujo universo de gestantes cadastradas é de 40 mulheres/ano, população escolhida para o estudo.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, sob protocolo de nº 1479, e financiado pelo Pet-Saúde, do Ministério da Saúde.

A coleta de dados foi realizada pelas autoras da pesquisa mediante entrevistas estruturadas com as gestantes, utilizando um questionário semiestruturado contendo questões abertas e fechadas, por meio de visitas domiciliares nas microáreas da USF de Guaxuma.

As entrevistas com as gestantes só ocorreram após a leitura, o entendimento e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte das mesmas. Os autores, durante a coleta dos dados, se portaram de maneira imparcial, para minimizar a margem de erro e avaliar a ambiência para a realização das entrevistas. As mesmas foram realizadas individualmente, preservando a identidade dos sujeitos da pesquisa.

Os programas utilizados para a tabulação e categorização dos dados foram, respectivamente, o Epi Info 3.5.2, que possibilitou a transcrição fidedigna dos discursos, e o Microsoft Word, onde os mesmos foram categorizados mediante a verossimilhança das falas. As variáveis quantitativas foram expressas em frequências simples e média aritmética, enquanto que as qualitativas, por meio dos discursos coletivos construídos fidedignamente a partir das respostas aos questionários.

Os discursos foram analisados pelas autoras em momentos distintos, utilizando as seguintes metodologias: a) técnica de análise de conteúdo, b) ancoragens e c) criação do discurso do sujeito coletivo de Lefevre e Lefevre (2006)<sup>4</sup> que visa, após análise, à extração de expressões-chave e/ou ancoragens de discursos semelhantes para então formular um único discurso redigido na primeira pessoa do singular, mas reportando um pensamento coletivo que sociologicamente é possível.

Os discursos do sujeito coletivo reportam as características ativas de pensamentos sociais resultantes das experimentações, crenças e das trocas de informações presentes na vida cotidiana descritas por Moscovici (1961)<sup>5</sup> na Teoria da Representação Social.

## Resultados e discussão

### Características sociodemográficas das gestantes estudadas e sua relação com a mortalidade infantil

O universo do estudo foi constituído por 40 gestantes. A idade variou de 10 a 40 anos, sendo que 22,5% tinha entre 10 e 19 anos, evidenciando elevado risco de gravidez na adolescência na população estudada, e percentual semelhante tinha idade superior a 30 anos. Em torno de 50% das mulheres tiveram o primeiro filho entre 16 e 19 anos de idade e em 40% dos casos o parto foi cesariano. 70% das gestantes eram multíparas, com uma média de três partos precedentes. O intervalo interpartal foi menor ou igual a dois anos em todas as participantes. Evidenciou-se, na frequência simples, que a escolaridade foi inferior a oito anos de estudo em 31% dos casos e ainda que 50% das gestantes não possuíam vínculo empregatício.

Essas características sociodemográficas das gestantes do estudo coincidem com fatores de risco já conhecidos na literatura para a mortalidade infantil, como alta paridade, baixo nível de escolaridade materna, gravidez precoce e idade materna avançada.

Por exemplo, em um estudo realizado no município do Rio de Janeiro em 2010, ficou constatado que, quanto mais jovens as mães, maior o risco para óbito no primeiro ano de vida dos seus filhos, assim como, quanto maior a paridade, maior risco para o bebê,<sup>6</sup> fatores estes que foram encontrados nas gestantes do presente estudo.

O aumento da escolaridade da população, em especial das mulheres, é uma das formas mais eficientes de reduzir a mortalidade infantil, pois mulheres mais instruídas buscam, com maior frequência e mais rapidamente, os serviços de saúde e possuem acesso precoce aos serviços protetores ao óbito infantil; portanto, são mais facilmente sensibilizadas às atividades de educação em saúde no período gestacional. A pesquisa evidenciou que 31% das gestantes possuíam oito anos ou menos de estudo. Um estudo de coorte de base populacional realizado em Passo Fundo, Rio Grande do Sul, em 2010,<sup>7</sup> apontou que gestantes com oito ou menos anos de estudo tiveram um Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) de 19,3, com 45 óbitos por mil nascidos vivos, em comparação com mulheres com mais de oito anos de estudo, que tiveram CMI de 4,7, com 11 óbitos por mil nascidos vivos.

O efeito independente da escolaridade materna na determinação do óbito infantil foi apontado na Síntese dos Indicadores Sociais em 2004, que mostrou uma taxa de mortalidade infantil de 14 por mil nascidos vivos entre as crianças nascidas de mães com oito anos ou mais de estudo, nas regiões Sul e Sudeste, e uma taxa de 53,5 por mil nascidos vivos para crianças nascidas no Nordeste, de mães com escolaridade de até três anos.<sup>8</sup>

Outro aspecto que influencia a busca por atendimento nas USF é a ocupação das gestantes. Cerca de 50% das gestantes entrevistadas não possuía vínculos empregatícios, dispondo de mais tempo para buscar serviços de saúde. Alguns estudos revelam que a pouca disponibilidade de tempo em casa também influencia na qualidade dos cuidados maternos para essas crianças.<sup>7</sup>

### Percepções das gestantes sobre aspectos que influenciam na mortalidade infantil

A partir das ancoragens, foram definidos quatro eixos com base na predominância com que apareceram nos discursos: 1- aleitamento materno exclusivo, 2- busca pela saúde e acessibilidade, 3- contribuição da unidade de saúde para o controle da mortalidade infantil e 4- inclusão da família na assistência à gestante.

#### *Aleitamento materno exclusivo*

A prática da amamentação tem-se mostrado protetora contra o óbito infantil e, portanto, o aumento na duração do aleitamento materno poderia justificar, ao menos em parte, a diminuição observada na mortalidade infantil nas últimas décadas.<sup>9</sup> O aleitamento materno é definido como exclusivo quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas de xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.<sup>10</sup>

Neste estudo, todas as participantes consideraram o aleitamento materno como uma prática muito importante e que oferece proteção às crianças.

“O aleitamento materno é importante porque previne doenças, alergias e é saudável. Amamentar até os seis meses somente com o leite do peito como a [Enfermeira da unidade] ensinou.” Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) 1.

Os ensinamentos da prática da amamentação devem, de forma substancial, se aproximar de uma prática natural, visando não interromper a fisiologia normal e “instintiva” dessa aproximação afetivo-nutricional entre mãe e filho. Entretanto, é essencial realizar em vários momentos, no pré-natal, no puerpério e na puericultura, perguntas de verificação para certificar-se da aproximação da mãe com esse objeto de aprendizagem, elevando a qualidade das mamadas e diminuindo, consequentemente, os riscos para a mortalidade infantil.

Nas entrevistas analisadas, houve relatos de complementação do leite materno com outros líquidos:

“É bom dar o leite, mas se ele não pegar o leite do peito dar gogó ou mucilon.” (DSC 2)

“[...] a gente acha que é fraco, mas o certo é dar até os seis meses. Eu tentei o gogó, mas ele não pegou, ofereço água, leite e chá.” (DSC 3)

Graças aos inúmeros fatores existentes no leite materno que protegem contra infecções, ocorrem menos mortes entre as crianças amamentadas. Estima-se que o aleitamento materno poderia evitar 13% das mortes em crianças menores de 5 anos em todo o mundo, por causas preveníveis. Nenhuma outra estratégia isolada alcança o impacto que a amamentação tem na redução das mortes de crianças menores de 5 anos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Unicef, em torno de seis milhões de vidas de crianças estão sendo salvas a cada ano por causa do aumento das taxas de amamentação exclusiva.<sup>10</sup>

### *Busca pela saúde e acessibilidade*

A busca tardia por assistência durante o período gestacional, parto, puerpério e puericultura é identificada, no estudo, como fator de risco para mortalidade infantil.

“Procuro o posto quando tenho algum problema de saúde ou alguém da minha casa fica doente. Venho com mais frequência agora por causa da gestação, para fazer o pré-natal, vacinas, exames e consultas de rotina.” (DSC 4)

“Comecei meu pré-natal no 4º mês de grávida e sei que deixei de fazer exames e consultas importantes. A enfermeira me falou que essa demora poderia levar a complicações para mim e para meu bebê, até mesmo à morte. Mas agora não deixo de ir a uma consulta dele porque sei que ele está sendo bem acompanhado.” (DSC 5)

“Já tenho dois filhos e depois do parto deles eu ia para casa e pronto. [...] nesta gestação ouvi falar que meu filho precisa ser examinado durante o primeiro ano de vida dele todinho, cada mês tenho que ir pro posto. Às vezes não tenho tempo, mas vou porque sei que é para o bem dele.” (DSC 6)

Fica notória, na análise do DSC 6, a preocupação que as gestantes mostraram em relação ao acompanhamento regular das crianças menores de um ano. Em relação à qualidade do atendimento à criança, o Ministério da Saúde propõe o seguinte calendário mínimo de consultas: sete consultas no primeiro ano, duas consultas no segundo ano e uma consulta anual entre o terceiro e o sexto ano de vida. O seguimento desse calendário, bem como o acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento, podem ser indicadores da qualidade da atenção prestada à criança no nível dos serviços de saúde.<sup>11</sup>

Assim como a assistência de puericultura é importante para a redução da mortalidade infantil, o manual mais recente do Ministério da Saúde sobre atenção ao pré-natal de baixo risco<sup>12</sup> destaca que o início precoce do pré-natal é essencial para a adequada assistência. Em um estudo de revisão integrativa realizado em 2012,<sup>13</sup> o cuidado pré-natal apresenta-se como o principal fator de impacto para a determinação da mortalidade infantil.

Os fatores relacionados à assistência pré-natal que estiveram associados à mortalidade infantil são o número insuficiente de consultas e a baixa qualidade do atendimento prestado.<sup>13</sup> Ambos fatores convergem para o óbito nos primeiros dias de vida da criança, comumente relacionado a causas evitáveis. O número ideal de consultas segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) é igual ou superior a seis.

Atualmente, a rede estruturada para a atenção materno-infantil está voltada para a estratégia Rede Cegonha que tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde da mãe e do bebê no país.

## *Contribuição da unidade de saúde para o controle da mortalidade infantil*

“O posto ajuda bastante. Há muito nascimento, deveria haver mais médicos, porque sobrecarrega a enfermeira. Eles disponibilizam cesta básica, medicamentos, informações, educação e vacinação e o agente ainda faz visita nas casas, vai depender da direção.” (DSC 7)

Há neste discurso do sujeito coletivo a percepção sensível da necessidade de ampliação e fortalecimento da equipe de saúde na atenção básica. No trecho “[...] vai depender da direção”, nota-se a concepção política articulada da população, que percebe as transformações decorrentes de novos comandos gestores, o que intensifica a ideia de uma representação social ativa e que sofre influências sociais, políticas e culturais na construção de um viver em sociedade.

Uma assistência pré-natal adequada e uma boa interação com os serviços de assistência ao parto são essenciais para a obtenção de bons resultados maternos e perinatais.

“[...] dando atendimento do início da gestação até o fim. O que chamam de acompanhamento.” (DSC 8)

Esse acompanhamento possibilita que a equipe de saúde detecte precocemente os fatores de risco para a mortalidade infantil, tornando-se, assim, um dos principais pilares de segurança do óbito infantil na comunidade pesquisada.

A interação serviço-comunidade deve ser dotada de recíprocas responsabilidades assistenciais, de educação e vínculo. A autocrítica reflexiva que o DSC 9 traz representa uma premissa qualitativa de quanta autonomia o indivíduo tem nos diversos serviços de saúde deliberados a ele, visto que suas decisões, opiniões e concessões aumentam ou diminuem sensivelmente a velocidade de resolução dos problemas.

“Os profissionais fazem a parte deles, só que a gestante deve ter consciência.” (DSC 9)

O termo “consciência” utilizado pelas gestantes demonstra o teor de corresponsabilidade assumido pela população. Não é suficiente que a equipe de saúde multiprofissional se empenhe. Faz-se necessário a interação, participação e criação de um processo cultural de autonomia com a própria saúde.

Na maioria das vezes, as representações sociais, que refletem o senso comum, são divulgadas pelos diferentes meios de comunicação, sendo assim absorvidas, sem uma reflexão mais crítica sobre os fundamentos reais, concretos, históricos, científicos e teóricos que as embasam. Porém, para atingir essa reflexão mais crítica, é preciso que se efetue um sólido e consistente trabalho no sentido do desenvolvimento da consciência.<sup>14</sup> A consciência supracitada no discurso advém dos saberes populares, sem grandes reflexões filosóficas, mas que constituem uma representatividade social real da área adscrita e do grupo de gestantes entrevistadas.

## *Inclusão da família na assistência à gestante*

A inclusão da família na assistência à gestante como foco de atenção básica de saúde pode ser ressaltada como um dos avanços na contribuição da Estratégia Saúde da Família para modificar o modelo biomédico de cuidado em saúde. Ultrapassa o cuidado individualizado, focado na doença; contextualiza-se a saúde, produzida em um espaço físico, social, relacional, resgatando as múltiplas dimensões da saúde. Salienta-se que a inclusão da família não decorreu de entendimento e convicção pactuados; viu-se que a família chega à atenção primária de saúde impulsionada por diferentes e conflitantes representações e motivações:<sup>15</sup>

“Minha família é incluída. Em palestras, grupo de hipertensos, reuniões para gestantes, eventos e grupo de idosos.” (DSC 10)

“Procuro me incluir nas ações do posto. Sinto que lá tenho uma segurança para a minha família. [...] Com o acompanhamento dos agentes e dos profissionais, percebi que minha família vem adoecendo menos.” (DSC 11)

A acessibilidade e a inclusão das famílias nos serviços de saúde geram segurança e resolutividade de problemas. Tal resolutividade deve ser focada, prioritariamente, por atividades de promoção da saúde e proteção de doenças e agravos, condizentes com a filosofia da atenção básica em saúde. O termo “porta de entrada” precisa ser incorporado de maneira efetiva, assim desencadeando maior satisfação populacional, tomada de decisões assertivas, serviço de referência e contra-referência responsável e procura e ocupação necessária da média e alta complexidade.

## Conclusões

O presente estudo avaliou uma amostra de gestantes e puérperas de uma Unidade de Saúde da Família de Maceió-AL, buscando conhecer como elas se percebem no contexto dos fatores de risco para a mortalidade infantil. Essa amostra apresentou características semelhantes às associadas a maior mortalidade infantil, como intervalo reduzido entre os partos, baixa escolaridade e multiparidade. Essas mulheres demonstraram um bom conhecimento sobre fatores de risco para a mortalidade infantil, destacando aspectos já estabelecidos na literatura, como prática incorreta da amamentação, busca tardia de assistência no período gestacional, parto, puerpério e puericultura e a não inserção da família na assistência à gestante. Compreender a percepção das gestantes deve ser a porta de entrada para a tomada de decisão focada na proteção do trinômio mãe-bebê-família.

## Referências

1. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Avanços e desafios: a redução da mortalidade infantil em Alagoas. Brasília; 2012 [acesso em 2012 Dec 11]. Disponível em: [http://www.unicef.org/brazil/pt/br\\_livro\\_mortalidade\\_alagoas.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/br_livro_mortalidade_alagoas.pdf).
2. Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet*. 2011;377(9782):2042-53. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60055-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60055-X).
3. United Nations Children's Fund (UNICEF). Committing to child survival: a promise renewed. Progress report 2013. New York: UNICEF; 2013.
4. Lefevre F, Lefevre AMC. O sujeito que fala. *Interface (Botucatu)*. 2006;10(20):517-524. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000200017>.
5. Moscovici S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
6. Oliveira EFV, Gama SGN, Silva CMFP. Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(3):567-78. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000300014>.
7. Geib LTC, Freu CM, Brandão M, Nunes ML. Determinantes sociais e biológicos da mortalidade infantil em coorte de base populacional em Passo Fundo, Rio Grande do Sul. *Ciência Saúde Coletiva*. 2010;15(2):367-70. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000200011>.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [Internet]. Síntese de Indicadores Sociais. 2005. [acesso em 2012 Dec 11]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsois2005/>
9. Cruz MCC. O impacto da amamentação sobre a desnutrição e a mortalidade infantil, Brasil [dissertação] Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 80 p.
10. Ministério da Saúde (BR). Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).
11. Ministério da Saúde (BR). Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33).
12. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento da Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32).
13. Figueiredo PP, Lunardi FWD, Lunardi VL, Pimpão FD. Mortalidade infantil e pré-natal: contribuições da clínica à luz de Canguilhem e Foucault. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012;20(1):201-10. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000100026>.
14. Franco MLPB. Representações sociais, ideologia e desenvolvimento da consciência. *Cad Pesqui*. 2004 [acesso em 2012 Dec 11];34(121):169-86. Disponível em: [http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-15742004000100008&lng=pt&nrm=iso](http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742004000100008&lng=pt&nrm=iso).
15. Ribeiro EM. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). *Rev Latino-Am Enfermagem*. Disponível em: 2004;12(4):658-664. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000400012>.

## Percepção de homens idosos sobre saúde e os serviços primários de saúde

Perception of elderly men about health and primary health care

*Percepción de los hombres ancianos sobre salud y atención primaria de salud*

Camila Poliselto. Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. mipolisello@yahoo.com.br (Autora correspondente)

Cassiana Moraes de Oliveira. Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. cassianamoraes@gmail.com

Mariana Pavan. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Botucatu, SP, Brasil. mpavan.fmb@gmail.com

Ricardo Gorayeb. Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. rgorayeb@fmrp.usp.br

### Resumo

**Objetivo:** compreender a percepção de homens idosos acerca dos temas: “Saúde”, “Unidade de Saúde da Família” (USF) e “Grupos em Saúde”.

**Métodos:** estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa, com amostra de conveniência. Para selecionar os participantes, utilizou-se uma lista elaborada pela equipe com os nomes dos homens idosos da área de cobertura da USF que utilizavam os serviços de saúde oferecidos pela unidade. Para a coleta de dados realizou-se entrevista semi-estruturada e os dados foram analisados de acordo com a Análise de Conteúdo Temática. **Resultados:** participaram desse estudo 11 homens idosos. Os entrevistados possuem um conceito ampliado de saúde, abordando aspectos biopsicossociais em suas descrições. Eles apresentaram um bom vínculo com a USF, frequentando-a para consultas e participação em grupos de prevenção e promoção. Os participantes referiram não se engajarem em tantas atividades preventivas quanto as mulheres. Avaliam os Grupos em Saúde como benéficos, com repercussões positivas para a saúde e para a vida. Alguns, no entanto, carregam modelos de grupos de outros contextos, principalmente do mundo do trabalho, os quais não coincidem com os modelos de Grupo em Saúde. **Conclusão:** os participantes, por serem idosos e terem maior disponibilidade de tempo e vínculo com a unidade, conseguiram se engajar em mais atividades de promoção e prevenção. Observa-se que a unidade de saúde e os grupos atuam como fatores protetores para essa população, favorecendo o cuidado e as relações sociais. No entanto, percebe-se que fatores associados ao gênero ainda dificultam um melhor cuidado de saúde por parte de homens.

### Abstract

**Objective:** to understand the perceptions of elderly men about the following themes: “Health”, “Family Health Unit” and “Groups of Health Approaches”.

**Methods:** exploratory and descriptive survey with a qualitative approach, using a convenience sample. Participants were selected from a list of elderly men who used the health unit. A semi-structured interview was designed for data collection. The data were analyzed based on a thematic analysis orientation. **Results:** eleven men were interviewed. They showed a wide conception of health, considering biopsychosocial factors in their descriptions, as well as a good relationship with the Family Health Unit, where they go for medical appointments and to join health prevention and promotion groups. The participants reported that they did not undergo as many preventive activities as women. They evaluated Groups of Health Approaches as beneficial, with positive implications for health and for life. However some participants have group models from other contexts, especially from the work setting, which do not match the models recommended for Groups of Health Approaches. **Conclusion:** as the participants are elderly and have more available time and a greater relationship with the unit, they are able to engage in more activities of promotion and prevention at the Family Health Unit. This study also showed that the health unit and the groups act as protective factors for this population; elderly men favor receiving care and engaging in social relations. However, factors associated with gender still hinder a better health care for men.

### Palavras-chave:

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

### Keywords:

Men's Health  
Health of the Elderly  
Primary Health Care  
Health Promotion

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

**Parecer CEP:**  
CSE/FMRP-USP Of. nº.  
056/11 de 16/03/2011.

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

Recebido em: 04/09/2013.  
Aprovado em: 13/09/2014.

**Como citar:** Poliselto C, Oliveira CM, Pavan M, Gorayeb R. Percepção de homens idosos sobre saúde e os serviços primários de saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(33):323-335. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(33\)797](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(33)797)

## Resumen

**Objetivo:** conocer la percepción de los hombres ancianos sobre los temas: “Salud”, “Servicios de salud de la familia” y “ Grupos de la Salud”. **Método:** estudio exploratorio-descriptivo, con un enfoque cualitativo y muestra de conveniencia. Para la selección de los participantes se realizó una lista de hombres ancianos utilizando de servicios de salud de la unidad. Para la recolección de los datos se realizaron entrevistas semi-estructuradas y los datos fueron analizados según un análisis cualitativo. **Resultados:** participaron en el estudio 11 hombres ancianos; se observó que tienen un concepto amplio de la salud, abordando los factores biopsicosociales en sus descripciones. Con respecto a los servicios de salud de la familia, tienen un buen vínculo con la unidad, asistiendo a consultas y participando en grupos de promoción y prevención. Los participantes afirman tener un cuidado de la salud diferente de las mujeres, porque ellas realizan actividades de prevención. Sin embargo consideran que los grupos de salud tienen efectos positivos en ellos. Algunos tienen modelos de grupos de otros contextos, principalmente del trabajo, que no corresponden con el modelo de grupo de salud. **Conclusión:** los participantes al ser ancianos, tener más tiempo disponible y un vínculo cercano con la unidad, son capaces de participar en más actividades de promoción y prevención. También se observó que la unidad y los grupos actúan como factores de protección para esta población. Se advierte que los factores asociados con el género todavía obstaculizan un mejor cuidado de la salud de los hombres.

## Palabras clave:

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

## Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) caracteriza a Atenção Primária à Saúde (APS) como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.<sup>1</sup>

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi criada para reorientar o modelo assistencial da APS, por meio da implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde, atuando com a lógica de território e população adstrita.<sup>2</sup> A ESF elabora ações que priorizam o cuidado ampliado de saúde dos usuários,<sup>3</sup> mas percebe-se um distanciamento do homem no cuidado da sua saúde, devido à desvalorização dos homens pelos serviços e à dificuldade da equipe de acolher as necessidades dessa população.<sup>4</sup>

Ao analisar o tema “homens e saúde” deve-se considerar o caráter social do adoecimento e a perspectiva de gênero como forma particular da relação saúde-sociedade,<sup>5,6,7,8</sup> em que gênero significa a maneira como as pessoas devem agir, pensar e sentir, para serem consideradas homens ou mulheres, sendo esses modelos transmitidos por meio da educação, meios de comunicação e convivência.<sup>9,10</sup>

Dados nacionais indicam que, em cada três mortes de pessoas adultas, duas são de homens, sendo as principais causas de morte: doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas.<sup>2</sup> Os homens, em média, vivem sete anos a menos do que as mulheres; possuem também maior incidência de doenças do coração, câncer, diabetes, hipercolesterolemia e hipertensão.<sup>2,11</sup> A não adesão às medidas de saúde integral por parte dos homens leva ao aumento da incidência de doenças e de mortalidade.<sup>2</sup>

As diferenças entre os gêneros em termos de morbidade, mortalidade e expectativa de vida podem ser explicadas a partir de cinco fatores: (1) especificidades biológico-genéticas; (2) desigualdades sociais e étnicas; (3) expectativas sociais; (4) busca e uso de serviços de saúde; e (5) cuidados de profissionais de saúde voltados para homens.<sup>12</sup> Observa-se que a maior taxa de mortalidade masculina não pode ser restrita ao sexo, devendo ser atribuída a fatores sociais e comportamentais.<sup>7</sup>

Ao buscar compreender os motivos da pouca procura de homens pelos serviços de saúde foram identificadas questões relativas ao imaginário cultural sobre o que é ser homem; o medo de descobrirem que estão doentes e a vergonha em expor o seu corpo. Outra questão é relativa ao mercado de trabalho, pela inexistência de garantias de que o acesso e a frequência dos homens aos serviços de saúde não os prejudicará em seus empregos. Além disso, as campanhas de saúde pública e os serviços de saúde não privilegiam esse segmento populacional, sendo pouco aptos a absorver as demandas masculinas.<sup>13</sup>

Quando se analisa a produção de conhecimento de saúde pública sobre “homem e saúde”, três temáticas principais são apresentadas: sexualidade, reprodução e poder, o que demonstra a necessidade de ampliar os temas em pesquisa e aprofundar as relações entre masculinidade e saúde.<sup>7</sup> Desse modo é necessário compreender como essa população percebe os seus cuidados de saúde, para que intervenções adequadas sejam propostas.

A fim de contribuir para o desenvolvimento de projetos e intervenções em saúde pública, especialmente na APS, esta pesquisa teve como objetivo compreender a percepção de homens idosos acerca dos temas: “Saúde”, “Unidade de Saúde da Família” e “Grupos em Saúde”.

## Método

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa, com uma amostra de conveniência, desenvolvido em uma Unidade de Saúde da Família (USF). Os dados foram coletados entre agosto de 2011 e maio de 2012, em uma cidade localizada no interior do estado de São Paulo. A USF foi implantada em 1999 e está inserida na proposta da Estratégia Saúde da Família (ESF). Além da equipe mínima, a USF também conta com a presença do auxiliar administrativo, auxiliar de serviços gerais, residentes médicos e multiprofissionais. Possui 2.384 usuários cadastrados, sendo 10% deles homens com mais de 60 anos. Nessa unidade acontecem semanalmente grupos de promoção de saúde, aos quais os participantes são convidados por meio de visitas de agentes comunitários de saúde (ACS), indicação da equipe e por cartazes presentes na unidade ou em outros locais de acesso da população. Os grupos desenvolvidos na unidade durante esse estudo foram de: Reeducação alimentar, Vivência, Homens, Adolescentes, Cuidadores, Memória, Hipertensão, Diabetes e Educação em Saúde.

Os participantes desse estudo foram homens com idade igual ou superior a 60 anos, usuários regularmente cadastrados na USF, que utilizavam os serviços da unidade, entre os anos de 2011 e 2012. Dos idosos cadastrados na USF foram excluídos nove participantes que possuíam alguma deficiência mental/cognitiva/física que impossibilitasse a realização das entrevistas e os homens que possuíam convênio médico, que não realizavam seu seguimento de saúde na USF, correspondendo a 71 sujeitos.

Excluindo esses participantes, foi elaborada uma lista pela equipe, em que constavam nomes dos homens idosos da área de cobertura da USF que participavam da rotina da unidade, por meio de consultas, grupos e visitas das ACS.

A escolha por essa população justifica-se pelo interesse em conhecer melhor os cuidados de saúde de homens idosos e por sua presença frequente na rotina da unidade.

Foi utilizada a ferramenta da saturação dos dados, não incluindo novos sujeitos quando os dados obtidos, na percepção dos pesquisadores, não apresentaram novos conteúdos.<sup>14</sup> Por se tratar de uma amostra de conveniência e pelos participantes apresentarem um baixo repertório verbal, acredita-se que isso possa ter favorecido uma saturação com 11 entrevistas.

Para a coleta de dados adotou-se uma entrevista semiestruturada, elaborada pelos pesquisadores. As questões foram divididas em quatro tópicos, visando identificar: dados sociodemográficos; percepção sobre saúde; relação com a USF; e concepção de Grupos em Saúde. As entrevistas duraram cerca de 30 minutos e foram gravadas e transcritas na íntegra. Consultaram-se os prontuários para completar dados de caracterização.

Os dados qualitativos foram analisados por meio da Análise de Conteúdo Temática.<sup>15</sup> Essa análise ocorre mediante a exploração das unidades temáticas que compõem um discurso (comunicação), em que a presença/frequência dessas unidades denotam a importância e os modelos de comportamento existentes no discurso do indivíduo.

A técnica divide-se em: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação.<sup>15</sup> A pré-análise consistiu em leituras consecutivas, com agrupamento dos temas pela semelhança, para que assim surgissem categorias. A exploração do material consistiu em recortar do texto as unidades de registros e palavras, buscando agrupá-las nos temas estabelecidos na pré-análise. Em seguida, escolheu-se como regra de contagem a frequência de palavras relacionada aos temas, que assim permitiram uma quantificação e sistematização dos dados em categorias, buscando alcançar os núcleos de compreensão do texto. Na terceira etapa foi realizada a análise e interpretação dos dados obtidos, em que inferências e interpretações foram propostas em torno das dimensões sugeridas pela leitura do material e considerando dados da literatura. Abaixo segue o Quadro 1 que apresenta um exemplo dessa análise.

**Quadro 1.** Demonstração da análise de conteúdo temática.

Etapas da análise de conteúdo temática	Descrição da análise de conteúdo temática e exemplo
Pré-análise	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leituras consecutivas das verbalizações</li> <li>- Contato exaustivo com o material</li> <li>- Exemplo de verbalização - "Saúde é a melhor coisa que existe tendo saúde tem tudo."</li> </ul>
Exploração do material	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recortes do texto em unidades temáticas</li> <li>- Escolhem-se as categorias</li> <li>- Categoria: O que significa saúde</li> <li>- Subcategoria: Tudo - "(...) tendo saúde tem tudo"</li> </ul>
Interpretação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inferências e interpretações previstas no quadro teórico</li> <li>- Infere-se que essas descrições de saúde estão associadas à manutenção de atividades e de uma vida independente pelos participantes, condição de possibilidade para exercer suas atividades.</li> </ul>

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo sob o Ofício nº. 056/11 de 16/03/2011. Os usuários participaram da pesquisa mediante manifestação de interesse e após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados e Discussão

### Dados sociodemográficos

Participaram desse estudo 11 homens idosos, que apresentaram uma média etária de 76,1 anos. A maioria estava aposentada, possuía baixa renda, residia com suas esposas/companheiras e possuía filhos e netos, como pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes (n = 11).

Variável	Descrição	Participantes
Estado civil	Casado	6
	Viúvo	5
Idade	67- 70	3
	70-80	4
	81-86	4
Atividade profissional	Sim	1
	Não (aposentado)	10
Renda média mensal (salário mínimo)	1 – 2	8
	3 – 4	3
Composição familiar	Esposa	6
	Outros familiares	4
	Sozinho	1
Filhos	Sim	10
	Não	1
Netos	Sim	8
	Não	3

### Percepção sobre saúde

Na Tabela 2 estão apresentados os significados de saúde para os participantes.

Tabela 2. Frequência das subcategorias sobre “O que significa Saúde” para os participantes (n = 11).

Sub categorias	Frequência
Liberdade	23
Tudo	22
Bem estar	9
Ausência de problemas ou doenças	6
Medicação	5
Rotina	4
Mudar hábitos	4
Atividade física	3
Alimentação adequada	2
Privilégio	2
Trazer exames e sair satisfeito	1
Cultura	1
Algo que precisa ser melhor cuidado pelos governantes	1

Observa-se nas falas a construção de um conceito de saúde ampliado, abordando aspectos biopsicosociais, não restringindo saúde à ausência de doença. As subcategorias com maior frequência foram *Liberdade e Tudo*, em que os participantes descrevem *Liberdade* como condição de possibilidade e ausência de restrições: “*you pode andar, caminhar, passear*” (P2); “*eu acho que saúde é a gente viver bem(...) comendo bem, dormindo bem, andando bem, trabalhando bem*” (P6). Em *Tudo*, a saúde foi descrita como algo imprescindível e prioritário para a vida: “*tudo que tem de bom, o importante é a saúde, né? Eu acho, meu modo de pensar*” (P2). “*Saúde é tudo no mundo, você não tendo saúde você não tem nada*” (P7).

Inferre-se que essas descrições de saúde estão associadas à manutenção de atividades e de uma vida independente pelos participantes. Os homens foram educados para um papel de provedor, para desempenharem como elementos ativos em suas realidades, devendo sempre estar saudáveis para exercerem suas funções sociais. Essa concepção também foi encontrada no estudo de Figueiredo e Schraiber,<sup>16</sup> em que o trabalho está diretamente ligado à concepção do que é ser homem. Nesse contexto, em que a maior parte dos entrevistados está aposentada, a saúde não está relacionada ao trabalho, mas eles se deparam com limitações causadas pelo envelhecimento e diminuição de sua capacidade funcional, sendo que a saúde possui uma função essencial para a sua independência. Assim, para ser homem de acordo com o que o imaginário cultural representa é preciso ter saúde.<sup>4</sup>

Quando questionados sobre o que poderiam fazer para cuidar melhor de sua saúde, as principais respostas foram: *Hábitos saudáveis e Evitar exageros*. Em *Hábitos saudáveis* estão os cuidados com alimentação e atividades físicas: “*É não comer doce, não abusar de comida*” (P8); “*poder participar mais de ginásticas, essas coisas, eu gostaria*” (P9). Na categoria *Evitar exageros*, estão falas sobre evitar práticas que comprometam a saúde: “*Porque não pode exagerar, porque já tem aquelas instrução (...) porque se exagerar já viu*” (P6); “*eu não faço nada além do normal de extravagância, nunca fiz, não bebo, não fumo, não tenho esses problemas*” (P9).

Observa-se que as práticas estão ligadas a um conceito ampliado de saúde, corroborando os dados de Camargo et al,<sup>17</sup> em estudo realizado com homens de 16 a 67 anos, que afirmaram que uma alimentação saudável e práticas de atividade física constituem cuidados importantes para a saúde. Isso reforça a concepção de que os homens estão buscando práticas de cuidado de saúde pautadas na promoção e prevenção.

## Relação dos usuários com a USF

O tempo médio de utilização da USF pelos participantes foi de cinco anos, sendo os principais motivos para utilizá-la: ir às consultas e nos grupos em saúde. Outros motivos elencados foram: “*medir a pressão arterial*”, “*fazer exames*”, “*prescrição de medicamentos*”, “*eventos comemorativos*” “*participar do programa de hipertensão*”, “*agendar consulta*”, “*acompanhar a esposa*”, “*atendimento eventual*” e “*orientações*”.

Os motivos de frequentar a USF para medir pressão arterial, glicemia, agendar consultas e participar do programa de hipertensão estão de acordo com dados da literatura, que referem a presença de homens idosos para o tratamento e prevenção de doenças crônicas.<sup>18,19</sup> Esta presença foi facilitada principalmente depois da inserção de programas voltados para a prevenção dessas doenças, como HIPERDIA (Sistema Nacional de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos/Diabéticos, garantindo medicação e estratégias de saúde), em que os idosos contam com mais espaço para suas demandas, fato que potencializa o acesso dos homens aos serviços.<sup>18,19</sup>

A respeito da percepção dos participantes sobre a USF, observou-se predominantemente que eles a consideram como um *local de atendimento* e um *Benefício*.

A descrição da USF como um *local de atendimento* inclui falas de acolhimento e de relação com a equipe: “*É uma unidade, que todo pessoal que vem aqui é bem atendido(...) nunca tive problema, sempre que vim aqui fui bem atendido, nunca tive preocupação com doutor ou com doutora.*”(P1); “*Eu acho bom na unidade que as pessoas são todas educadas, é uma beleza. Chega lá é atendido mesmo. E nesses outros médicos não é assim não (...) ali não, vixe! Na hora marcada certinha aí já vai.*”(P10).

Como a amostra foi selecionada a partir de participantes que possuíam maior contato com a equipe, é possível inferir que essa relação pode estar associada ao vínculo que possuem com esses profissionais, característica condizente com o modelo da ESF, em que a equipe participa do processo de saúde/doença de seus usuários e os acompanha longitudinalmente.<sup>20</sup> Devido à dificuldade de acessar os homens para o seu cuidado, ressalta-se a importância de um bom vínculo serviço de saúde-usuário, comunicação adequada e humanização do atendimento, para que se estabeleça uma relação de confiança.<sup>16,21</sup>

A subcategoria *Benefício* contém verbalizações sobre USF proporcionar melhorias no cuidado e de ser uma boa proposta para a população: “A unidade é um benefício da saúde, pode ser? O que se precisar procura um médico” (P8); “Acho que foi uma ideia muito boa, muito bom mesmo!” (P3). Apesar dos dados de Figueiredo<sup>4</sup> indicarem que homens buscam mais serviços de pronto-atendimento, os entrevistados referem a USF como um aliado no cuidado de sua saúde. Isso pode estar relacionado ao acolhimento da equipe às solicitações e demandas dessa população. Assim, pode-se inferir que a APS, oferecendo resolubilidade à população, favoreceria a manutenção desta sob seus cuidados.<sup>1,22</sup>

Esse estudo também buscou compreender a percepção dos participantes sobre o cuidado da saúde a partir da perspectiva de gênero, como pode ser observado na Tabela 3.

Tabela 3. Frequência das subcategorias sobre as diferenças entre homens e mulheres no cuidado à saúde (n = 11).

Sub categorias	Frequência
Mulher realiza mais atividades preventivas	15
Homem não se importa com a saúde	11
Mais problemas de saúde ligados ao sexo feminino	5
Mulheres possuem mais atividades sociais	4
Homem tem medo	4
Homem não acredita que fica doente	4
Mulher se expõe a menos riscos	2
Homem é mais vaidoso	1

Observa-se que, na percepção dos participantes, existem diferenças entre os gêneros no que se refere ao cuidado à saúde. Exemplifica-se: “Minha mulher era assim. Ela falava ‘vou na unidade ou no postinho’. Eu pagava também pra ela o convênio da policlínica,(...) Então ela consultava nos dois, no postinho e lá” (P10); “Eu vejo que os caras lá do PIC (Programa de Interação com a Comunidade), acho que tem quatro homens lá só, e acho tem umas 60 mulher(...) Por aí você já vê que mulher cuidam mais do que os homens” (P2). Outro relato que exemplifica a diferença no cuidado: “Homem é meio relaxado(...) homem só vai ao médico quando tá doente mesmo, senão, não procura de jeito nenhum” (P2); “o homem parece não ligar para sua saúde” (P10).

Porém, essa característica de cuidado não é intrínseca à natureza masculina, sendo levantada como motivo a diferença de socialização masculina e feminina.<sup>10,13,23</sup> As mulheres são incentivadas a cuidar de si, da família, enquanto o homem deve ser forte e viril, correspondendo ao modelo hegemônico de masculinidade.<sup>10,13,23</sup> Isso pode ser observado na fala de um dos participantes: “Acho que mulher é mais delicada(...) além disso, elas têm mais, homem parece que não liga para saúde(...) Ah não sei, acho que é da natureza as mulheres cuidarem melhor, acho que da própria natureza(...) acho que elas têm a natureza de cuidar melhor, elas cuidam até da gente” (P10).

Dentro de uma perspectiva cultural, nota-se que o homem sempre desempenhou um papel de provedor e trabalhador, sendo valorizado a ser forte para desempenhar suas funções sociais, não sendo incentivado para as práticas preventivas, procurando atendimento apenas diante de quadros já instalados.<sup>21,24,25,26</sup> No entanto, devem-se considerar, como aponta Baker,<sup>23</sup> as dificuldades de se criarem políticas públicas que compreendem os homens como seres de gênero, bem como sua diversidade de identidades.<sup>23</sup> No Brasil, a atenção à saúde direcionada aos homens só teve destaque vinte anos mais tarde do que as políticas referentes às mulheres e se processou por meio de uma decisão política, ao contrário das políticas das mulheres, decorrentes de um processo histórico de lutas de direito.<sup>5,26</sup> Isso demonstra, ainda, um processo de construção na busca por uma saúde integral no cuidado do homem, que precisa empoderar esses homens sobre o seu cuidado.<sup>23</sup>

## Grupos em Saúde

Investigou-se o conhecimento dos participantes sobre os grupos realizados na USF, bem como seus benefícios. Todos os participantes relataram conhecer os grupos realizados, sendo que 10 participantes referiram ter participado de alguns deles e um participante considerou negativo participar de grupos.

Os participantes consideraram os grupos como um local de *Aquisição/troca de informações*, um espaço de conversa entre os participantes e profissionais: “é bom estar por dentro da saúde, o que é bom pra saúde, o que não é” (P2); “*a pessoa sendo orientada, ele vai atrás daquilo, né? Vai saber, vai procurar!(...) É bom porque elas ensina a gente, uns fala uma coisa, outros fala outra, outros fala outra e aquilo vai deixando a pessoa bem encaminhada, pra procurar saúde!*” (P6). Também descrevem o grupo como um local que *Incentiva o auto-cuidado*, onde participantes, diante da fala dos colegas, reavaliam sua saúde: “às vezes eu não tenho nada, mas às vezes uma outra pessoa tem um problema meio diferente ‘pô, será que eu tenho isso daí?’ mas aí eu faço exame e não tem” (P1).

O grupo foi considerado como um espaço de trocas, aprendizado e de cuidado com sua saúde, em que são abordados temas de interesse e reflexão sobre saúde e bem-estar. Os grupos também favorecem a convivência social, o que adquire maior importância quando o homem está aposentado.<sup>27</sup> Diante da diminuição da sua participação social, esses homens podem adoecer ou buscar atividades relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas e jogos de azar.<sup>28,29,30,31</sup> A partir disso, ressalta-se a necessidade de mais espaços grupais para as demandas masculinas dentro dos serviços de saúde, para que homens empoderem-se do cuidado de saúde. Isso corrobora os estudos de Gomes et al<sup>21</sup> que refere a necessidade de homens terem mais espaços de trocas em grupos dentro dos serviços de APS.

Outra concepção apresentada por um dos participantes foi do grupo ser um local que apresenta uma *relação verticalizada*, em que há uma relação de poder pelos profissionais, em que estes são os detentores do conhecimento: “*Vai ter aquela conversa (...). Aquela conversa que a gente já sabe o que vai falar, (...) Chega lá tem uma psicóloga, uma doutora, cada um fala um pouco, aquela rotina (...) eu acho que a unidade aí também deve ser igual, porque quem vai falar são os médicos, não é isso? Quem vai falar vai ser o psicólogo, vai ser a doutora disso, doutora daquilo, né? A gente fica ouvindo, né?*”(P11).

Apesar de esse participante não ter frequentado um grupo na USF, percebe-se que durante a sua vida ele teve contato com espaços coletivos, principalmente relacionados ao contexto de trabalho: “*Quando era comerciante, eu participava da conversa lá na ACI (Associação do Comércio e Indústria), primeiro falava tudo os ‘Cobras’, os grandes comerciantes, industriais. A gente sentava bem lá pra atrás, acabava a reunião, vinha embora(...)Eu conhecia diversas pessoas que iam lá. Mas a gente sentava bem lá pra atrás, dificilmente chamava a gente, primeiro falava os mais grosso, depois o restante...Só ouvia, ficava lá, vamos dizer o que? Mas só que lá no livro da ata tinha que assinar, né?*” (P11).

Apesar de a Promoção de Saúde considerar que melhores condições de vida e saúde só serão atingidas por meio de participação popular, pressupondo espaços de grupos, definidos por uma relação horizontal, nota-se que o processo cultural atual cria resistências para essas mudanças, pois vivemos em uma sociedade verticalizada, principalmente as instituições e organizações empresariais.<sup>32</sup> Dessa forma, por meio do discurso desse participante observa-se uma crença social, que pode contribuir para o afastamento de homens de grupos em saúde, pois esses sempre estiveram inseridos no mercado de trabalho e foram expostos a grupos de trabalho hierarquizados, em que apenas os detentores de poder/saber poderiam ter voz. Apesar dos avanços na saúde, por meio de políticas públicas, como a criação do SUS, pelas Leis 8.080/90<sup>33</sup> e 8.142/90,<sup>34</sup> e a Política Nacional de Humanização (PNH),<sup>35</sup> que propõem o controle social e a responsabilidade compartilhada médico-usuário, ainda está presente culturalmente uma concepção de submissão. Assim, se faz necessário construir um novo paradigma que poderia contribuir para uma melhor efetivação da política de promoção de saúde, bem como maior inserção do homem em grupos.

O Ministério da Saúde (MS) instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH),<sup>36</sup> fruto de decisões políticas, não contando com a participação masculina em sua construção<sup>23,37</sup>. Apesar dos avanços que essa política trouxe para a saúde do homem, ela possui limitações, tais como a não inclusão do idoso.<sup>38</sup> Apesar do MS ter criado a Política Nacional do idoso,<sup>39</sup> que favorece um olhar ampliado sobre essa população, considera-se que os homens possuem necessidades de saúde relacionadas ao seu papel de gênero, as quais seriam mais bem abordadas diante dessa perspectiva. A partir do diálogo entre as políticas públicas é que se produzirá um cuidado integral à saúde do homem.

Para a implementação da PNAISH na APS, destaca-se a necessidade de reconhecer as demandas de saúde do homem; trabalhar com planejamento estatal para viabilizar um plano de ação consistente; investir na capacitação de gestores e profissionais de assistência para que reconheçam as necessidades de saúde dos homens como multideterminadas; e promover a participação social na construção e avaliação das ações políticas.<sup>25</sup>

## Conclusão

Este estudo forneceu informações sobre o que pensam os usuários homens idosos de uma USF sobre temas relevantes em saúde, incluindo suas opiniões sobre o serviço prestado pela USF e os Grupos em Saúde. Os participantes, por serem idosos e terem maior disponibilidade de tempo e vínculo com a unidade, engajaram-se mais nas atividades de promoção e prevenção. Observa-se também que a unidade de saúde e os grupos atuam como fatores protetivos para essa população, pois favorecem o cuidado e as relações sociais. No entanto, percebe-se que as questões relacionadas ao gênero ainda dificultam o cuidado de saúde por parte dos homens. Assim, o estudo aponta para a necessidade de melhorar a relação entre as políticas públicas e a assistência integral à saúde do homem. Além disso, sugere que conhecer a percepção de homens idosos sobre o cuidado de sua saúde é fundamental para que se busque uma atenção integral condizente com as necessidades dessa população.

## Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Série E. Legislação em Saúde).
2. Ministério da Saúde (BR). Sistema Único de Saúde. Apresentação [Internet]. Brasília; c2014 [acesso em 2011 Nov 22]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm>.
3. Freitas MLA, Mandú ENT. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. Acta Paul Enferm [Internet]. 2010 [acesso em 2012 Nov 1];23(2):200-205. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000200008>.
4. Figueiredo WS. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2005 [acesso em 2011 Oct 05];10(1):105-109. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100017>.
5. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2005 [acesso em 2011 Jul 13];10(1):7-17. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100002>.
6. Gomes, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2003 [acesso em 2011 Nov 10];8(3):825-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000300017>.
7. Laurenti R, Jorge MHPM, Gottlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2005 [acesso em 2011 Oct 06];10(1):35-46. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100010>.
8. Gomes R, Nascimento EF. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. Cad Saúde Pública [Internet]. 2006 [acesso em 2012 Nov 15];22(5):901-911. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500003>.
9. Keijzer B, Ayala G, Dorantes OA, Rosas EMR, Sánchez-Mejorada J, Barranca SM, Salud y gênero. Razões e emoções. São Paulo: 3Laranjas Comunicação; 2001 [acesso em 2013 Jan 15]. (Série Trabalhando com Homens Jovens, caderno 4). Disponível em: <http://www.promundo.org.br/wp-content/uploads/2010/04/RazoeseEmocoes1.pdf>.
10. Gomes R. A saúde do homem em foco. São Paulo: Editora UNESP; 2010.
11. Brasil. Rede Interagencial de informações para a saúde (RIPSA). Indicadores e Dados Básicos 2006 - Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [acesso em 2013 May 14]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/matriz.htm>.
12. Mckinlay E. Men and Health: a literature review [Internet] Wellington: Wellington School of Medicine as Health Science, Otago University; 2005 [acesso em 2012 Nov 30]. Disponível em: <http://nhc.health.govt.nz/system/files/documents/publications/mens-health-literature-review.pdf>.
13. Gomes R, Nascimento EF, Araujo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2007 [acesso em 2012 Nov 17];23(3):565-574. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>.
14. Fontanella BJ B, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saúde Pública [Internet]. 2008 [acesso em 2014 Jul 25];24(1):17-27. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>.
15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1994.
16. Figueiredo WS, Schraiber LE. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2011;16(1):935-944. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700025>.
17. Camargo BV, Campos PHF, Torres TL, Stuhler GD, Matão MEL. Representações sociais de saúde e cuidado: um estudo multicêntrico sobre vulnerabilidade masculina. Temas Psicol [Internet]. 2011 [acesso em 2013 Apr 26];19(1):179-192. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2011000100014&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2011000100014&lng=pt).
18. Knauth DR, Couto MT, Figueiredo WS. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Ciênc Saúde Coletiva. 2012;17(10):2617-2626. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000011>.

19. Couto MT, Pinheiro TF, Valença OA, Machin R, Silva GSN, Gomes R, et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface (Botucatu) [Internet]*. 2010 [acesso em 2012 Oct 05];14(33):257-270. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000200003>.
20. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. *Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [acesso em 2014 Jan 29]. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS, vol. 2). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizasus\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_basica.pdf).
21. Gomes R, Moreira MCN, Nascimento EF, Rebelo LEFS, Couto MT, Schraiber LB. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Ciênc Saúde Coletiva [Internet]*. 2011 [acesso em 2012 Sep 20];16(1):983-992. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700030>.
22. Nunes AA, Caccia-Bava MCGG, Bistafa MJ, Pereira LCR, Watanabe MC, Santos V, et al. Resolubilidade da estratégia saúde da família e unidades básicas de saúde tradicionais: contribuições do Pet-Saúde. *Rev Bras Educ Med [Internet]*. 2012 [acesso em 2013 Nov 16];36(1):27-32. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000200004>.
23. Baker G. Trabalho não é tudo, mas é quase tudo: homens, desemprego e justiça social em Políticas Públicas. In: Medrado B, Lyra J, Azevedo M, Brasilino J, editors. *Homens e masculinidades: práticas de intimidade e políticas públicas*. Recife: Instituto PAPAÍ; 2010. p. 125-138.
24. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva [Internet]*. 2002 [acesso em 2013 Jan];7(4):687-707. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232002000400007>.
25. Couto MT, Gomes R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. *Ciênc Saúde Coletiva [Internet]*. 2012 [acesso em 2013 Nov 27];17(10):2569-2578. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000002>.
26. Oliveira GR, Trilico MLC, Paro FS, Kijimura MY, Pirolo SM. A integralidade do cuidado na saúde do homem: um enfoque na qualidade de vida. *Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]*. 2013 [acesso em 2013 Nov 13];8(28):208-212. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(28\)676](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(28)676).
27. Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Rev Bras Epidemiol [Internet]*. 2005 [acesso em 2014 Jan 29];8(3):246-252. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000300006>.
28. Duarte CV, Melo-Silva LL. Expectativas diante da aposentadoria: um estudo de acompanhamento em momento de transição. *Rev Bras Orientac Prof [Internet]*. 2009 [acesso em 2014 Jan 29];10(1):45-54. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-33902009000100007&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-33902009000100007&lng=pt&tlng=pt).
29. Harris E, Harris MF. Reducing the impact of unemployment on health: revisiting the agenda for primary health care. *Med J Aust [Internet]*. 2009 [acesso em 2013 May 14];191(2):119-122. Disponível em: [http://mja.com.au/public/issues/191\\_02\\_200709/har10340\\_fm.html](http://mja.com.au/public/issues/191_02_200709/har10340_fm.html).
30. Giatti L, Barreto SM. Situação do indivíduo no mercado de trabalho e iniquidade em saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública [Internet]*. 2006 [acesso em 2013 Jan 10];40(1):99-106. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000100016>.
31. Coutinho RX, Acosta MAF. Ambientes Masculinos da terceira idade. *Ciênc Saúde Coletiva [Internet]*. 2009 [acesso em 2013 Jan 13];14(4):1111-1118. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000400017>.
32. Horta NC, Sena RR, Silva MEO, Tavares TS, Caldeira IM. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na estratégia saúde da família. *Rev APS*. 2009;12(3):293-301.
33. Brasil. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 1990 Sep 20; Seção 1.
34. Brasil. Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 1990 Dec 31; Seção 1.
35. Ministério da Saúde (BR), Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
36. Ministério da Saúde (BR), Secretário de Atenção à Saúde. *Política nacional de atenção à saúde do homem: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
37. Medrado B, Lyra J, Azevedo. 'Eu Não Sou Só Próstata, Eu Sou um Homem!' Por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero. In: Gomes R, editor. *Saúde do Homem em debate*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p. 39-74.
38. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005 [acesso em 2013 Jan 13];10(1). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=1413-812320050001&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-812320050001&lng=pt&nrm=iso)
39. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>

Anexo 1. Roteiro de entrevista.

Data: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

## Dados Sociodemográficos

1) Nome: \_\_\_\_\_

2) Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos

3) Estado Civil

a) Casado

b) Solteiro

c) Divorciado

d) Viúvo

e) Mora junto

4) Profissão/ocupação: \_\_\_\_\_

5) Você possui alguma atividade remunerada?

( ) Sim

( ) Não

Renda (Salário mínimo – R\$ .....)

6) Quantas pessoas dependem dessa renda?

7) Somando os salários de todos que trabalham na sua casa, a renda familiar é:

a) Abaixo de um salário mínimo

b) Entre 1 a 2 salários mínimos

c) Entre 3 a 4 salários mínimos

d) Entre 5 a 6 salários mínimos

e) Acima de 6 salários mínimos

## Composição familiar

8.1) Possui filhos?

( ) Sim – Quantos: \_\_\_\_\_

( ) Não

8.2) Possui netos?

( ) Sim – Quantos: \_\_\_\_\_

( ) Não

8.3) Quem mora com o senhor? (Parentesco e idade)

---

---

---

## Saúde

1) Para o senhor, o que é saúde?

---

---

---

2) Como o senhor avalia a sua saúde?

( ) Ótima            ( ) Boa            ( ) Regular            ( ) Péssima

3) O senhor considera que possui alguma doença?

( ) Sim

( ) Não

Se sim, quais? \_\_\_\_\_

---

---

---

Quem disse que o senhor possui doença (Algum profissional? De onde? De que especialidade?)

---

---

---

4) Faz uso de medicamentos?

( ) Sim

( ) Não

Se sim, qual e para qual finalidade toma? \_\_\_\_\_

---

---

---

Quem prescreveu o remédio (médico, farmacêutico)? Ou o senhor decidiu tomar por conta própria?

---

---

5) O que o senhor pensa que poderia fazer para melhorar ainda mais sua saúde?

---

---

6) Realiza atividades físicas?

( ) Sim

( ) Não

Se sim, quais atividades e com que frequência as realiza (por quanto tempo e quantos dias por semana)?

---

---

7) O senhor conhece alguma atividade oferecida pela comunidade? (Ex: Programa de Integração Comunitária – PIC, atividades em igrejas, atividades nos núcleos, Organizações Não Governamentais – ONGs)

( ) Sim

( ) Não

Se sim, quais?

---

---

Participa de alguma dessas atividades que o senhor conhece?

---

---

8) Você acha que os homens cuidam de sua saúde da mesma maneira que as mulheres cuidam da saúde delas?

---

---

## Unidade Saúde da Família

1) Para o senhor, o que é a Unidade Saúde da Família?

---

---

2) Há quanto tempo o senhor utiliza os serviços da Unidade Saúde da Família?

---

---

---

3) Quando o senhor vai a Unidade Saúde da Família, o que você faz lá?

---

---

---

4) O senhor costuma ir a Unidade Saúde da Família apenas quando tem consulta agendada ou também vai em outras ocasiões (eventual, grupos, outros eventos)?

---

---

---

## Grupos

1) O senhor já ouviu falar de grupos que acontecem na Unidade Saúde da Família?

---

---

---

2) Já participou de algum grupo? Qual?

---

---

---

3) Você acha que participar de algum grupo pode trazer algum benefício?

---

---

---

## Oficinas de intervenção psicossocial com agentes comunitários de saúde: reflexões e intervenções dialogadas

Psychosocial intervention workshops with community health workers: reflections and dialogued interventions

*Talleres de intervención psicossocial con agentes comunitarios de salud: reflexiones e intervenciones dialogadas*

Liliam das Graças Nascimento. Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ). São João-del Rei, MG, Brasil. saudepsic@yahoo.com.br  
(*Autora correspondente*)

Walter Melo. Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ). São João-del Rei, MG, Brasil. wmelojr@gmail.com

Marcos Vieira Silva. Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ). São João-del Rei, MG, Brasil. mvsilva@ufsj.edu.br

### Resumo

**Objetivo:** trazer uma reflexão dos agentes comunitários de saúde (ACS) de um pequeno município da Região das Vertentes, no estado de Minas Gerais, sobre o próprio processo de trabalho. **Métodos:** pesquisa qualitativa, por meio de Oficinas de Intervenção Psicossocial (OIP) com 11 agentes comunitários de saúde ao longo de nove encontros. A análise de conteúdo, comparando a prática estabelecida e as diretrizes e determinações legais do Ministério da Saúde (MS) foi realizada a partir das seguintes categorias: a) Discrepância entre o que é determinado pelo MS e a prática dos ACS; b) Dilemas enfrentados pelos ACS; c) Qualidade do vínculo estabelecido entre ACS e usuários; e d) Vínculo dos ACS com os demais membros da equipe. Neste artigo são apresentados apenas os dados referentes à criação de vínculos com a comunidade e com a equipe, por se tratar de importante fator psicossocial para os trabalhadores da atenção primária. **Resultados:** a análise possibilitou o levantamento de algumas questões sobre o trabalho dos ACS: a sensação de desvalorização na equipe; a distância entre teoria e prática; a impossibilidade de se colocar em prática as determinações do MS; a necessidade de que a comunidade seja parceira do ACS; e a desinformação sobre o próprio trabalho. **Conclusões:** foi possível perceber que as principais modificações ocorridas no trabalho dos ACS dizem respeito a um maior detalhamento das atribuições determinadas pelo MS, à ênfase na contextualização de suas ações e ao aumento da burocratização que pode estar interferindo ou modificando sua prática.

### Abstract

**Objective:** to promote a discussion among the community health workers (ACS) of a small city in the Region of Vertentes in the state of Minas Gerais, about their own work process. **Methods:** using qualitative research methods, we carried out Psychosocial Intervention Workshops (PIW) with 11 community health workers during nine meetings. We conducted content analysis, comparing the established practice with the guidelines and legal regulations of the Brazilian Ministry of Health (MS), based on the following categories: a) discrepancy between what is determined by the MS and the practice of the ACS; b) dilemmas faced by the ACS; c) quality of the bond established between the ACS and the users; and d) relationships between the ACS and other team members. In this paper, we present only the data related to the creation of bonds with the community and with the team, because it is an important psychosocial factor for primary care workers. **Results:** based on the analyses, it was possible to raise some issues about the work of the ACS: the sense of devaluation within the team; the gap between theory and practice; the impossibility of putting into practice the determinations of the MS; the need for a partnership between the community and the ACS; and misinformation about the work itself. **Conclusion:** it was possible to realize that the major changes that occurred in the work of the ACS was related to a greater detailing of attributions determined by the MS, the emphasis in the context of their actions and increased bureaucratization that may be interfering with or modifying their practice.

### Palavras-chave:

Sistema Único de Saúde  
Agentes Comunitários de Saúde  
Saúde da Família

### Keywords:

Unified Health System  
Community Health Workers  
Family Health

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

**Parecer CEP:**  
008/2012 (UFSJ/CEPES).

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

Recebido em: 13/03/2013.  
Aprovado em: 01/02/2014.

## Resumen

**Objetivo:** traer una reflexión de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) de un pequeño municipio de la Región de las Vertentes, en el estado de Minas Gerais, sobre el propio proceso de trabajo. **Métodos:** investigación cualitativa, por medio de Talleres de Intervención Psicosocial (TIP) con 11 agentes comunitarios de salud a lo largo de nueve encuentros. El análisis de contenido, comparando la práctica establecida y las directrices y determinaciones legales del Ministerio de la Salud (MS), fue realizada a partir de las siguientes categorías: a) Discrepancia entre lo que es determinado por el MS y la práctica de los ACS; b) Dilemas enfrentados por los ACS; c) Calidad del vínculo establecido entre ACS y usuarios; y d) Vínculo de los ACS con los demás miembros del equipo. En este artículo son presentados apenas los datos referentes a la creación de vínculos con la comunidad y con el equipo, por tratarse de importante factor psicosocial para los trabajadores de la atención primaria. **Resultados:** el análisis posibilitó el levantamiento de algunas cuestiones sobre el trabajo de los ACS: la sensación de desvalorización en el equipo; la distancia entre teoría y práctica; la necesidad de una colaboración entre la comunidad y los ACS; y la desinformación sobre el propio trabajo. **Conclusión:** fue posible percibir que las principales modificaciones ocurridas en el trabajo de los ACS dicen respeto a un mayor detalle de las atribuciones determinadas por lo MS, al énfasis en la contextualización de sus acciones y al aumento de la burocratización que puede estar interfiriendo o modificando su práctica.

## Palabras clave:

Sistema Único de Salud  
Agentes Comunitarios de Salud  
Salud de la Familia

## Introdução

A proposta de mudança no sistema público de saúde no Brasil foi marcada por experiências de práticas de ações em saúde na própria comunidade. Essa proposta resultou no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e na Estratégia Saúde da Família (ESF). Estes são exemplos de importantes mudanças nos modelos assistenciais operados dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Esses modelos de prestação de serviços têm produzido modificações na forma como são alocados os recursos, como são remuneradas as ações de saúde e no modo como são organizados os serviços.<sup>1</sup>

Na prática, o grande desafio é – e sempre foi – a superação de um modelo de assistência centrado na atenção médica para um modelo que entende a saúde de forma flexível e complexa, que requer, além da atenção curativa, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, considerando a complementaridade dessas ações. O próprio conceito de saúde foi modificado e ampliado, passando a ser considerado para além da ausência de doenças.<sup>2</sup>

Conforme Viana e Dal Poz<sup>1</sup> no início da década de 1990, o Ministério da Saúde institucionalizou as experiências de práticas em saúde com agentes comunitários que já estavam acontecendo, de forma isolada e focalizada, em várias regiões do país. Em 1991, o PACS foi implantado em nível nacional e deu início ao enfoque na família, para além das práticas de saúde centradas no indivíduo. Além disso, esse programa apresenta uma visão da intervenção enquanto ação preventiva e instrumento de reorganização da demanda, primando pela participação da comunidade e integração desta com o serviço de saúde. O PACS foi formulado tendo como meta auxiliar na redução da mortalidade infantil e da mortalidade materna, em especial nas regiões Norte e Nordeste, a partir da oferta dos serviços de saúde nas regiões mais carentes e com menos recursos. A partir dos resultados obtidos pela ação do PACS, implantado no Ceará, em 1987, o Ministério da Saúde passou a considerar o ACS como um valioso integrante da organização do serviço de saúde local.<sup>1</sup>

O PACS não foi apenas mais um programa do Ministério da Saúde, mas um auxílio importante na implementação do SUS e na reorganização dos serviços locais de saúde.<sup>1,3</sup> Ele mobilizou mudanças no sistema de saúde, pois exigiu que os municípios criassem condições para a sua implantação: conselho de saúde ativo; Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência do programa; profissional de saúde de nível superior para supervisionar e subsidiar as ações de saúde; e fundo municipal para receber os recursos destinados ao PACS. Foi necessária, então, a articulação entre os níveis do sistema (estadual e municipal) e os seus atores, o que constitui também uma importante estratégia para a reestruturação da atenção primária à saúde (APS).

O PACS facilitou o acompanhamento de grupos considerados vulneráveis (crianças, mulheres, idosos) e orientou o tipo de atendimento necessário e quais as principais demandas em cada contexto específico. Além disso, essa nova forma de atuação em saúde diminuiu a pressão das filas dos postos de saúde, possibilitando o atendimento dos casos mais simples na própria comunidade e prevenindo, por meio de orientações educativas, doenças que levassem as pessoas a precisar de atendimento.<sup>4</sup>

Ao longo do tempo, os profissionais da ESF passaram a lutar, também, por melhores condições de trabalho, revisão da carga horária, valorização profissional e reconhecimento. Os resultados das reivindicações apontam para algumas modificações que têm ocorrido, principalmente para o fato de o Agente Comunitário de Saúde (ACS) ser considerado o eixo de uma nova atenção primária à saúde.<sup>1</sup>

O ACS integra a equipe da ESF e se constitui como um elo fundamental entre a comunidade e o serviço de saúde. Em geral, ele é selecionado por meio de uma prova escrita sobre a ESF e suas atribuições, sendo necessário que tenha acima de 18 anos e ensino médio completo.<sup>5</sup> O Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais destaca como principais atribuições do ACS: desenvolver ações que objetivem a integração entre a equipe de saúde e a população adstrita à UBS; acompanhar as famílias cadastradas pertencentes à microárea; desenvolver ações educativas junto às famílias; orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; e desenvolver atividades de promoção da saúde, prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade.<sup>5</sup>

O grande diferencial do ACS é incorporar a lógica e os valores da comunidade, por ser o membro da equipe de saúde que está mais próximo dela. Mas essa proximidade faz com que a população alimente expectativas em relação à ESF que são muito maiores do que esta pode atender. Para alguns autores<sup>3,6,7</sup> é fundamental que a população esteja informada a respeito das atribuições da ESF e sobre os recursos existentes no município, incluindo os serviços de emergência. Na maioria das vezes, exige-se muito do ACS e oferece-se pouco suporte à sua prática.

Estudos referentes aos ACS apontam para uma diversidade de assuntos que devem ser observados por esses trabalhadores, que ocupam o lugar de agenciadores entre os territórios dos saberes técnico e popular em saúde<sup>8</sup> tendo que lidar com diversos saberes locais.<sup>9</sup> Os ACS podem desempenhar funções em relação ao controle da tuberculose,<sup>10</sup> ao uso de bebidas alcoólicas,<sup>11</sup> ao cuidado com os idosos,<sup>12</sup> à saúde fonoaudiológica da população,<sup>13</sup> aos aspectos relacionados à saúde mental,<sup>14</sup> à violência contra as mulheres<sup>15</sup> e ao uso indiscriminado de medicamentos.<sup>16</sup> É evidenciada a importância das práticas educativas nas ações dos ACS,<sup>17</sup> enfatizando o trabalho de promoção da saúde bucal,<sup>18</sup> assim como na formação do conceito de risco.<sup>19</sup> As práticas dos ACS são referidas como elementos nucleares nas ações da ESF, mas que necessitariam de melhor instrumentalização,<sup>20</sup> pois o cotidiano pode afetar-lhes, retirando-lhes a potência de agir.<sup>21</sup> Levando esses aspectos em consideração, assim como as representações dos ACS acerca de suas práticas assistenciais,<sup>22</sup> que podem ganhar sentido ora no modelo biomédico, ora nos novos modelos de saúde,<sup>3</sup> realizou-se uma Oficina de Intervenção Psicossocial (OIP) com o objetivo de possibilitar a reflexão sobre a prática dos ACS de um pequeno município na Região das Vertentes, no estado de Minas Gerais.

## Métodos

A proposta da pesquisa foi apresentada, primeiramente, por meio de documento escrito ao secretário de saúde e à coordenadora da ESF do município. Após aceita, foi agendada uma reunião com os agentes comunitários para convidá-los a participarem da pesquisa. Todos os agentes se dispuseram a fazer parte, não havendo resistências e nem desistências. As oficinas aconteceram de agosto a dezembro de 2009, em nove encontros quinzenais, às sextas-feiras, com duração de uma hora e meia, com os onze agentes, lotados em duas equipes (uma rural e outra no centro da cidade). Os encontros foram realizados em ambiente neutro, cedido pela diretora da escola pública local, foram gravados, posteriormente transcritos e submetidos à análise de conteúdo. Foram debatidos os seguintes temas, de acordo com a Tabela 1.

**Tabela 1.** Temas debatidos com os agentes comunitários de saúde, Vertentes, MG, 2009.

Apresentação do objetivo da pesquisa
Quem é e o que faz o ACS
Questões éticas
Situações desafiantes da prática dos ACS
Leitura de documento do Ministério da Saúde sobre as 33 atribuições dos ACS
Dificuldades para seguir as determinações para o trabalho do ACS (em dois encontros)
Reflexão sobre o próprio trabalho (em dois encontros)
Fechamento das oficinas, com síntese dos debates.

A pesquisa utilizou metodologia qualitativa, considerada neste estudo como fundamental para a compreensão das dimensões psicossociais do trabalho do ACS. Essa metodologia permitiu adentrar o campo de trabalho do ACS, buscando compreender o sentido desse trabalho para eles próprios, a forma como vivenciam essa prática, suas percepções e os valores atribuídos e utilizados para conduzir o dia-a-dia de trabalho.

Na área da saúde, Minayo e Minayo<sup>23</sup> consideram que os estudos devem utilizar metodologias qualitativas para apreenderem o significado e a intencionalidade peculiares às atitudes, relações interpessoais e estruturas da sociedade. Há dados muito ricos a serem considerados ao se tentar entender os indivíduos e suas relações. As dinâmicas de grupo em saúde são vistas como instrumento facilitador aos grupos que atuam nessa área e trabalham com a orientação dos usuários e com as práticas de prevenção e de promoção da saúde.<sup>24,25</sup> Nesses possíveis processos, os trabalhadores podem adquirir um maior conhecimento sobre a construção do seu próprio ofício, as atividades dos demais profissionais e a qualidade do atendimento em saúde. As oficinas de dinâmica de grupo<sup>24,25</sup> possibilitam o desenvolvimento de habilidades fundamentais ao atendimento em saúde, como a escuta, o enfrentamento de situações de tensão e o aperfeiçoamento do diálogo. O grupo pode aprender a refletir sobre os objetivos de seu trabalho e sobre as próprias percepções em relação à prática, bem como construir o conhecimento por meio da troca de experiências. O trabalho com o grupo possibilita a sensibilização, a reflexão e o desenvolvimento da criatividade dos integrantes de uma equipe.

Assim, optou-se pelo método da OIP porque esta articula a dimensão psicossocial (considera os atravessamentos políticos, sociais e institucionais), a dimensão clínica (trabalha com o projeto dos sujeitos) e a dimensão educativa (possibilita a informação, a apropriação de conteúdos, a reflexão, o processo de ressignificação, transmissão e conscientização), sem prescindir das técnicas grupais. Há nas OIP uma escuta diferenciada e uma apreensão dos significados atribuídos pelas pessoas, bem como dos afetos e das angústias despertados pela atuação grupal.<sup>24</sup>

A intervenção psicossocial tem como característica ser focal, voltando-se para problemas específicos, delimitados a partir do contato com o grupo. Esse tipo de intervenção segue a tradição da pesquisa-ação no campo da psicologia social. A relação dos pesquisadores com as práticas de atenção e de intervenção é bastante forte, o que, associado ao conhecimento da efetividade da aplicação das OIP na saúde, também contribuiu para a escolha dessa metodologia. A intervenção psicossocial inclui a sensibilização em relação ao tema a ser trabalhado e a elaboração da experiência facilitada pela reflexão. Além disso, foi observada a importância da intervenção psicossocial com pequenos grupos nas áreas da saúde e comunidades em geral, como forma de facilitar que ocorram nos grupos as mudanças necessárias e desejáveis.<sup>25</sup>

Levando-se em consideração os temas de debate dos nove encontros e as atribuições conferidas aos ACS pelo Ministério da Saúde, foi realizada uma análise de conteúdo<sup>26</sup> a partir das seguintes categorias: a) a discrepância entre o que é determinado e a prática do ACS; b) os dilemas enfrentados por esses profissionais; c) a qualidade do vínculo estabelecido entre os ACS e os usuários; e d) o vínculo dos ACS com os demais membros da equipe. Neste artigo são apresentados apenas os dados referentes à criação de vínculos com a comunidade e com a equipe, por se tratar de importante fator psicossocial, notadamente para os trabalhadores da atenção primária, como os ACS. A proposta é repensar o trabalho dos ACS levando-se em conta suas próprias concepções acerca do mesmo, as atribuições determinadas pelo Ministério da Saúde e as produções teóricas acerca desse trabalho.

O Comitê de Ética da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ) emitiu o parecer de nº 008/2012 aprovando a presente pesquisa, e todos os ACS participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

## Resultados e Discussão

### O agente comunitário de saúde como facilitador de vínculos

É importante ressaltar a qualidade do vínculo do ACS com a comunidade. O texto “Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde”<sup>27</sup> é muito ilustrativo quando se pensa na especificidade do trabalho do ACS. Como destacam os autores, os ACS trabalham “possibilitando a construção de um território comum, servindo como canais de comunicação, articulando escuta e fala – compreensão – entre pessoas da comunidade e profissionais da saúde” (p. 78)<sup>27</sup>. Nesta pesquisa foi possível corroborar essas ideias, pois os ACS manifestaram nas OIP a consciência da importância de seu papel enquanto facilitadores de vínculos, característica fundamental no trabalho na ESF junto à equipe. As ideias acerca do vínculo, surgidas durante as OIP, podem ser resumidas da seguinte maneira: a) o vínculo dos ACS com a comunidade é privilegiado pelo fato de estes pertencerem à população na qual atuam, conhecerem-na e terem acesso às residências; b) além disso, outra importante função do vínculo estabelecido pelos ACS é a facilitação do diálogo entre equipe de saúde e comunidade.

Esse texto é muito importante, principalmente por apontar questões sobre a percepção que o agente comunitário possui sobre os vínculos que constrói no dia-a-dia de sua atuação nas comunidades. Os autores<sup>27</sup> lembram que o MS estabeleceu como premissa que, para se tornar agente comunitário, a pessoa deve residir na comunidade onde irá atuar, para facilitar a aproximação entre equipe de saúde e comunidade.

Segundo o Programa de Humanização do SUS, nas UBS e na prática dos ACS devem ser priorizadas as formas de acolhimento do usuário, sempre pautadas pelo exercício da solidariedade e da cidadania. Os ACS participantes da presente pesquisa reconheceram o diferencial do seu vínculo com a comunidade e com os outros profissionais da equipe, como destacado nas falas abaixo:

*O agente comunitário é um profissional importante na saúde porque ajuda os outros profissionais a conhecer melhor as famílias atendidas e atender elas melhor também. (ACS 1).*

*O agente comunitário é quem leva informação e dá assistência à população sobre questões relacionadas à saúde em geral. Faz com que o paciente se sinta uma pessoa importante porque tem alguém interessado em saber sobre a saúde dele. (ACS 4).*

*O agente é o profissional que está sempre ajudando as pessoas, independente de serem pobres ou ricas. É quem faz os cadastros e orienta as pessoas sobre diabetes e pressão, por exemplo. (ACS 5).*

*O agente comunitário é um amigo das famílias... Ele chega e conhece aquela família, sabe dos problemas que ela passa, procura ajudar a resolver o que tiver ao alcance. (ACS 5).*

*ACS significa muita coisa, é aquele que gosta de ajudar as pessoas, levando informações e fazendo orientações às pessoas da comunidade. Muitas vezes, tenta solucionar os problemas enfrentados pelas famílias. (ACS 7).*

É interessante perceber a dimensão humanitária e de cidadania presente em documentos do Ministério da Saúde, que definem o ACS como sendo o “elo principal entre a comunidade e o serviço de saúde, o trabalhador de saúde que possui um perfil complexo, permeável, com fronteiras não bem definidas, fluidas, situado na interface entre as obrigações do Estado para com seus cidadãos e o protagonismo da população”.<sup>28</sup>

Durante os encontros, os ACS mencionaram os desafios de se lidar com pessoas, mas consideraram que o fato de conhecerem a comunidade é um facilitador da comunicação com as famílias:

*Ah, a gente lida bem com as pessoas, elas têm liberdade de falar com a gente sobre os problemas do dia-a-dia. Porque também o agente é o amigo das famílias: é aquele que participa da vida das pessoas, que deixa elas se abrirem e colocarem seus problemas, medos e preocupações. (ACS 3).*

*Eu gosto de ser agente, mesmo que tem hora que as pessoas são muito ignorantes e nem sempre querem a nossa visita. Mas como a gente conhece a pessoa, você releva e tenta ajudar a pessoa assim mesmo. Aí outro dia que você volta a pessoa já atende melhor e a gente já sabe que ela tá num melhor humor. (ACS 9).*

Silva et al.<sup>27</sup> partindo da teoria de Habermas, comentam que o trabalho do agente comunitário estaria inserido em distintas formas do agir: a) o agir comunicativo, quando estabelece interações no dia a dia da comunidade; e b) o agir estratégico, ao desenvolver, a partir de conhecimentos biomédicos, ações de promoção de saúde ou prevenção às situações de risco sanitário, tendo como meta atender às determinações das políticas públicas de saúde. Os autores reconhecem que o êxito ou fracasso dependem dos meios oferecidos para o alcance dessa meta.

Na prática do ACS, é bastante comum o fato de a esfera do trabalho ser priorizada em detrimento da esfera das interações. O excesso de burocratização, os protocolos e o tecnicismo são apontados como fatores que acabam enrijecendo o agir do ACS. Por outro lado, quando a esfera do trabalho consegue ser constantemente alimentada pela esfera das interações, o trabalho do agente flui e passa a incluir diversas possibilidades em sua ação, tornando-se um laço nas relações.<sup>27</sup> A fala de um dos agentes comunitários é bem ilustrativa sobre a questão do tipo de ação que é enfatizado na prática:

*Eu já trabalho como agente comunitário desde a primeira equipe que teve aqui, trabalho porque gosto mesmo de mexer com pessoas. Vejo que, quando a gente faz alguma coisa pra pessoa, ela fica feliz, agradece, manda Deus ajudar. E parece que eles gostam da gente. Mas mudou muito hoje em dia: o agente é muito cobrado, é muito papel para preencher. Tem de tudo quanto é tipo de formulário. E com isso a gente tem menos tempo para fazer as visitas, ou, dependendo a gente tem menos tempo para conversar nas famílias que a gente visita. Eu acho que mudou, mas quem saiu perdendo foi a população. Isso de fichas, a gente sabe que é só pra aumentar os números lá de cobertura. Mas e o atendimento? Como fica? (ACS 8).*

Outro agente, que também trabalha desde a constituição da primeira equipe de saúde da família neste município, vê as mudanças – principalmente o excesso de burocracia – como um aspecto negativo da atual configuração do trabalho do ACS, mas acredita que algumas outras mudanças melhoraram a organização do serviço:

*Eu achei bom quando fui selecionada para trabalhar nessa equipe. Ela é muito melhor do que a minha primeira equipe porque aqui parece que as pessoas levam mais a sério, ajudam mais uns aos outros. Têm mais compromisso mesmo. Eu acho que organizou mais o serviço. Antes era assim: quem queria trabalhava e quem não queria enrolava. O problema agora é muito formulário pra preencher e eu não gosto muito dessa parte, mas os colegas me ajudam. Até nisso melhorou, viu? E lidar com esse povo é o que eu mais gosto de fazer. Só de ver que a pessoa ficou grata, a gente já se sente realizada. (ACS 7).*

As OIP possibilitaram aos pesquisadores perceber que esses profissionais se sentem isolados dentro da equipe de saúde, ou seja, o vínculo estabelecido entre os próprios agentes ainda é frágil. No entanto, durante os encontros, os agentes demonstraram que necessitam de um espaço de reflexão e de debate que seja exclusivamente deles, para que, após conhecerem melhor o próprio papel, possam estabelecer novos vínculos com o restante da equipe e com os usuários. A partir do conhecimento da própria prática, os ACS poderão estabelecer laços, e não só se constituírem como elos entre a comunidade e o serviço de saúde local. Isso pode ser percebido na fala de um dos agentes:

*A gente na equipe é o faz-tudo, mas é assim: o que dá certo é o que os outros da equipe fizeram e o que dá errado vem todo mundo cobrar da gente. O agente comunitário não é quase ninguém na equipe, mas a comunidade confia mais na gente do que nos outros, isso é verdade. Eu penso que se nos unirmos a situação pode melhorar, porque a gente não tem confiança nem nos colegas (agentes de saúde), a gente vai ter nos outros (da equipe de saúde da família)? (ACS 8).*

Os ACS participantes do grupo destacaram que há uma grande exigência por parte do Ministério da Saúde que repercute diretamente no relacionamento com a equipe. Não obstante, os agentes participantes da pesquisa apontam para a formação de um grupo, no qual passaram a aceitar divergências de opiniões. Assim, os ACS passaram a ouvir melhor os colegas de trabalho e a se sentirem mutuamente ajudados. O estabelecimento de um vínculo diferenciado será primordial para que os ACS realmente façam a diferença em sua prática.

A partir dos nove encontros promovidos nas Oficinas de Intervenção Psicossocial realizadas com os ACS, pôde-se verificar que se tratou de um modo eficaz de abordagem desse grupo de trabalhadores em saúde, principalmente por ser possível atingir o objetivo principal da presente pesquisa: conhecer a concepção dos ACS sobre o próprio trabalho. As OIP oportunizaram o encontro dos ACS e representaram o espaço aberto em que estes se sentiram à vontade para debater e refletir sobre os desafios e as conquistas de sua prática. Ao final dos encontros, os agentes perceberam que há muito mais aspectos comuns em sua prática do que imaginavam, embora haja diferenças econômicas, culturais e características peculiares de cada área de atuação. As oficinas não pretenderam torná-los um grupo com objetivos comuns definidos, mas possibilitar um espaço de encontro dos agentes, como mencionado anteriormente. A conclusão das oficinas foi de que os agentes passaram a perceber que as reivindicações e os dilemas que guardavam, no dia-a-dia de trabalho, foram explicitados e compartilhados pelos demais integrantes do grupo.

O presente estudo tem como limitação principal o fato de não ser possível a generalização dos resultados para outros contextos, uma vez que objetivou o estudo de um contexto específico, através de estudo de caso. Por outro lado, pode-se dizer que a diretriz de descentralização do sistema de saúde foi realçada nesta pesquisa, dado que se trabalhou com agentes comunitários de saúde de um município com população de 4756 habitantes, com duas equipes de saúde, sendo uma urbana e a outra rural.

## Conclusão

Ao se analisarem os documentos do Ministério da Saúde,<sup>29,30</sup> pode-se perceber que as principais modificações ocorridas no trabalho dos ACS dizem respeito a um maior detalhamento das atribuições determinadas pelo MS, à ênfase na contextualização de suas ações e ao aumento da burocratização de sua prática. O excesso de protocolos desafia o estabelecimento de vínculo, pois os ACS despendem parte de seu tempo preenchendo formulários, tempo que poderia ser investido no vínculo com a população, aspecto essencial do trabalho deste profissional.

O caminho traçado de pesquisa-ação possibilitou que os ACS adquirissem maior conhecimento sobre a atenção primária à saúde, especificamente através do trabalho do ACS e de suas ações, que tão bem representam o atual momento da saúde pública no Brasil.

## Referências

1. Viana AL, Dal Poz MR. A reforma do Sistema Único de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *PHYSIS: Rev Saúde Coletiva*. 2005;15(supl.):225-64.
2. World Health Organization (WHO). Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. Genebra: WHO; 1946.
3. Pupin VM, Cardoso CL. Agentes comunitários de saúde e os sentidos de “ser agente”. *Estudos de Psicologia*. 2008;13(2):157-63. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2008000200008>.
4. Senra TDM. Enfermagem na Saúde da Família. Apostila do Curso de Enfermagem da Universidade de Viçosa. Viçosa: [publisher unknown]; 2004.
5. Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais. Legislação do Sistema Único de Saúde - SUS. O SUS é para todos. Belo Horizonte: SESMG; 2006.
6. Chaves LM. Programa Saúde da Família: satisfação dos membros das famílias inscritas em Goiânia-GO [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Rio de Janeiro; 2002.
7. Silva MH; Santos MR. Perfil Social dos agentes comunitários de saúde vinculados ao programa de saúde da família da zona norte do município de Juiz de Fora. *Rev APS*. 2003;6(2):70-6.
8. Costa SL, Carvalho EN. Agentes comunitários de saúde: agenciadores de encontros entre territórios. *Ciência Saúde Coletiva*. 2012;17(11):2931-2940. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100010>.
9. Lotta GS. Saberes Locais, Mediação e Cidadania: o caso dos agentes comunitários de saúde. *Saúde Soc*. 2012;(21):210-222.
10. Crispim JA, Scatolin BE, Silva LMC, Pinto IC, Palha PF, Arcêncio RA. Agente Comunitário de Saúde no controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(5):721-727. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012005000021>.
11. Castanha AR, Araújo LF. Álcool e agentes comunitários de saúde: um estudo das representações sociais. *Psico-USF*. 2006;11(1):85-94.
12. Ferreira VM, Ruiz T. Atitudes e conhecimentos de agentes comunitários de saúde e suas relações com idosos. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(5):843-849. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000500011>.
13. Santos JN. Percepção de agentes comunitários de saúde sobre os riscos à saúde fonoaudiológica. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2012;17(3):333-339. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342012000300016>.
14. Waidman MAP, Costa B, Paiano M. Percepções e atuação do agente comunitário de saúde em saúde mental. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(5):1170-1177. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000500019>.
15. Hesler LZ, Costa MC, Resta DG, Colomé ICS. Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(1):180-186. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000100023>.
16. Nunes CC, Amador TA, Heineck I. O medicamento na rotina de trabalho dos agentes comunitários de Saúde da Unidade Básica de Saúde Santa Cecília, em Porto Alegre, RS, Brasil. *Saúde Soc*. 2008;17(1):85-94.
17. Pereira IC, Oliveira MAC. O trabalho do agente comunitário na promoção da saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(3):412-419. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000300017>.
18. Bornstein VJ, David HMSL, Araújo JWG. Agentes comunitários de saúde: a reconstrução do conceito de risco no nível local. *Interface Comunicação Saúde Educação*. 2010;14(32):93-101. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000100008>.
19. Mialhe FL, Lefevre F, Lefevre AMC. O agente comunitário de saúde e suas práticas educativas em saúde bucal: uma avaliação quali-quantitativa. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(11):4425-4432.
20. Costa SM, Araújo FF, Martins LV, Nobre LLR, Araújo FM, Rodrigues CAQ. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;17(7):2147-2156. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700030>.
21. Galavote HS, Franco TB, Lima RCD, Belizário AM. Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixões e afetamentos. *Interface Comunicação Saúde Educação*. 2013;17(46):575-586. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013005000015>.
22. Baralhas M, Pereira MAO. Concepções dos agentes comunitários de saúde sobre suas práticas assistenciais. *PHYSIS: Rev Saúde Coletiva*. 2011;21(1):31-46.
23. Minayo MCS, Minayo CG. Dífceis e possíveis relações entre os métodos quantitativos e qualitativos nos estudos dos problemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.
24. Afonso ML. Oficinas em Dinâmica de Grupo na Área da Saúde: um método de intervenção psicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006.
25. Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(4):727-33. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000500025>.
26. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2006.
27. Silva RVB, Stelet BP, Pinheiro R, Guizardi FL. Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In: Pinheiro R; Mattos RA, editores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec; 2004. p. 75-90.
28. Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva. Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
29. Ministério da Saúde (BR). Manual do Agente Comunitário de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, FUNASA; 1991.
30. Ministério da Saúde (BR). Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, FUNASA; 1994.

## Relação entre a inserção da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família e o nível de conhecimento dos agentes comunitários de saúde

Relation between the insertion of the Oral Health Team in the Family Health Strategy and the level of knowledge of community health workers

*Relación entre la inserción del Equipo de Salud Bucal en la Estrategia de Salud Familiar y el nivel de conocimiento de los agentes comunitarios de salud*

Ronald Jefferson Martins. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Araçatuba, SP, Brasil. rojema@foa.unesp.br (Autor correspondente)

Suzely Adas Saliba Moimaz. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Araçatuba, SP, Brasil. sasaliba@foa.unesp.br

Artênio José Ísper Garbin. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Araçatuba, SP, Brasil. agarbin@foa.unesp.br

Patrick Raphael Vicente Gonçalves. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Araçatuba, SP, Brasil. patrick.raaphael@hotmail.com

Cléa Adas Saliba Garbin. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Araçatuba, SP, Brasil. cgarbin@foa.unesp.br

### Resumo

**Objetivo:** identificar a relação entre o nível de conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre saúde bucal e a presença da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. **Métodos:** uma pesquisa tipo inquérito foi realizada com 173 agentes comunitários de saúde alocados na rede pública de saúde em cinco municípios da região noroeste do estado de São Paulo, Brasil, por meio de um questionário autoaplicável, estruturado. O instrumento da pesquisa contemplava perguntas referentes à presença da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família e questões sobre saúde bucal. **Resultados:** a maioria dos agentes comunitários de saúde estava inserida em estratégias com a presença de Equipes de Saúde Bucal (60,1%). Verificou-se que o conhecimento em saúde bucal da maioria dos participantes foi bom (48%). **Conclusão:** existe relação entre o nível de conhecimento dos agentes comunitários de saúde e a presença da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família.

### Palavras-chave:

Agentes Comunitários de Saúde  
Saúde da Família  
Saúde Bucal

### Abstract

**Objective:** to identify the relation between the level of knowledge of community health workers on oral health and the presence of the Oral Health Team in the Family Health Strategy. **Methods:** we performed a survey with 173 community health workers allocated in public health services of five municipalities in the northwest of São Paulo, Brazil, through a self-administered and structured instrument. The survey instrument contemplated questions related to the presence of the Oral Health Team in the Family Health Strategy and questions regarding oral health. **Results:** the majority of community health workers was inserted in strategies with the presence of Oral Health Teams (60.1%). We found that the oral health knowledge of most participants was good (48%). **Conclusion:** there is relation between the level of knowledge of community health workers and the presence of the Oral Health Team in the Family Health Strategy.

### Keywords:

Community Health Workers  
Family Health  
Oral Health

### Resumen

**Objetivo:** identificar la relación del nivel de conocimiento de los agentes comunitarios de salud sobre salud bucal y la presencia del Equipo de Salud Bucal en la Estrategia Salud de la Familia. **Métodos:** se realizó una investigación tipo encuesta con 173 agentes comunitarios de salud de la red pública de salud en cinco municipios de la región noroeste del estado de São Paulo, Brasil, por medio de un cuestionario autoaplicable, estructurado. El instrumento de recogida de datos tenía preguntas sobre la presencia del Equipo de Salud Bucal en la Estrategia Salud de la Familia y cuestiones sobre salud bucal. **Resultados:** la mayoría de los agentes comunitarios de salud estaba inserta en estrategias con la presencia de equipos de salud bucal (60,1%). Se observó un buen conocimiento sobre salud bucal en la mayoría de los participantes (48%). **Conclusión:** hay relación entre el nivel de conocimiento de los agentes comunitarios de salud y la presencia del Equipo de Salud Bucal en la Estrategia Salud de la Familia.

### Palabras clave:

Agentes Comunitarios de Salud  
Salud de la Familia  
Salud Bucal

**Como citar:** Martins RJ, Moimaz SAS, Garbin AJ, Gonçalves PRV, Garbin CAS. Relação entre a inserção da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família e o nível de conhecimento dos agentes comunitários de saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(33):pp-pp. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(33\)767](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(33)767).

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

**Parecer CEP:**  
UNESP FOA-01460/2011,  
24/10/2011.

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

Recebido em: 24/06/2013.  
Aprovado em: 09/01/2014.

## Introdução

O trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) iniciou-se a partir do Programa de Agentes de Saúde (PAS) em 1987, originado por meio do Programa Emergencial no Estado do Ceará, que ocorreu entre junho de 1987 e junho de 1988, em função da seca<sup>1</sup>. A repercussão do trabalho realizado pelos agentes de saúde foi tão significativa que o Ministério da Saúde, em 1991, decidiu criar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com o intuito de estimular o autocuidado por meio de repasse de informações, contemplando a prevenção, a promoção da saúde e a ampliação do acesso ao sistema de saúde.<sup>1,2</sup>

O PACS representou a etapa transitória para a criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, posteriormente denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), com a finalidade de reorganizar a Atenção Primária à Saúde no país, priorizando as ações de promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, tendo como eixo de trabalho a prática da vigilância em saúde, pautado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) - universalidade, equidade e integralidade - e seus princípios organizacionais - hierarquização, descentralização, regionalização, participação e controle social.<sup>2,3</sup>

Nesse contexto, o ACS assume um papel crucial na implantação e na funcionalidade da ESF, visto ser o elo entre a comunidade e os serviços de saúde. Por residir no mesmo local em que trabalha, proporciona o contato permanente com a população assistida, partilhando, normalmente, do mesmo status socioeconômico e das experiências sociais e culturais da comunidade a que serve.<sup>4</sup> O contato entre o ACS e a comunidade é estabelecido por meio das visitas domiciliares, permitindo o conhecimento das reais condições de saneamento, moradia, educação, nutrição, lazer e trabalho das famílias.<sup>5</sup>

No intuito de ampliar o acesso da população às ações em saúde bucal, e considerando-a como parte integrante e indissociável da saúde do indivíduo, o Ministério da Saúde criou a Portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, a qual regulamenta e estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios.<sup>6</sup> Tal portaria incluiu as Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF e, conseqüentemente, acarretou um maior número de atribuições aos deveres dos ACS, destacando-se o desenvolvimento de ações educativas e preventivas em saúde bucal.<sup>7</sup>

Frente a isso, o ACS, articulado à ESB, e devidamente capacitado, pode contribuir para fortalecer o conhecimento da população no enfrentamento dos problemas de saúde, além de auxiliar a equipe de saúde bucal na identificação das famílias mais vulneráveis que necessitam de ações específicas e melhorar o acesso e a utilização dos serviços primários de saúde, a fim de evitar a assistência odontológica tardia, reduzindo a necessidade de consultas de urgência.<sup>8</sup>

Visto que a literatura apresenta poucos estudos que procuraram verificar a influência da realização de capacitação dos agentes comunitários de saúde pela Equipe de Saúde Bucal, e a relação da inserção desta com o nível de conhecimento dos ACS sobre saúde bucal, objetivou-se neste estudo identificar a relação entre o nível de conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre saúde bucal e a presença da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em cinco municípios do estado de São Paulo, Brasil.

## Métodos

Trata-se de um estudo censitário, transversal, com uma abordagem quantitativa, onde a população do estudo foi constituída por todos os agentes comunitários de saúde dos municípios de Araçatuba, Bilac, Birigui, Coroados e Glicério, localizados na região noroeste do estado de São Paulo, Brasil e pertencentes ao Departamento Regional de Saúde II (DRS II) – Araçatuba.

Inicialmente, foram contactados os gestores do sistema de saúde dos municípios pesquisados para informá-los a respeito do objetivo do estudo e do posterior uso dos dados coletados, a fim de obter apoio para a realização do estudo. Posteriormente, foi realizado um pré-teste do instrumento com 10% do universo da pesquisa, em municípios distintos aos pesquisados. Os resultados foram analisados com base no estudo de Andrade et al (2008),<sup>9</sup> onde a caracterização do nível de conhecimento dos ACS foi baseada no percentual de acertos.

Para a coleta dos dados, foi utilizado um questionário estruturado, autoaplicável, composto por questões referentes à presença do cirurgião-dentista na ESF, realização de capacitação em saúde bucal e o responsável pela mesma, percepção da necessidade de mais informações sobre o tema, ações e atividades educativas e preventivas em saúde bucal realizadas nas famílias e o responsável por essas práticas, orientações sobre higienização bucal da população, presença de material educativo

e questões específicas sobre assuntos relacionados à odontologia. Essas questões se apresentavam nos seguintes formatos: afirmações do tipo “Os dentes de leite não precisam ser tratados porque serão substituídos pelos dentes permanentes”, dando como possibilidade de resposta “certo ou errado”; questões de múltipla escolha como “O primeiro molar permanente, conhecido como molar dos 6 anos, erupciona:” “atrás do último molar temporário (dente de leite)”, “substitui um dente temporário (de leite)”, ou “não sei”; e questões que procuravam analisar o conhecimento sobre saúde bucal, como “Você sabe o que é placa dental?”, dando como possibilidade de resposta “sim” ou “não”. No caso de a resposta ser afirmativa, pedia-se para que fosse explicado o significado do termo mencionado. A análise dessas respostas foi realizada com base na literatura atual, julgando como “errada” na tabulação dos dados apenas a resposta dada que fugia completamente ao tema.

A fim de obter um escore a partir do número de acertos que representasse o nível de conhecimento do ACS, foram somadas as respostas corretas seguindo os critérios de classificação: insuficiente (até 24% de acertos), regular (25 a 49% de acertos), bom (50 a 74% de acertos) e ótimo (75 a 100% de acertos).<sup>9,10</sup>

Os dados coletados foram tabulados por meio do programa Epi Info, versão 3.5.2, analisados estatisticamente por meio do teste qui-quadrado de Pearson, com nível de significância de 5%, e apresentados em frequências absolutas e percentuais.

O trabalho foi conduzido dentro dos padrões exigidos pela Resolução 196/CNS e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP, processo FOA – 01460/2011. Os ACS que aceitaram participar do estudo foram informados em relação à finalidade e ao sigilo das informações coletadas e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados

A população do estudo era composta pelos 307 ACS dos cinco municípios integrantes da pesquisa, sendo que 173 sujeitos (56,4%) aceitaram responder ao questionário. Os demais recusaram a participação no estudo ou se encontravam em período de férias. As perdas foram similares nos dois grupos pesquisados (ESF com ou sem ESB implantada).

Destes ACS, a maioria era do sexo feminino, tinha de 40 a 49 anos de idade (29,5%) e atuava como ACS há 3 ou 4 anos (39,9%) (Tabela 1).

**Tabela 1.** Sexo, faixa etária e tempo de serviço dos agentes comunitários de saúde.

	n	%
Gênero		
Masculino	10	5,8
Feminino	163	94,2
Faixa etária		
<20 anos	1	0,6
20 - 29 anos	35	20,2
30 - 39 anos	50	28,9
40 - 49 anos	51	29,5
Mais de 50 anos	36	20,8
Tempo de atuação como ACS		
1 - 2 anos	64	37
3 - 4 anos	69	39,9
5 - 7 anos	18	10,4
8 - 10 anos	19	11
Mais de 10 anos	3	1,7

A maior parcela dos agentes comunitários de saúde avaliada estava inserida em estratégias com ESB (60,1%). A maioria relatou não ter sido capacitada (63%) e sentir a necessidade de um maior conhecimento sobre saúde bucal (86,1%), além de não possuir nenhum tipo de material educativo (86,1%) (Tabela 2).

**Tabela 2.** Presença do cirurgião-dentista (CD) na ESF, realização de capacitação em saúde bucal, ações sobre saúde bucal realizadas pela equipe, percepção da necessidade de mais informações pelo ACS e disponibilidade de material informativo.

	n	%
Presença do CD na Estratégia Saúde da Família		
Sim	104	60,1
Não	69	39,9
Capacitação em Saúde Bucal		
Sim	64	37
Não	109	63
Realização de orientações em Saúde Bucal		
Sim	63	36,4
Não	110	63,6
Percepção da necessidade de mais informações sobre o tema		
Sim	149	86,1
Não	24	13,9
Responsável pelas atividades preventivas em saúde bucal		
Não realiza	66	38,1
ACS	9	5,2
Cirurgião-Dentista	95	54,9
Enfermeiro	2	1,2
Médico	1	0,6
Disponibilidade de material educativo		
Sim	24	13,9
Não	149	86,1

Com relação às questões referentes à saúde bucal, 164 ACS (94,8%) não sabiam que a técnica de escovação indicada para crianças era diferente da técnica para adultos; 120 (69,4%) desconheciam que o primeiro molar permanente erupciona atrás do último molar temporário (“dente de leite”); 104 (60,1%) não compreendiam a causa do sangramento gengival; 100 (57,8%) não souberam responder o que é placa bacteriana e 93 (53,8%), o que é a cárie dentária. Além disso, 85 ACS (49,1%) desconheciam a quantidade ideal de pasta dentária que deve ser colocada na escova de dentes, 78 (45,1%) não sabiam como ensinar o indivíduo adulto a escovar e 73 (42,2%) não souberam responder o número de vezes que os dentes devem ser escovados diariamente, tampouco as características ideais da escova. Dos participantes da pesquisa, 64 ACS (37%) desconheciam a importância da utilização do flúor para prevenção da cárie dentária, 56 (32,4%) não souberam informar quais os alimentos mais prejudiciais à saúde bucal, 59 (34,1%) não souberam dizer qual é o período do dia em que se deve ter maior atenção na escovação dentária, 41 ACS (23,7%) não souberam explicar a importância do uso do fio dental, 37 (21,4%) não conheciam as funções dos dentes, 32 (18,5%) não compreendiam que os “dentes de leite” precisam ser tratados apesar de substituídos pelos dentes permanentes e 21 (12,2%) desconheciam que os alimentos açucarados poderiam ser consumidos, desde que fosse realizada a escovação dos dentes após esse tipo de alimentação.

De acordo com o critério utilizado para classificar o conhecimento em saúde bucal dos integrantes do estudo, foi observada a predominância do conceito “BOM” (48% dos questionários), seguido do “REGULAR” (26%), “ÓTIMO” (13,3%) e “RUIM” (12,7%).

Por meio do teste do qui-quadrado, foi detectada associação estatisticamente significativa da capacitação recebida e da presença da ESB na ESF com o nível de conhecimento em saúde bucal dos ACS (Tabelas 3 e 4).

**Tabela 3.** Associação entre o conceito obtido pelos pesquisados e a realização de capacitação em saúde bucal pelo agente comunitário de saúde (ACS).

Conceito	Realizaram capacitação em saúde bucal		Não realizaram capacitação em saúde bucal		Total	
	n	Porcentagem	n	Porcentagem	n	Porcentagem
Insuficiente	0	0	19	100	19	100
Regular	6	16,2	31	83,8	37	100
Bom	33	47,8	36	52,2	69	100
Ótimo	25	52,1	23	47,9	48	100
Total	64	37	109	63	173	100

\*Qui-quadrado = 26,17 e valor  $p < 0,001$ .

**Tabela 4.** Associação entre o conceito obtido pelos pesquisados e a presença da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Conceito	ESF com ESB implantada		ESF sem ESB implantada		Total	
	n	Porcentagem	n	Porcentagem	n	Porcentagem
Insuficiente	0	0	19	100	19	100
Regular	12	32,4	25	67,6	37	100
Bom	51	73,9	18	26,1	69	100
Ótimo	40	83,3	8	16,7	48	100
Total	103	59,5	70	40,5	173	100

\*Qui-quadrado = 56,44 e valor  $p < 0,001$ .

## Discussão

O medo de se tratar de fiscalização por parte do poder executivo, ou perseguição política, ou ainda o receio de ser observado e veiculado o desconhecimento e a não realização por parte dos agentes comunitários de saúde de ações e atividades inerentes ao seu trabalho, pode explicar em parte a não participação desses trabalhadores na pesquisa, apesar de explicitado que os dados em hipótese alguma seriam divulgados de maneira individual ou identificados.<sup>11</sup> Uma taxa de resposta de pelo menos 50% é considerada adequada para análise e relatório, embora esta seja uma regra rudimentar e sem base estatística, sendo considerada a ausência de viés de resposta mais importante do que uma alta taxa de resposta.<sup>12</sup>

O ACS é um personagem da própria comunidade, que se identifica com ela em seus aspectos sociais e culturais, pois reside na área onde trabalha, o que define um envolvimento singular com os problemas que acometem a saúde das famílias assistidas.<sup>13</sup>

A grande maioria dos ACS participantes da pesquisa era do gênero feminino, corroborando outros estudos,<sup>7,8,14,15</sup> o que sugere a adequação do gênero a essa categoria profissional. A ação próxima às famílias e a habilidade advinda do processo de socialização feminino são elementos que justificam a presença e a seletividade de sexo/gênero nos processos de contratação para essa atividade.<sup>14</sup> Tal característica apresenta-se como uma condição favorável para o desenvolvimento das atividades realizadas, uma vez que as mulheres possuem maior sensibilidade para entender e enfrentar os problemas da comunidade.<sup>5</sup>

Segundo o Ministério da Saúde, um dos pré-requisitos para exercer a função de ACS é ter pelo menos 18 anos de idade, não sendo estabelecido um limite máximo de idade.<sup>16</sup> No presente estudo, foi verificado o predomínio de ACS nas idades adulta e meia idade e que apresentavam pequeno tempo de atuação na ESF.

O tempo de atuação na ESF é considerado crucial para o entendimento do trabalho do ACS, que é pautado em suas práticas cotidianas. Nesse contexto, acredita-se que o conhecimento em relação à comunidade, os vínculos e os laços de amizade aumentem com a idade do ACS, apesar de esses trabalhadores mais velhos serem mais resistentes a novos conceitos e tendências, diferentemente dos mais jovens, onde há maior maleabilidade a mudanças e conceitos.<sup>17</sup>

O trabalho desenvolvido pelos ACS é pautado por meio do desenvolvimento de ações primárias em saúde e atividades de caráter educativo.<sup>18</sup> Entretanto, os resultados encontrados demonstram que poucos ACS eram os agentes responsáveis pelas ações de caráter educativo em saúde bucal e que a menor parcela dos entrevistados repassava orientações sobre higiene bucal para as famílias pelas quais eram responsáveis. Tais achados divergem do estudo realizado por Holanda, Barbosa e Brito,<sup>19</sup> que evidenciaram os ACS como responsáveis pela execução de atividades educativas em saúde bucal, mesmo diante da insegurança em repassar tais informações.

Para que o ACS possa influenciar positivamente no conhecimento em saúde bucal da população pela qual é responsável e, conseqüentemente, aumentar a conscientização dessas pessoas para a questão do autocuidado, é necessário que esse trabalhador esteja devidamente capacitado para desenvolver tais ações. No entanto, a formação original do ACS, usualmente vinculada à categoria de enfermagem e médica, contribui para o distanciamento de relações entre os cirurgiões-dentistas e os ACS, dificultando a realização de ações em saúde bucal por esses trabalhadores.<sup>19</sup> Tal fato reforça a fragmentação da equipe e o desafio da visão interdisciplinar da saúde.

De acordo com alguns estudos,<sup>20,21</sup> os cirurgiões-dentistas atuantes na ESF possuem perfil voltado para a clínica, aspecto que está relacionado à sua formação acadêmica centrada nas práticas tradicionais. Além disso, executam suas funções de forma fragmentada, com base no modelo curativo, o que não permite a articulação das ações entre os membros da equipe de maneira sistemática.

Os cirurgiões-dentistas que compõem as ESB devem compreender a importância que os agentes comunitários de saúde assumem na resolução dos principais problemas de saúde bucal<sup>5</sup> Cabe a esses profissionais repassar informações sobre saúde bucal para os ACS, proporcionando aos mesmos conhecimentos suficientes para atuarem como agentes multiplicadores de informações na comunidade, a fim de melhorar a higienização, diminuir os índices de cárie, detectar precocemente o câncer de boca e aumentar a qualidade de vida das famílias.<sup>5</sup>

Para que o cirurgião-dentista possa fornecer ao ACS uma capacitação em saúde bucal pautada nos princípios do Sistema Único de Saúde, torna-se necessário uma formação acadêmica com experiências vividas por meio da integração entre ensino-serviço, o que contribui, não somente para a compreensão da realidade, mas também para o crescimento profissional e comprometimento com as mudanças sociais necessárias, permitindo visualizar os fatores relevantes que influenciam o processo saúde-doença.<sup>22,23</sup> Nesse contexto, é importante salientar que a qualificação profissional e a dedicação exclusiva ao sistema público de saúde demonstram características de perfil profissional singulares e condizentes com as exigências do trabalho junto à Estratégia Saúde da Família.<sup>24</sup>

A realização de capacitação e a presença do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família influenciaram positivamente no conhecimento em saúde bucal do ACS, fato observado no presente estudo. Corroborando tais achados, Frazão e Marques<sup>25</sup> verificaram a influência da capacitação do ACS na percepção de saúde bucal de mulheres e mães, onde se obteve significativas mudanças nos conhecimentos apresentados, tanto pelo grupo de ACS, quanto pelo grupo de mulheres e mães, efeito atribuído às ações destes trabalhadores por meio de visitas domiciliares.

Os resultados encontrados no presente trabalho mostraram que a população estudada apresentava deficiências em determinados assuntos relacionados à saúde bucal e que a maior parte dos ACS não teve nenhum tipo de capacitação em relação ao tema. O aperfeiçoamento técnico-científico do ACS, de forma continuada, é fundamental para o aprimoramento de suas habilidades e aquisição de novas competências.<sup>18</sup> Devem ser pensadas estratégias de ação que proporcionem um reforço contínuo dos sujeitos envolvidos no processo e da população, com a ajuda de instrumentos educativos variados, já que a educação deve ser pensada como um processo capaz de desenvolver nos indivíduos a consciência crítica das reais causas de seus problemas, criando um espírito para mudança; de transformar atitudes e comportamentos; de formar hábitos na população em benefício de sua própria saúde; além de permitir uma reflexão sobre as condições reais de vida das pessoas.<sup>26,27</sup>

É fundamental que os gestores do sistema de saúde municipal facilitem a realização de capacitações periódicas em saúde bucal, a fim de proporcionar aos ACS a possibilidade de contribuir de maneira mais eficaz nas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Além disso, devem fornecer materiais educativos de saúde bucal para compor o arsenal de conhecimento a ser repassado à população assistida pela ESB.

## Conclusão

Embora seja possível que o resultado não represente o nível de conhecimento da totalidade dos pesquisados, sugere-se que existe relação entre o nível de conhecimento dos agentes comunitários de saúde e a presença da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. Compreende-se que a constante capacitação dos ACS possibilitará que as ações e atividades em saúde bucal sejam desenvolvidas com maior eficácia, melhorando a qualidade de vida da população assistida.

## Referências

1. Ávila MMM. O programa de agentes comunitários de saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(1):349-60. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100037>.
2. Melo MB, Brant LC, Oliveira LA, Santos APS. Qualificação de agentes comunitários de saúde: instrumento de inclusão social. *Trab Educ Saúde*. 2010;7(3):463-77. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462009000300005>.
3. Cericato GO, Garbin D, Fernandes APS. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. *RFO UPF*. 2007 [acesso em 2013 Jan 10];12(3):18-23. Disponível em: <http://www.upf.br/seer/index.php/rfo/article/view/1065>.
4. Figueiredo MFS, Rodrigues Neto JF, Leite MTS. Educação em saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário. *Interface Comun Saúde Educ*. 2012;16(41):315-29. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012000200003>.
5. Moura MS, Carvalho CJ, Amorim JTC, Marques MFSS, Moura LFAD, Mendes RF. Perfil e práticas de saúde bucal do agente comunitário de saúde em municípios piauienses de pequeno porte. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(Supl. 1):1487-95. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700061>.

6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva. Programa Saúde da Família: equipes de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
7. Mialhe FL, Lefevre F, Lefevre AMCO. O agente comunitário de saúde e suas práticas educativas em saúde bucal: uma avaliação quali-quantitativa. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(11):4425-32. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200015>.
8. Frazão P, Marques D. Efetividade de programa de agentes comunitários na promoção da saúde bucal. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(3):463-71. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000016>.
9. Andrade RD, Mello DF, Scochi CGS, Fonseca LMM. Jogo educativo: capacitação de agentes comunitários de saúde sobre doenças respiratórias infantis. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(3):444-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000300010>.
10. Fonseca LMM, Scochi CGS, Mello DF. Educação em saúde de puérperas em alojamento conjunto neonatal: aquisição de conhecimento mediado pelo uso de um jogo educativo. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2002;10(2):166-71. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000200007>.
11. Martins RJ, Moimaz SAS, Garbin CAS, Garbin AJ, Lima DC. Percepção dos coordenadores de saúde bucal e cirurgiões-dentistas do serviço público sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). *Saúde Soc*. 2009;18(1):75-82. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000100008>.
12. Babbie E. Métodos de pesquisas de survey. Belo Horizonte: Editora UFMG; 1999. Questionários auto-administrados; p. 247-258.
13. Silva TB, Magalhães HLGO, Solá ACN, Rodrigues BC, Carneiro ACOMO, Schechtman NP, et al. Capacitação do Agente Comunitário de Saúde na prevenção do Câncer de Colo Uterino. *Rev Bras Educ Med*. 2012 [acesso em 2013 Jan 10];36(Suppl.1):155-60. Disponível em: [http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-52712012000200021&lng=es&nrm=iso](http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-52712012000200021&lng=es&nrm=iso).
14. Imperatori G, Lopes MJM. Estratégias de intervenção na morbidade por causas externas: como atuam os agentes comunitários de saúde? *Saúde Soc*. 2009;18(1):83-94. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000100009>.
15. Coriolano MWL, Lima MM, Queiroga BAM, Ruiz-Moreno L, Lima LS. Educação permanente com agentes comunitários de saúde: uma proposta de cuidado com crianças asmáticas. *Trab Educ Saúde*. 2012;10(1):37-59. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462012000100003>.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
17. Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(2):347-55. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000200012>.
18. Koyashiki GAK, Alves-Souza RA, Garanhani ML. O trabalho em saúde bucal do Agente Comunitário de Saúde em Unidades de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(4):1343-54. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000400032>.
19. Holanda ALF, Barbosa AAA, Brito EWG. Reflexões acerca da atuação do agente comunitário de saúde nas ações de saúde bucal. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(Suppl. 1):1507-12. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800024>.
20. Araújo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(1):219-27. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000100031>.
21. Costa RM, Junior AM, Costa ICC, Pinheiro IVA. O trabalho em equipe desenvolvido pelo cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família: expectativas, desafios e precariedades. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2012;7(24):147-63. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf7\(24\)434](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf7(24)434).
22. Pinheiro FMC, Nóbrega-Therrien SM, Almeida MEL, Almeida MI. A formação do cirurgião-dentista no Brasil: contribuições de estudos para a prática da profissão. *RG0 Rev Gaúcha Odontol* 2009 [acesso em 2013 Jan 10];57(1):99-106. Disponível em: <http://www.revistargo.com.br/ojs/index.php/revista/article/viewArticle/648>.
23. Saliba NA, Saliba O, Moimaz SAS, Garbin CAS, Arcieri RM, Lolli LF. Integração ensino-serviço e impacto social em cinquenta anos de história da saúde pública na Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. *RG0 Rev Gaúcha Odontol* 2009 [acesso em 2013 Jan 10];57(4):459-65. Disponível em: <http://www.revistargo.com.br/viewarticle.php?id=1366>.
24. Costa SM, Prado MCM, Andrade TN, Araújo EPP, Silva Junior WS, Gomes Filho ZC, et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2013;8(27):90-6. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(27\)530](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(27)530).
25. Frazão P, Marques DSC. Influência de agentes comunitários de saúde na percepção de mulheres e mães sobre conhecimentos de saúde bucal. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(1):131-44. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000100021>.
26. Costa ICC, Albuquerque AJ. Educação para a saúde. In: Universidade Federal Do Rio Grande Do Norte. *Odontologia preventiva e social: textos selecionados*. Natal: EDUFRRN; 1997. p. 223-50.
27. Petry PC, Pretto SM. Educação e motivação em saúde bucal. In: Kriger L, editor. *ABOPREV: promoção de saúde bucal*. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 1999. p. 363-70.

## Óbitos por acidentes de transporte terrestre em município do noroeste do Paraná - Brasil

Deaths from land transport accidents in a city from Northwestern Paraná - Brazil

*Muertes por accidentes de tráfico en una ciudad norte occidental de Paraná - Brasil*

Meiri Vanderlei Nogueira de Lima. Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SESA/PR). Curitiba, PR, Brasil. nogueirameiri@gmail.com (*Autora correspondente*)

Rosangela Ziggioiti de Oliveira. Universidade Estadual de Maringá (UEM). Maringá, PR, Brasil. rzo13@hotmail.com

Renata Bernardini de Lima. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFSCPA). Porto Alegre, RS, Brasil. renabl@gmail.com

Letícia Ziggioiti de Oliveira. Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC/PR). Curitiba, PR, Brasil. leziggiotti@hotmail.com

Airton Pereira de Lima. Universidade Estadual de Maringá (UEM). Maringá, PR, Brasil. airtonpl@uol.com.br

Fernanda Nomoto Fujii. Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC/PR). Curitiba, PR, Brasil. ferfujii@hotmail.com

### Resumo

**Introdução:** os problemas relacionados aos acidentes de trânsito não são atributos exclusivos das grandes cidades; o crescimento do número de veículos circulantes, acrescido ao fato de os veículos serem incorporados no cotidiano das comunidades, faz com que até mesmo os municípios de pequeno e médio porte evidenciem nesses eventos um complexo e importante problema social. **Objetivo:** o objetivo do estudo foi o de descrever as características dos óbitos por acidente de transporte terrestre (ATT) no município de Cianorte-PR, no período de 2000 a 2010. **Métodos:** trata-se de um estudo descritivo. O instrumento utilizado para coleta de dados foram as declarações de óbito obtidas do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), incluídos nas categorias V01 a V89 do CID-10-capítulo XX. **Resultados:** foram estudados 224 óbitos. No ano de 2010, foi registrada a maior taxa de mortalidade (45,7/100.000 hab), e em 2008 a menor (16,7/100.000 hab). Os homens foram 79% (n=177) das vítimas, e a razão de sexo foi 3,7:1. A maior proporção das mortes foi no grupo de 20 a 39 anos (n=95;42%). Motorcyclistas, ciclistas e pedestres foram os mais vulneráveis (n=127; 57%); no local do acidente, ocorreram 59% dos óbitos (n=132). Os óbitos predominaram nas rodovias (n=139; 62%), no horário das 18 às 24h (n=45; 34,1%) e nos finais de semana (n=70;54%). **Conclusão:** os ATT configuram-se em uma questão atual de saúde dessa população. Homens adultos jovens são os mais atingidos. Idosos também são vulneráveis. Estratégias de intervenção são intensamente apresentadas na literatura, mas, no cotidiano dos serviços, isso continua um desafio a ser enfrentado.

### Abstract

**Introduction:** problems related to traffic accidents are not only attributes of large cities but also affect small and mid-sized towns. **Objective:** to describe the characteristics of deaths by land transport accidents in Cianorte-PR, from years 2000 to 2010. **Methods:** this was a descriptive study. The instrument used for data collection were the death certificates obtained from the Mortality Information System (MIS), including deaths in categories V01-V89 ICD-10 Chapter XX. **Results:** we studied 224 deaths. In 2010, the highest mortality rate was registered (45.7 / 100,000 inhabitants) and the lowest was in 2008 (16.7 / 100,000 inhabitants). Men were 79% (n = 177) of the victims and the sex ratio was 3.7:1. The highest proportion of deaths were in the group of 20-39 years (n = 95; 42%). Motorcyclists, cyclists and pedestrians are the most vulnerable, accounting for 57% (n=127). Among the deaths, 59% (n = 132) occurred at the scene. Deaths occurred predominantly on highways (n = 139; 62%), at the time from 6pm to 12am (n = 45; 34.1%) and on weekends (n = 70; 54%). **Conclusion:** land transport accidents are a current health issue for this population. More than half of the deaths are of young male adults. Seniors were also vulnerable. Intersectoral and multidisciplinary intervention strategies are strongly placed in the literature but, in everyday health services, they remain a challenge to be faced.

### Palavras-chave:

Acidentes de Trânsito  
Coeficiente de Mortalidade  
Vulnerabilidade

### Keywords:

Accidents, Traffic  
Mortality Rate  
Vulnerability

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

**Parecer CEP:**  
SESA/HT n° 461/2012.

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

Recebido em: 26/11/2013.  
Aprovado em: 20/10/2014.

**Como citar:** Lima MVN, Oliveira RZ, Lima RB, Oliveira LZ, Lima AP, Fujii FN. Óbitos por acidentes de transporte terrestre em município do noroeste do Paraná - Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(33):350-357. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(33\)854](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(33)854).

## Resumen

**Introducción:** los problemas relacionados a los accidentes de tráfico no son atributos de las grandes ciudades; incluso los municipios de pequeño y medio porte evidencian en estos eventos un importante y complejo problema social. **Objetivo:** el objetivo del estudio fue describir las características de los decesos por accidente de transporte terrestre (ATT) en el municipio de Cianorte-PR, de 2000 a 2010. **Métodos:** se trata de un estudio descriptivo. El instrumento utilizado para la recolección de datos fueron las declaraciones de decesos obtenidas del *Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)*, incluidos en las categorías V01 a V89 – CID-10-capítulo XX. **Resultados:** fueron estudiados 224 decesos. En el año 2010 fue registrada la mayor tasa (45,7/100.000 habitantes) y la menor en 2008 (16,7/100.000 habitantes). Los hombres fueron 79% (n=177) de las víctimas y la razón de sexo fue 3,7:1. La mayor proporción de las muertes fue de los 20 a los 39 años (n=95; 42%). Motociclistas, ciclistas y peatones los más vulnerables (n=127; 57%); en el local del accidente ocurrieron 59% de los decesos (n=132); en las carreteras, 62% (n=139); de las 18 a las 24 horas, 34, 1% (n=45) y en los fines de semana, 54% (n=70;54%). **Conclusión:** los ATT se configuran como una cuestión actual de la salud de esta población. Hombres adultos y jóvenes son los más afectados. Los ancianos también son vulnerables. Estrategias de intervención son intensamente presentes en la literatura pero en el cotidiano de los servicios eso se mantiene un reto a ser afrontado.

## Palabras clave:

Accidentes de Tránsito  
Tasa de Mortalidad  
Vulnerabilidad

## Introdução

Os acidentes de transporte terrestre (ATT) são um fenômeno de abrangência mundial, relevante pela magnitude da morbimortalidade na população. Configuram-se como uma questão atual de saúde, para a qual o instrumental científico-tecnológico é insuficiente para apontar a construção de soluções. Anualmente são 1,3 milhões de mortes e de 20 a 50 milhões de pessoas lesionadas, concentradas essencialmente em países de baixa e média renda.<sup>1</sup> Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2020 os acidentes de trânsito serão o segundo maior causador de anos potenciais de vida perdidos em todo o mundo.<sup>2</sup> A estimativa da OMS para 2020 é de que o número de óbitos atinja 2,3 milhões e se torne a sexta causa de morte em todo o mundo, cifras essas alavancadas pelos países menos desenvolvidos.<sup>3</sup> Na América Latina, a previsão é de que haja uma elevação de 154 mil mortes em 2010 para 180 mil em 2020, um aumento de 48%.<sup>4</sup> O Brasil ocupa o quinto lugar entre os países com maior número de mortes no trânsito, precedido pela Índia, China, EUA e Rússia.<sup>5</sup> A mortalidade por ATT no Brasil é a segunda mais incidente em relação ao total de mortes por causas externas, perdendo somente para os casos de agressão.<sup>6</sup> Apesar da relevância desse tema, estudos sobre as características dos óbitos por ATT em municípios de médio porte com população de 50.000 a 100.000 hab.<sup>7</sup> ainda são escassos. Como resultado, as ações de prevenção e controle criadas para redução desses eventos são insuficientes. No período de 2005 a 2010, o município de Cianorte esteve incluído entre os dez com maiores índices de vítimas por 10.000 veículos no estado do Paraná.<sup>8,9,10,11,12,13</sup> No ano de 2010, esteve entre os dez com maior número de vítimas fatais por ATT e em 49º no ranking do país.<sup>14</sup> Os problemas relacionados aos acidentes de trânsito não são atributos exclusivos das grandes cidades; o crescimento progressivo do número de veículos circulantes, acrescido da incorporação de veículos no cotidiano das comunidades faz com que até mesmo os municípios de pequeno e médio porte populacional evidenciem nesses eventos um complexo e importante problema social. O objetivo deste estudo foi o de descrever as características dos óbitos por ATT no município de Cianorte-PR, no período de 2000 a 2010.

## Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo sobre a mortalidade por ATT no município de Cianorte-PR. A cidade localiza-se a noroeste do estado e, segundo o censo do IBGE de 2010, conta com uma população de 69.958 habitantes. O instrumento utilizado para coleta de dados foram as declarações de óbito obtidas do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), junto ao setor de Vigilância Epidemiológica da 13ª Regional de Saúde de Cianorte/SESA no período proposto para estudo. Na declaração de óbito, são informadas as características relativas ao tempo, pessoa, lugar e às condições básicas associadas ao evento. Incluíram-se na pesquisa os óbitos codificados na CID (Classificação Internacional de Doenças), hoje na 10ª revisão, capítulo XX, “Causas externas de mortalidade e morbidade”, especificados em categorias que variam de V01 a V99. Para obter informações sobre as vítimas fatais de trânsito, foram analisadas as mortes nas categorias V01 a V89, pois as restantes incluem acidentes de transporte que não são objeto desta pesquisa (por água, aéreo e outros não especificados). As variáveis utilizadas para o estudo foram: faixa etária, sexo, local do óbito (hospital, via pública e outros), local do acidente (zona urbana, rodovias e local não especificado), horário do acidente e dia da semana (só para os óbitos ocorridos no próprio local do acidente) e condição da vítima (ocupante/condutor; motociclista, ciclista, pedestre e outros (carroceiro e não especificados). O estudo foi aprovado pelo comitê de ética do Hospital do Trabalhador de Curitiba-PR, em março de 2012. Para análise, as variáveis foram apresentadas sob a forma de valores absolutos e relativos. Foram efetuados cálculos da razão de sexo e coeficientes. Os dados foram analisados pelos programas Epi Info versão 3.4.3.

## Resultados

Para obter informações sobre as vítimas fatais de trânsito, foram analisadas as mortes nas categorias V01 a V89. A taxa de mortalidade no período estudado foi de 32,2/100.000 habitantes. O maior coeficiente de mortalidade ocorreu em 2010 (45,7/100.000 habitantes) e o menor, em 2008 (16,7/100.000 habitantes) (Figura 1).

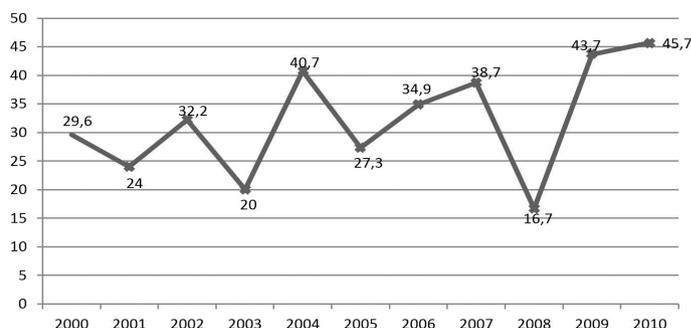


Figura 1. Coeficientes de mortalidade por ATT (por 100.000 hab). Cianorte-PR. 2000 a 2010. Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade/13ªRS/Epidemiologia.

Com relação ao sexo, os coeficientes de mortalidade da população masculina foram superiores ao feminino em todo período estudado; observou-se redução em ambos no ano de 2008 (Figura 2).

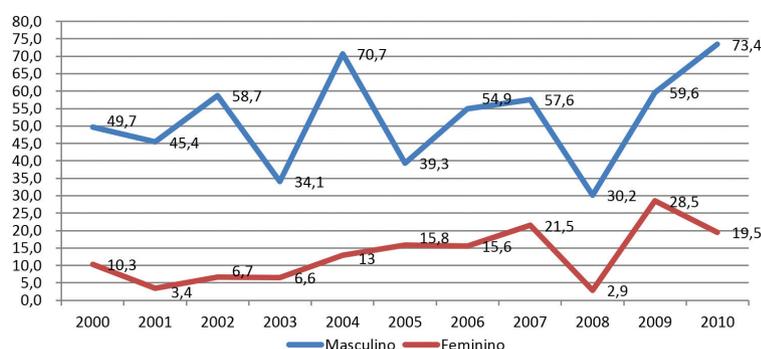


Figura 2. Coeficientes de mortalidade (por 100.000 habitantes) por acidente de transporte terrestre segundo o sexo. Cianorte-PR, 2000-2010. Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade/13ªRS/Epidemiologia.

A Tabela 1 apresenta os óbitos por grupo etário. A população masculina representou 79% (n=177) dos óbitos, e os grupos etários mais atingidos foram os dos 20 aos 39 anos, com 42,4% (n=95). A razão masculino/feminino foi de 3,7:1.

Tabela 1. Óbitos por acidente de transporte terrestre segundo grupo etário, sexo e razão de sexo. Cianorte, Paraná, Brasil, de 2000 a 2010.

Grupo etário	Sexo				Total	Razão de sexo	
	Masculino		Feminino				
	N	%	n	%			
0 - 14 anos	10	5,6	3	6,4	13	5,8	3,3:1
15 - 19 anos	18	10,2	9	19,1	27	12,1	2,0:1
20 - 29 anos	43	24,3	6	12,8	49	21,9	7,1:1
30 - 39 anos	38	21,5	8	17,0	46	20,5	4,7:1
40 - 49 anos	24	13,5	6	12,8	30	13,4	4,1:1
50 - 59 anos	15	8,5	9	19,1	24	10,7	1,6:1
60 ou mais	29	16,4	6	12,8	35	15,6	4,8:1
Total	177	100	47	100	224	100	3,7:1

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade/13ªRS/Epidemiologia.

Observa-se que a faixa dos grupos 20 a 29 e de 30 a 39 anos representou 42,4% (n=95) dos óbitos e a razão masculino/feminino acentuou-se dos 20-29 anos (7,1:1). Com relação à condição da vítima, ocupantes-condutores totalizaram 80 (35,7%); motociclistas, 72 (32,1%); pedestres, 36 (16,1%); ciclistas, 19 (8,5%) e outros, 17 (7,5%). A Tabela 2 apresenta os óbitos segundo o grupo e a condição da vítima.

**Tabela 2.** Óbitos por acidente de transporte terrestre segundo o grupo etário e a condição da vítima - Cianorte, Paraná, Brasil de 2000 a 2010.

Grupo etário	Ocupante/Condutor		Motociclista		Ciclista		Pedestre		Outros	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0 - 14 anos	4	5,0	0	0,0	3	15,8	6	16,7	0	0,0
15 - 19 anos	7	8,8	17	23,6	2	10,5	0	0,0	1	5,9
20 - 29 anos	18	22,5	26	36,1	0	0,0	1	2,8	4	23,5
30 - 39 anos	20	25,0	17	23,1	4	21,1	2	5,6	3	17,6
40 - 49 anos	14	17,5	8	11,1	2	10,5	3	8,3	3	17,6
50 - 59 anos	9	11,3	3	4,2	5	26,3	5	13,9	2	11,8
60 ou mais	8	10,0	1	1,4	3	15,8	19	52,8	4	23,5
Total	80	100	72	100	19	100	36	100	17	100

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade/13<sup>o</sup>RS/Epidemiologia.

No município estudado, 57% (n=127) das vítimas de ATT incluíam-se na condição de motociclista, pedestre ou ciclista. No grupo das pessoas com menos de 15 anos (n=13), composto por dez meninos e três meninas, nove eram ciclistas ou pedestres. No grupo etário de 60 anos e mais, 52,8% (n=19) eram pedestres. Com relação ao grupo dos 20 aos 29 anos, observou-se que predominaram as mortes de motociclistas e foi este o grupo etário que apresentou a maior razão de sexo encontrada no estudo (7,1:1). A Tabela 3 apresenta os óbitos segundo o local do acidente, local do óbito, horário e dias da semana. As variáveis horário e dia da semana são somente para os óbitos ocorridos no próprio local do acidente. Os óbitos por ATT ocorreram especialmente nas rodovias, 62% (n=139).

**Tabela 3.** Óbitos por acidente de transporte terrestre segundo local do acidente, local do óbito, horário e dias da semana\* Cianorte-PR, Brasil de 2000 a 2010.

Variáveis	N	%
<b>Local do acidente</b>		
Zona Urbana	45	20,0
Rodovias Federais, Estaduais e Municipais	139	62,0
Local não especificado	40	18,0
<b>Local do óbito</b>		
Hospital	90	40,0
Via Pública	132*	59,0
Outros	2	1,0
<b>Horário do acidente*</b>		
00:01 – 06:00	29	22,0
06:01 – 12:00	21	15,9
12:01 – 18:00	30	22,7
18:01 – 24:00	45	34,1
<b>Dia da semana*</b>		
Segunda	11	8,3
Terça	6	4,5
Quarta	13	9,8
Quinta	10	7,6
Sexta	22	16,7
Sábado	36	27,3
Domingo	34	25,8

\*óbitos ocorridos no local do acidente

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade/13<sup>o</sup>RS/Epidemiologia.

Quanto ao local do óbito, 59% (132) ocorreram nas vias públicas no próprio local do acidente. Com relação ao horário do acidente, observou-se que eles se concentraram das 18 às 24 horas (34,1%). Em 7 declarações de óbito (5,3%) o horário não foi informado. Quando se observam os dias da semana, encontra-se que 53% (n=70) dos ATT ocorreram nos sábados e domingos, sendo que a partir de sexta-feira essa proporção eleva-se para 70% (n=92).

## Discussão

Morais Neto et al.<sup>15</sup> analisaram a variação de taxas de acidentes de transporte segundo porte populacional dos municípios no país e evidenciaram que entre 2000 e 2010 o risco de morte por ATT apresentou maior elevação nos municípios com até 20.000 habitantes e nos de 20.000 a 100.000. O estudo apontou vários municípios no estado do Paraná, em Santa Catarina e alguns de São Paulo que fazem fronteira com o Paraná como aglomerados de maior risco de mortes por ATT no país por todos os tipos de vítimas. Esse aglomerado é formado por 474 municípios e totaliza uma população de 12.356.353 habitantes, sendo a taxa de mortalidade, de 27,4/100.000 habitantes,<sup>15</sup> inferior à encontrada no presente estudo. O município de Cianorte está inserido neste aglomerado de maior risco.

Observou-se que no ano de 2008 a taxa de mortalidade foi a menor encontrada; isso pode ser atribuído à implantação da Lei 11.705, denominada “Lei Seca”, que entrou em vigor em junho desse mesmo ano. Mello Jorge e Koizum<sup>16</sup> mostraram que houve impacto imediato na mudança de comportamento em relação à bebida/direção e redução das internações hospitalares e óbitos no país, porém, semelhante ao encontrado no presente estudo, não houve efeito continuado. Em Londrina-PR, uma pesquisa realizada por Teixeira et al.<sup>17</sup> com vítimas de ATT registradas pelo Sistema de Informação sobre Acidente de Trânsito (SIAT) evidenciou uma redução do número de óbitos fatais nos seis meses posteriores à implantação da lei quando comparado aos seis meses anteriores. Andreuccetti et al.<sup>18</sup>, em estudo realizado entre 2001 e 2010, concluíram que, no estado de São Paulo, a “lei seca” brasileira teve um impacto maior sobre as mortes no trânsito do que sobre as lesões, com um efeito maior na capital, onde presumivelmente o policiamento foi reforçado.

Duarte et al.<sup>19</sup> relatam que o desenvolvimento econômico pode inicialmente levar a um aumento do número de óbitos por acidentes de transporte em razão da circulação de um maior número de veículos a motor sem o suficiente estabelecimento de mecanismos de adaptação a esse crescimento. Acrescenta-se ainda o aumento da frota de veículos, a insuficiente fiscalização, a precariedade de transporte público e a infraestrutura inadequada como fatores também implicados na violência urbana.<sup>15</sup> O crescimento da frota de veículos no município de Cianorte foi identificado em todo período, de tal forma que, do ano de 2005 a 2010, houve um acréscimo de 51,9%.<sup>12,13</sup>

O envolvimento substancial da população masculina nas mortes violentas encontrado no estudo segue uma realidade mundial e sabe-se que essa sobremortalidade tem impacto negativo sobre a expectativa de vida do homem. Conforme dados do Global Burden of Disease Study em 2004, os ATT foram responsáveis por 14% das mortes dos homens e 5% das mulheres.<sup>20</sup> Uma pesquisa realizada no Brasil por Bacchieri e Barros,<sup>21</sup> observando os anos de 1998 a 2010, mostrou a predominância da população masculina nos óbitos numa razão de 4,5:1, número superior ao encontrado no presente estudo. Choquehuanca et al.<sup>22</sup> referem que a vulnerabilidade masculina aos ATT é frequentemente atribuída à pressão exercida pelo grupo, imaturidade, sentimento de onipotência aliado ao excesso de álcool, alta velocidade e à imprudência do condutor.

Na população norte-americana, entre 1999 e 2003, as taxas de acidentes fatais foram maiores para os motociclistas, pedestres e ciclistas.<sup>23</sup> O relatório mundial da OMS de 2004 citou que a maioria das mortes ocorridas nos países em desenvolvimento atinge principalmente pedestres, ciclistas e motociclistas, considerados os usuários mais vulneráveis do sistema viário, especialmente quando se levam em conta as políticas de prevenção.<sup>24</sup> Estudo de Chandran et al.<sup>25</sup> entre 2000 e 2008 concluiu que os usuários vulneráveis estão contribuindo numa proporção crescente para a fatalidade dos acidentes de trânsito no Brasil. Isso está de acordo com o encontrado no presente estudo, no qual se observou que 57% (n=127) das vítimas de ATT incluíam-se na condição de motociclista, pedestre ou ciclista.

Quando se observa o grupo etário com relação à condição da vítima, evidencia-se maior vulnerabilidade dos menores de 14 e dos maiores de 60 anos ao atropelamento. O predomínio dos meninos pode estar relacionado à maior liberdade para brincar na rua, por vezes até perto de rodovias, e para ir sozinho à escola bem antes das meninas; essa maior vigilância para com elas poderia, portanto, resultar em uma maior proteção. No Brasil, em 2009, os ATT representaram a primeira causa de morte na população de dez a 14 anos.<sup>26</sup> Em consonância aos dados encontrados na literatura, o presente estudo também

evidenciou que os indivíduos homens acima de 60 anos foram os mais expostos. O estudo de Souza et al.<sup>27</sup> evidenciou que a incidência de atropelamentos atinge duas a três vezes mais a população idosa masculina do que a feminina. O envolvimento de pedestres acima de 60 anos em atropelamentos graves reflete a redução na percepção e na agilidade, a diminuição da acuidade visual, um maior hábito de caminhar do que de dirigir e um maior envolvimento em atividades comunitárias.<sup>28</sup>

Pesquisas realizadas no país por Andrade e Melo Jorge<sup>29</sup> e Montenegro et al.<sup>30</sup> evidenciaram que a proporção de motociclistas entre as vítimas de ATT é relevante, variando de 30% a 50%, dado semelhante ao encontrado neste estudo (32,1%). Embora as motocicletas ocupem o espaço urbano como eficientes ferramentas de transporte e trabalho diante do trânsito congestionado das grandes cidades, observa-se também que, mesmo nas cidades de pequeno e médio porte, essa realidade não é diferente. O incremento da frota de motocicletas, o aumento de veículos por habitantes e a vulnerabilidade dos motociclistas provavelmente justificam esse perfil. No município do estudo, de 2005 a 2010, a frota de motocicletas também registrou um acréscimo de 69,3%.<sup>12,13</sup>

Com relação aos ciclistas, evidenciam-se no país números crescentes de óbitos: em 2005, foram mais de 1.500 mortes e, em 2008, mais de 1.600.<sup>21,25</sup> Os ciclistas representaram no estudo 8,5% dos óbitos. Embora no município existam ciclovias, elas são afastadas da zona urbana e não privilegiam os trabalhadores que as utilizam como meio de transporte. A construção de espaços exclusivos para a circulação de bicicletas (ciclovias e ciclofaixas) nas cidades é a principal sugestão para aumentar a segurança desses usuários, aliada ao conhecimento da população em relação às leis de trânsito.<sup>21</sup>

A mortalidade dos residentes do município de Cianorte concentrou-se nas rodovias. Minayo<sup>6</sup> refere que as mortes por acidentes acontecem sobretudo nas localidades cortadas por vias expressas, onde há estradas em má conservação e intenso movimento, e no interior das cidades em crescimento. O município em questão ocupa uma posição relevante no estado do Paraná. Trata-se de um polo localizado na região noroeste, forte no setor agrícola, comercial, industrial e com destaque nacional na indústria do vestuário. Um dos principais acessos que ligam a cidade a outras localidades é uma rodovia estadual, com intenso tráfego de veículos, que faz a rota norte-oeste paranaense e uma das poucas não pedagiadas. Este trajeto é utilizado por caminhoneiros para desvio de pedágios. Além disso, no perímetro urbano, há um percurso que é utilizado por veículos, especialmente pesados, que ligam a região central do estado com a divisa do Mato Grosso do Sul. Essas condições certamente contribuem para as altas taxas de mortalidade por ATT encontradas no município.

Quanto ao local do óbito, 59% (132) ocorreram nas vias públicas no próprio local do acidente. Isso evidencia, além da gravidade do acidente, a importância dos serviços de emergência estarem prontamente disponíveis e instrumentalizados para o adequado atendimento dos eventos. Um estudo realizado por Fey et al.<sup>31</sup> entre 2004 e 2006 no Alto Vale do Itajaí-SC refere que 72% dos acidentes com vítimas fatais ocorreram nas rodovias e 62% foram a óbito no local do acidente. Um levantamento realizado no país de 1996 a 2005 identificou que, no último ano investigado, do total de acidentes no trânsito, 7% terminaram em óbitos e 71% ocorreram no próprio local do acidente.<sup>32</sup>

Com relação ao horário, observou-se que eles se concentraram das 18 às 24 horas (34,1%). Achados semelhantes foram encontrados no estudo realizado em Olinda-PE nos anos de 2006-2007<sup>33</sup> e no Alto Vale do Itajaí.<sup>31</sup> Em Londrina-PR, Bastos et al.<sup>34</sup>, e em Maringá-PR, Scalassara et al.<sup>35</sup> observaram que as maiores concentrações dos ATT ocorreram de tarde e à noite. É possível que a concentração dos acidentes fatais nesse horário sofra influência do maior fluxo de veículos que se acumula no retorno do trabalho, fato aliado ao cansaço físico e mental, à diminuição da visibilidade e às condições das vias públicas.

Quando se estudam os ATT segundo os dias da semana, a concentração acontece especialmente aos sábados e domingos (n=70; 54%), sendo que a partir de sexta-feira essa proporção eleva-se para 70% (n=92). Isso sugere que o consumo de álcool e de outras substâncias psicoativas é outro fator que pode se adicionar à maior ocorrência dos ATT nos finais de semana. Achados semelhantes foram observados em estudo realizado em Londrina-PR por Bastos et al.<sup>34</sup> e em Maringá-PR por Scalassara et al.<sup>35</sup>, cidades localizadas próximas ao município estudado. Isso reforça os achados da literatura que citam a maior ocorrência de acidentes de trânsito e de vítimas fatais nos finais de semana.<sup>36,37, 38</sup>

Embora não objeto deste estudo, é interessante ressaltar que, além da mortalidade, existe o impacto da morbidade causada pelos ATT, que implica em aumento da demanda dos profissionais da atenção primária para o cuidado daqueles com sequelas dos acidentes (paraplégicos, tetraplégicos, amputados ou com dor crônica), o que torna esses agravos mais dispendiosos para o sistema público de saúde e para a sociedade como um todo. Além disso, os profissionais de atenção primária prestam assistência aos familiares que se apresentam enlutados, entristecidos e deprimidos pelas perdas.

A magnitude dessas mortes na população masculina deve levar a uma reflexão sobre a adequação das atuais políticas de saúde do homem, que priorizam a vulnerabilidade para o desenvolvimento do câncer de próstata, em dissonância com os princípios do SUS, que propõem o olhar da integralidade.

Como principal limitação deste estudo, citamos a utilização de dados secundários, que muitas vezes não são preenchidos ou são digitados incorretamente, embora nos últimos anos seja perceptível a melhoria das informações do SIM da região.

## Conclusão

Os achados do estudo retratam especificidades de óbitos por ATT em município de médio porte. Os adultos jovens e os homens foram os mais atingidos, com mais da metade dos óbitos. Em outro extremo da vida, os idosos também mostraram-se vulneráveis. Estratégias de intervenção amplas, intersetoriais e multiprofissionais são intensamente colocadas na literatura, mas, na prática dos serviços de saúde, dada à sua complexidade, não parecem tão simples de serem delineadas. Por outro lado, reconhece-se que com uma abordagem integral do indivíduo e da família, ao identificar sua vulnerabilidade, os profissionais das equipes de saúde podem contribuir na prevenção desses eventos.

## Referências

1. World Health Organization (WHO). Global status report on road safety: time for action. Geneva: WHO; 2009 [acesso em 2012 Jun 20]. Disponível em: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/road\\_safety\\_status/2009](http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2009).
2. Murray CJ, Lopez A. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard University; 1996. (The global burden of disease and injury series, vol 1).
3. World Health Organization (WHO). Global status report on road safety 2013: supporting a decade of action. Geneva: WHO; 2013 [acesso em 2013 Mar 15]. Disponível em: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/road\\_safety\\_status/2013/report/en/index.html](http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2013/report/en/index.html).
4. World Health Organization (WHO). Mejoramiento de la seguridad vial en el mundo. Geneva: WHO; 2011 [acesso em 2013 Mar 15]. Disponível em: [http://www.who.int/roadsafety/about/resolutions/sept\\_2011\\_sg\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/roadsafety/about/resolutions/sept_2011_sg_report_es.pdf).
5. World Health Organization (WHO). Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial. Geneva: WHO; 2009 [acesso em 2013 Mar 15]. Disponível em: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/road\\_safety\\_status/data/table\\_a2es.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/data/table_a2es.pdf).
6. Minayo MCS. Seis características das mortes violentas no Brasil. *Rev Bras Est Pop*. 2009;26(1):135-140. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982009000100010>.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico de 2010 [Internet]. [acesso em 2012 May 20]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010>.
8. Secretaria de Estado da Segurança Pública (PR), Departamento de Trânsito, Divisão de Estatística. Anuário estatístico 2005. Paraná; 2005 [acesso em 2012 Feb 25]. Portuguese. Disponível em: <http://www.detran.pr.gov.br/arquivos/File/estatisticasdetransito/anuario2005.pdf>.
9. Secretaria de Estado da Segurança Pública (PR), Departamento de Trânsito, Divisão de Estatística. Anuário estatístico 2006. Paraná; 2006 [acesso em 2012 Feb 25]. Portuguese. Disponível em: <http://www.detran.pr.gov.br/arquivos/File/estatisticasdetransito/anuario2006.pdf>.
10. Secretaria de Estado da Segurança Pública (PR), Departamento de Trânsito, Divisão de Estatística. Anuário estatístico 2007. Paraná; 2007 [acesso em 2012 Feb 25]. Portuguese. Disponível em: <http://www.detran.pr.gov.br/arquivos/File/estatisticasdetransito/anuario2007.pdf>.
11. Secretaria de Estado da Segurança Pública (PR), Departamento de Trânsito, Divisão de Estatística. Anuário estatístico 2008. Paraná; 2008. [acesso em 2012 Feb 25]. Portuguese. Disponível em: <http://www.detran.pr.gov.br/arquivos/File/estatisticasdetransito/anuario2008.pdf>.
12. Secretaria de Estado da Segurança Pública (PR), Departamento de Trânsito, Divisão de Estatística. Anuário estatístico 2009. Paraná; 2009. [acesso em 2012 Feb 25]. Portuguese. Disponível em: <http://www.detran.pr.gov.br/arquivos/File/estatisticasdetransito/anuario/2009/anuario2009.pdf>.
13. Secretaria de Estado da Segurança Pública (PR), Departamento de Trânsito, Divisão de Estatística. Anuário estatístico 2010. Paraná; 2010. [acesso em 2012 Feb 25]. Portuguese. Disponível em: <http://www.detran.pr.gov.br/arquivos/File/estatisticasdetransito/anuario/anuario2010.pdf>.
14. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2012. Os novos padrões da violência homicida no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari; 2012.
15. Moraes Neto OL, Montenegro MMS, Monteiro RA, Siqueira Jr JB, Silva MMA, Lima CM, et al. Mortalidade por acidentes de transporte terrestre no Brasil na última década: tendência e aglomerados de risco. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(9):2223-2236. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000900002>.
16. Mello Jorge MHP, Koizum MS. Acidentes de trânsito causando vítimas: possível reflexo da lei seca nas internações hospitalares. *Rev ABRAMET*. 2009;27(2):16-25. Disponível em: <http://producao.usp.br/handle/BDPI/13441>.
17. Teixeira RJ, Calixto R, Pinheiro ACD. O reflexo da lei seca nos acidentes de trânsito em Londrina. In: Peixe BCS, Müller CC, Hilgemberg CMAT, Melatti GA, Bertolini GRF, Machado HPV, et al., editors. *Formulação e gestão de políticas públicas no Paraná: reflexões, experiências e*

- contribuições. Curitiba: Editora Progressiva; 2008 [acesso em 2012 Jun 20]. Vol 1. p. 457-475. Disponível em [http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/formulacao\\_e\\_gestao\\_de\\_politicas\\_publicas\\_no\\_parana/volume\\_II/capitulo\\_4\\_seguranca\\_publica/4\\_11.pdf](http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/formulacao_e_gestao_de_politicas_publicas_no_parana/volume_II/capitulo_4_seguranca_publica/4_11.pdf).
18. Andreuccetti G, Carvalho HB, Cherpitel CJ, Ye Y, Ponce JC, Kahn T, et al. Reducing the legal blood alcohol concentration limit for driving in developing countries: a time for change? Results and implications derived from a time-series analysis (2001-10) conducted in Brazil. *Addiction*. 2011;106(12):2124-31. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03521.x>.
  19. Duarte EC, Tauil PL, Duarte E, Sousa MC, Monteiro RA. Mortalidade por acidentes de transporte terrestre e homicídios em homens jovens das capitais das Regiões Norte e Centro-Oeste do Brasil, 1980-2005. *Epidemiol Serv Saúde*. 2008 [acesso em 2012 Feb 25];17(1):7-20. Disponível em: [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742008000100002&Ing=en&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742008000100002&Ing=en&nrm=iso).
  20. Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, et al. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet*. 2009;374:881-892. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60741-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60741-8).
  21. Bacchieri G, Barros AJD. Acidentes de trânsito no Brasil de 1998 a 2010: muitas mudanças e poucos resultados. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(5):949-963. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000069>.
  22. Choquehuanca-Vilca V, Cardenas-Garcia F, Collazos-Carhuay J, Mendoza-Valladolid W. Perfil epidemiológico de los accidentes de tránsito en el Perú, 2005-2009. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2010 [acesso em 2012 Feb 25];27(2):162-169. Disponível em: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342010000200002&Ing=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342010000200002&Ing=es&nrm=iso).
  23. Beck LF, Dellinger AM, O'Neil ME. Motor vehicle crash injury rates by mode of travel, United States: using exposure-based methods to quantify differences. *Am J Epidemiol*. 2007;166(2):212-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/aje/kwm064>.
  24. Gawryszewski VP, Coelho HMM, Scarpelini S, Zan R, Jorge MHPM, Rodrigues EMS. Perfil dos atendimentos a acidentes de transporte terrestre por serviços de emergência em São Paulo, 2005. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(2):275-282. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000200008>.
  25. Chandran A, Sousa TRV, Guo Y, Bishai D, Pechansky F. Road traffic deaths in Brazil: rising trends in pedestrian and motorcycle occupant deaths. *Traffic Inj Prev*. 2012;13(Suppl1):11-16. <http://dx.doi.org/10.1080/15389588.2011.633289>.
  26. Mascarenhas MD, Monteiro RA, Sá NNB, Gonzaga LAA, Neves ACM, Roza DL, et al. Epidemiologia das causas externas no Brasil: mortalidade por acidentes e violências no período de 2000 a 2009. In: Ministério da Saúde (BR). *Saúde no Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 2013 Mar 15]. Chapter 11, p. 225-249. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2010.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2010.pdf).
  27. Souza RKT, Soares DFPP, Mathias TAF, Andrade OG, Santana RG. Idosos vítimas de acidentes de trânsito: aspectos epidemiológicos e impacto na sua vida cotidiana. *Acta Sci. Health Sci*. 2003;25(1):19-25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/actascihealthsci.v25i1.2247>.
  28. Organização Pan-Americana da Saúde. *Segurança de pedestres: manual de segurança viária para gestores e profissionais da área*. Brasília: OPAS; 2013. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79753/7/9789275718117\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79753/7/9789275718117_por.pdf)
  29. Andrade SM, Mello Jorge MH. Características das vítimas por acidente de transporte terrestre em município da Região Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(2):149-156. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000200008>.
  30. Montenegro MMS, Duarte EC, Prado RR, Nascimento AF. Mortalidade de motociclistas em acidentes de transporte no Distrito Federal, 1996 a 2007. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(3):529-538. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000300011>.
  31. Fey A, Bahten LCV, Becker IC, Furlani LF, Teixeira João VC, Teixeira Jair VC. Perfil epidemiológico dos óbitos em acidentes de trânsito na região do Alto Vale do Itajaí, Santa Catarina, Brasil. *ACM Arq Catarin Med*. Jan-Mar 2011;40(1):23-27.
  32. Mello Jorge MHP, Koizumi MS. Acidentes de trânsito no Brasil: um atlas de sua distribuição. *Rev ABRAMET*. 2008;26(1):52-58. Disponível em: <http://producao.usp.br/handle/BDPI/13445>.
  33. Cabral APS, Souza WV, Lima MLC. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: Um observatório dos acidentes de transportes terrestre em nível local. *Rev Bras Epidemiol*. 2011;14(1):03-14. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2011000100001>.
  34. Bastos YGL, Andrade SM, Soares DA. Características dos acidentes de trânsito e das vítimas atendidas em serviço pré-hospitalar em cidade do Sul do Brasil, 1997/2000 *Cad Saúde Pública*. 2005;21(3):815-822. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300015>.
  35. Scalassara MB, Souza RKT, Soares DFPP. Características da mortalidade por acidentes de trânsito em localidades da região Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1998;32(2):125-32. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101998000200004>.
  36. Andrade SM, Mello Jorge MHP. Acidentes de transporte terrestre em município da Região Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(3):318-320. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102001000300017>.
  37. Mauro MLF. Acidentes de trânsito: perfil epidemiológico de vítimas e caracterização de alguns traços de personalidade de motoristas infratores em Campinas [tese]. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas; 2001. 610 p.
  38. Abreu AMM; Lima JMB. Silva LM. Níveis de alcoolemia e mortalidade por acidentes de trânsito na cidade do Rio de Janeiro. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2007;11(4):575-580. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452007000400003>.

## Banco de leite humano e Estratégia Saúde da Família: parceria em favor da vida

Human milk bank and the Family Health Strategy: partnership for life

*Banco de leche humana y Estrategia de Salud Familiar: asociación em favor de la vida*

Fernanda Darliane Tavares de Luna. Secretaria Municipal de Saúde de Guarabira (SMS-Guarabira). Guarabira, PB, Brasil. fernandarliane@hotmail.com  
(*Autora correspondente*)

José Danúzio Leite Oliveira. Secretaria Municipal de Saúde de Areia (SMS-Areia). Areia, PB, Brasil. danuzioleite@yahoo.com.br

Lorena Rafaella de Mello Silva. Secretaria Municipal de Saúde de Alagoa Grande (SMS-Alagoa Grande). Alagoa Grande, PB, Brasil. lorena\_rafaella.enf@hotmail.com

### Resumo

**Objetivo:** resgatar os aspectos da relação entre os Bancos de Leite Humano (BLH) e a Estratégia Saúde da Família (ESF). **Métodos:** revisão integrativa da literatura, com abordagem descritivo-exploratória dos textos. As buscas foram realizadas nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e da SciELO, com os seguintes descritores: leite humano, bancos de leite, doações, pré-natal e programa saúde da família. Foram incluídos artigos publicados entre os anos de 2000 e 2011, em português, inglês e espanhol. **Resultados:** foi evidenciada uma precariedade dos conhecimentos dos profissionais da ESF sobre os BLH, o que reflete um trabalho incipiente durante o pré-natal, com abordagem apenas dos aspectos superficiais dos BLH, o que não é suficiente para captar maiores números de doadoras. Observou-se a inexistência de uma co-responsabilidade entre essas instituições na promoção do aleitamento materno. **Conclusão:** faz-se necessário estabelecer parcerias efetivas entre a ESF e os BLH para a sensibilização das nutrizes, proporcionando o aumento do número de doadoras, auxiliando na consolidação da atuação dos BLH. São poucas as referências abordando o assunto, fato que sugere a necessidade de mais estudos sobre o tema.

### Abstract

**Objective:** to review aspects of the relationship between Human Milk Banks (HMB) and the Family Health Strategy (FHS). **Methods:** integrative literature review, with descriptive and exploratory approach to the texts. Searches were conducted in the databases of the Virtual Health Library and of the SciELO with the following keywords: human milk, milk banks, donations, prenatal care and family health program. We included articles published between the years 2000-2011, in Portuguese, English and Spanish. **Results:** the results showed a precarious knowledge of FHS professionals about HMB, which reflects an incipient work during prenatal care, with only the superficial aspects of HMB being covered, which are not sufficient to attract a greater number of donors. We noted a lack of co-responsibility between these institutions in promoting breastfeeding. **Conclusion:** it is necessary to establish effective partnerships between the FHS and HMB to raise awareness of the mothers, providing increased number of donors and helping to consolidate the activities of HMB. There are few references addressing this issue, which suggests the need for more studies.

### Resumen

**Objetivo:** revisar los aspectos de la relación de Bancos de Leche Materna (BLM) y la Estrategia de Salud Familiar (ESF). **Métodos:** revisión integradora de la literatura, con enfoque descriptivo y exploratorio de los textos. Se realizaron búsquedas en las bases de datos de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y SciELO, con los siguientes descriptores: leche humana, bancos de leche, donaciones, prenatales y programas de salud familiar. Se incluyeron artículos publicados entre los años 2000-2011, en Portugués, Inglés y Español. **Resultados:** los resultados mostraron un conocimiento precario de los profesionales de la ESF sobre bancos de leche materna, lo que refleja un trabajo incipiente durante la aproximación prenatal, sólo con los aspectos superficiales de bancos de leche materna, lo que no es suficiente para captar un mayor número de donantes. Hemos tomado nota de la falta de corresponsabilidad entre estas instituciones en la promoción de la lactancia materna. **Conclusión:** es necesario establecer asociaciones eficaces entre la ESF y bancos de leche materna para aumentar la conciencia de las madres y para aumentar la cantidad de donantes, ayudando a consolidar las actividades de los bancos de leche materna. Hay pocas referencias que tratan el tema, lo que sugiere la necesidad de realizar más estudios.

#### Palavras-chaves:

Bancos de Leite  
Leite Humano  
Estratégia Saúde da Família

#### Keywords:

Milk Banks  
Milk, Human  
Family Health Strategy

#### Palabras clave:

Bancos de Leche  
Leche Humana  
Estrategia de Salud Familiar

#### Fonte de financiamento:

Faculdades Integradas de Patos.

#### Parecer CEP:

não se aplica.

#### Conflito de interesses:

declararam não haver

Recebido em: 19/09/2013.

Approved em: 11/09/2014.

## Introdução

O leite materno é o alimento básico para o recém-nascido. Ele oferece benefícios fisiológicos, com quantidades adequadas de nutrientes, fatores imunogênicos que representam a primeira imunização passiva da criança, além de benefícios psicológicos e afetivos, já que o ato de amamentar é um momento de entrega e de aproximação do binômio mãe e filho.

O leite humano contém carboidratos, proteínas, lipídios, fatores imunogênicos e minerais. Essa composição varia de acordo com a fase da lactação, adaptando-se naturalmente às carências de cada fase do crescimento e desenvolvimento da criança. Essa particularidade da composição, na qual coexistem especificidade e complexidade, faz do leite humano um alimento único, impossível de ser copiado em fórmulas comerciais.<sup>1</sup>

O leite humano tem importância fundamental para o crescimento, desenvolvimento e manutenção da saúde da criança, que vem sendo cada vez mais reconhecida. Hoje, a recomendação do leite materno para crianças recém-nascidas, incluindo os recém-nascidos pré-termo e de baixo peso, é unânime.<sup>2</sup> Nesse contexto, ganham espaço as discussões sobre a temática dos Bancos de Leite Humano (BLH).

Os BLH não são apenas postos de coleta, estocagem e distribuição de leite, mas se configuram como uma importante estratégia para promoção, proteção e apoio à prática da amamentação. Uma das prioridades dos bancos de leite é atender os RNs pré-termo e de baixo peso que ficaram privados da amamentação direta no peito, promovendo a redução da mortalidade infantil nesse público.<sup>3</sup>

Em pleno processo de expansão e consolidação, os BLH ganham cada vez mais reconhecimento. Por iniciativa conjunta do Ministério da Saúde e da Fundação Oswaldo Cruz, os BLH passam a ser organizados e estruturados em rede, com a criação da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano (RNBLH) em 1998.<sup>4</sup>

A RNBLH é uma rede de bancos e postos de coleta, bem estruturada e descentralizada, com unidades em todas as regiões do país. Sua missão é a promoção da saúde da mulher e da criança, mediante a integração e a construção de parcerias com órgãos federais, iniciativa privada e sociedade.<sup>5</sup>

Hoje, o Brasil conta com 200 BLH e 92 postos de coleta distribuídos em todas as regiões do país. No nordeste, são 48 BLH e 26 postos de coleta. Destes, 6 BLH e 12 postos de coleta estão no estado da Paraíba.<sup>5</sup>

Apesar de a RNBLH ser bem estruturada e com números representativos de BLH e postos de coleta, é visível a discrepância entre a quantidade de leite doado e a demanda existente. No ano de 2010, a RNBLH teve a participação de 141.674 doadoras e 134.733 receptores, com um volume de 148.653 litros de leite doados e 115.553 litros de leite distribuídos. Quando analisados dados da região nordeste, observamos demandas superiores à disponibilização: 28.607 doadoras para 44.214 receptores.<sup>5</sup>

O volume de leite humano disponível graças à doação ainda é insuficiente para suprir a real demanda existente. O maior desafio atualmente para a RNBLH é garantir o fornecimento, de maneira segura e sustentável, para todos os RNs que necessitem do leite humano por meio das doações.<sup>1</sup>

Assim, surgem as seguintes indagações: como as mulheres doadoras e doadoras em potencial estão sendo incentivadas para a doação? Será que a temática está sendo trabalhada durante o pré-natal?

No nível básico da atenção em saúde, os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) oferecem uma atenção pré-natal e puerperal buscando a qualidade e a humanização, incluindo, assim, ações de promoção e prevenção para a saúde do binômio mãe-filho.<sup>6</sup> Nessa ótica, merece destaque a promoção do aleitamento materno.

É interessante saber se está acontecendo a efetiva parceria entre os BLH e a ESF, já que, na temática aleitamento materno, apesar dos papéis distintos, suas missões se confundem.

Neste trabalho, nos propomos a fazer o resgate nas bases de dados científicos das literaturas que versem sobre a temática para delas extrair os aspectos explorados sobre a relação entre os BLH e a ESF.

## Materiais e métodos

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de caráter descritivo-exploratório e abordagem qualitativa. Com a finalidade de colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto, optou-se por uma pesquisa bibliográfica abrangente, considerando-se também fontes secundárias do conhecimento: publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico, dentre outros, até mesmo meios de comunicação orais (rádio, gravações em fita magnética e audiovisuais, filmes e televisão).

Desta forma, foram realizadas buscas das literaturas disponíveis nas bases de dados BVS/Aleitamento Materno, SciELO, Ministério da Saúde e Fiocruz, durante os meses de outubro, novembro e dezembro de 2012. Os descritores utilizados foram: leite humano, bancos de leite, doações, pré-natal e programa saúde da família.

Como critério de inclusão, adotou-se a delimitação temporal das publicações sobre a temática de 11 anos (entre 2000 e 2011), o que permitiu visualizar a expansão e consolidação dos BLH e da ESF. Utilizamos publicações em português, inglês e espanhol que versavam sobre o banco de leite humano, doação e doadoras, e que tivessem sido desenvolvidas no Brasil. Foram excluídos os artigos que não se enquadravam na linha temporal estabelecida, que se restringiam a aspectos técnicos de composição do leite humano, ou que abordavam aspectos técnicos e históricos sobre o BLH.

A busca nas bases de dados localizou 403 referências. Ao ser estabelecido o limite espaço-temporal, o número reduziu para 23, sendo 03 destas referências duplicadas, restando 20 títulos pré-selecionados para a análise. Após a leitura criteriosa dos títulos e resumos, 11 artigos foram selecionados por atender ao objetivo proposto em nosso estudo. Em seguida, foram acrescentadas 04 literaturas oficiais (01 portaria e 03 Manuais do Ministério da Saúde), resultando em 15 títulos selecionados para análise e interpretação na produção do conhecimento trabalhado. Não foi localizado nenhum material audiovisual. A Figura 1 ilustra a estratégia de seleção.

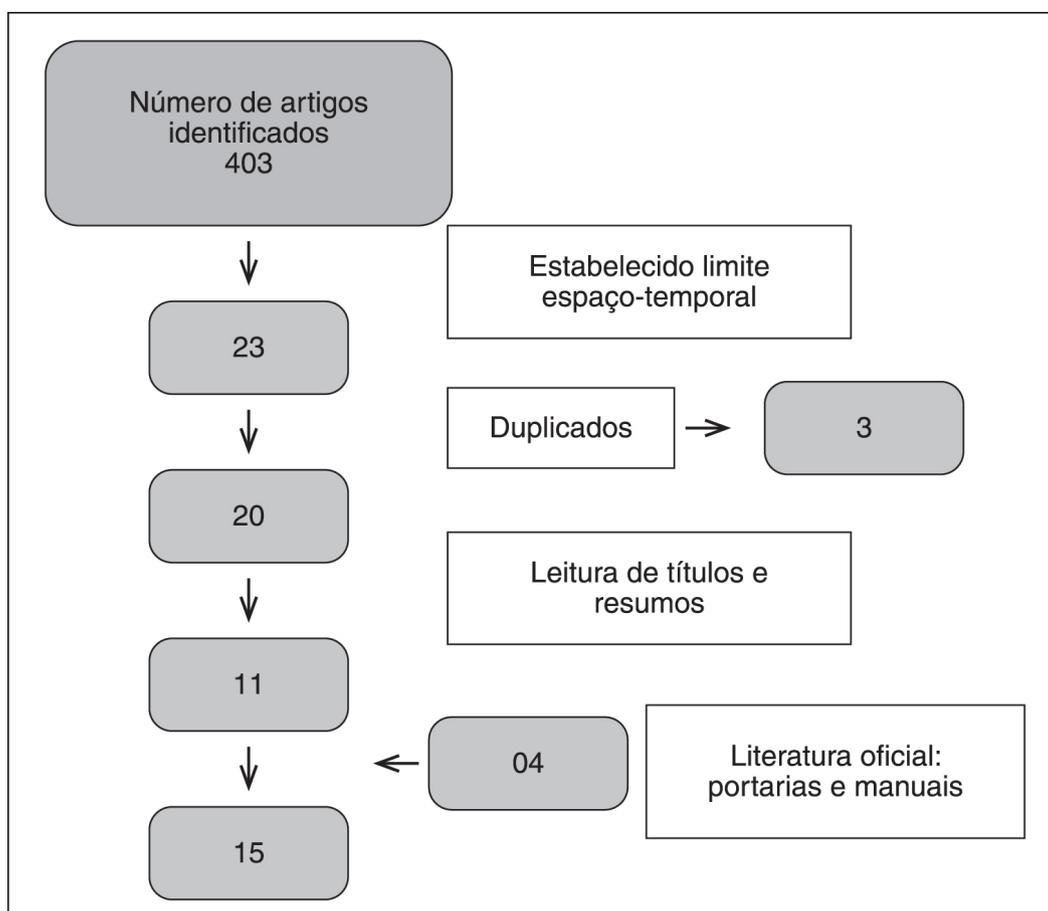


Figura 1. Estratégia de seleção das publicações utilizadas na revisão integrativa.

## Resultados e discussão

O leite materno é o alimento mais adequado para os recém-nascidos e serve de referência para se estabelecerem os requerimentos nutricionais desta fase da vida. Contém em proporções adequadas os nutrientes necessários para o início da vida, contribuindo para o crescimento e o desenvolvimento infantis. Por essas condições, o leite humano desempenha um papel de fundamental importância no cenário de redução de mortalidade infantil e neonatal.<sup>2</sup>

O aleitamento materno exclusivo é indicado pelo Ministério da Saúde durante os primeiros seis meses de vida. Devem se beneficiar do leite materno os RN a termo com bom estado de saúde, que sugam diretamente no seio da mãe, e os RN pré-termo ou com complicações do estado geral de saúde que, apesar de impossibilitados de mamar ao seio, pois essa atividade lhe exigiria esforços e gastos excessivos de energia, podem se beneficiar deste alimento por meio da disponibilização pelos BLH.<sup>7</sup>

A importância adquirida pelo aleitamento materno é tão significativa que, durante o período gestacional, algumas das principais inquietações das mulheres giram em torno de questões como: “Serei capaz de amamentar?”, “Meu leite será suficiente?”, “Quais as dificuldades que irei enfrentar?”, dentre outras.<sup>8</sup>

Durante o pré-natal, período em que acontece o maior contato dos profissionais das ESF com a população feminina por conta dos encontros mensais ou até em intervalos menores conforme a necessidade, algumas destas questões são discutidas.<sup>9</sup>

No decorrer do pré-natal, acontece um trabalho clínico associado a atividades educativas. Autores complementam o pensamento afirmando que o pré-natal configura um belo cenário para as orientações sobre amamentação e doação de leite materno para os BLH.<sup>9</sup>

A sensibilização para a importância da doação de leite tem momento privilegiado durante as consultas de pré-natal. Gestantes que recebem informações e são bem orientadas sobre aleitamento e sobre doação de leite compreendem melhor a relevância em termos de saúde pública do ato de doar e desenvolvem a capacidade de reconhecer condições que potencializam a doação.<sup>10</sup>

Muitas das questões sobre o aleitamento materno são realmente trabalhadas. No entanto, por vezes são esquecidas questões como os motivos para as crianças serem privadas do aleitamento no peito e as condutas a seguir nestas situações, assim como condutas para mães que terão leite em excesso e para a prevenção de complicações como a mastite. Esses assuntos nos remetem aos BLH.

Surgindo a partir da década de 1940, os bancos de leite humano no Brasil ganharam maior impacto com a implantação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), em 1981. Porém, até hoje, ainda vêm se firmando como fator de relevância para a Saúde Pública.<sup>5</sup>

No Brasil, o primeiro banco de leite humano, no Instituto Fernandes Figueira, foi instalado em 1943 na cidade do Rio de Janeiro e encontra-se em atividade até os dias atuais, sendo o centro de referência nacional para os BLH no país.<sup>4</sup>

Os BLH são uma importante estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Sua principal função é o apoio às mulheres que desejam amamentar seus filhos que, por motivos diversos, estão privados do aleitamento direto no peito. Além disso, trabalham para conseguir prolongar a amamentação das crianças no seio materno, tendo a meta de aleitamento exclusivo durante os primeiros seis meses de vida. Eles oferecem também apoio para as mulheres que apresentam dificuldade durante a lactação.<sup>3</sup>

Os objetivos específicos dos BLH são: atuar na coleta do leite materno, possibilitando um estoque que atenda a sua demanda; organizar o cadastramento das doadoras para possibilitar a coleta domiciliar; distribuir o leite, controlando a autenticidade e as propriedades bacteriológicas do leite logo após ocorrer a sua coleta; conservar e estocar o leite coletado; e propiciar às doadoras e a seus familiares melhores condições de atendimento médico, nutricional e social.<sup>7</sup>

Os BLH trabalham com estocagem do leite conforme técnicas e normas estabelecidas pela resolução RDC, Nº171, de 04 de setembro de 2006. O leite estocado é proveniente de doação de lactantes.<sup>3</sup>

Podem ser consideradas doadoras as nutrizes saudáveis que apresentam secreção láctea superior às exigências de seu filho e que se dispõem a doar o excedente por livre e espontânea vontade.<sup>3</sup>

Também são doadoras as lactantes que se encontram impedidas de amamentar seus filhos diretamente no seio, por motivos ligados à saúde dos mesmos ou à sua própria saúde, sendo assim incompatíveis com a amamentação, mas não com a lactação. As nutrizes que têm seus filhos internados por motivos diversos podem estimular a lactação por meio da ordenha, e doar o leite ao banco.<sup>5</sup>

Os motivos que levam uma nutriz a doar são: altruísmo, doação como expressão de ajuda, excesso de produção láctea, conhecimento de um bebê que esteja precisando, ou informação de que o BLH esteja precisando.<sup>10</sup>

O comportamento das nutrizes durante o processo de decisão pelo ato de doar sofre também influência direta das orientações fornecidas pelos profissionais de saúde.<sup>4</sup> Estudo realizado no Distrito Federal, com 36 mulheres doadoras regulares de leite humano, evidenciou que o apoio institucional foi fundamental para que mulheres se tornassem doadoras, e o incentivo dos profissionais de saúde teve papel relevante na decisão.<sup>10,11</sup>

Os mesmos autores revelaram que 47,25% das participantes consideraram imprescindível o apoio dos profissionais de saúde para se sentirem motivadas para a prática de doação.<sup>10</sup>

Quanto às instituições que ofereciam apoio, os hospitais/maternidades e os BLH foram lembrados pelas mulheres. As unidades básicas de saúde não foram referenciadas na pesquisa.<sup>10,11</sup> No entanto, dentre as propostas relatadas pelas participantes do estudo para melhorar o apoio institucional, foi sugerida a disponibilização de informações sobre a doação durante as consultas de pré-natal pelos profissionais da ESF.<sup>11</sup> Apesar de voluntária, a doação segue normas pré-estabelecidas. O Artigo 5º da portaria regulamentadora dos BLH no Brasil estabelece que: “É vedada a comercialização dos produtos coletados, processados e distribuídos pelo Banco de Leite Humano e pelo Posto de Coleta de Leite Humano”.<sup>3</sup>

Toda lactante interessada na doação deve passar por triagem para que o BLH estabeleça o controle clínico desta doadora com a finalidade de proteger a saúde da mesma e a do receptor. O leite doado deve ter passado por condições ideais de manipulação, ordenha, estocagem, conservação e transporte.<sup>3</sup>

Após chegar ao banco, o leite recebe tratamento de pausterização para inativar sua flora microbiota sem alterar a qualidade. Segue-se um rígido controle de qualidade até sua distribuição com qualidade certificada.<sup>3</sup>

O que se vê, ainda hoje, é a estocagem do banco de leite bem incipiente quando comparada à sua demanda, impedindo a obtenção de maiores impactos sobre a redução da mortalidade neonatal e infantil. Neste aspecto, é visível a necessidade de maior sensibilização das nutrizes para a doação.<sup>8</sup>

Considera-se imprescindível que os BLH disponham de leite humano em quantidades adequadas para a sua demanda, nos momentos de urgência. As doações voluntárias são indispensáveis para dar continuidade ao projeto dos BLH, os quais viabilizam a manutenção do aleitamento natural para os grupos-alvo.<sup>12</sup>

Para o Ministério da Saúde, a manutenção do aleitamento materno no Brasil ainda tem muitas limitações, e um dos problemas prioritários é a falta de conhecimento e de sensibilização dos profissionais de saúde sobre a lactação e sobre os BLH.<sup>13</sup>

Quando indagados sobre o serviço oferecido pelos BLH, os profissionais da ESF referenciaram o BLH como órgão responsável pela captação e distribuição de leite humano, desconhecendo seu papel fundamental na promoção do aleitamento materno. Essa falta de conhecimento mais profundo é refletida nos baixos percentuais de encaminhamentos ao serviço, já que apenas 57% dos profissionais de nível superior já o fizeram ao menos uma vez.<sup>13</sup>

O Ministério da Saúde reconhece essa carência e aborda o tema dos BLH em suas publicações destinadas aos profissionais das ESF, estabelecendo como diretriz a ser trabalhada e abordada também nas unidades básicas de saúde. Um exemplo é *O Guia prático do agente comunitário de saúde* publicado em 2009. Os agentes comunitários de saúde (ACS) são personagens importantes na integração dos serviços de saúde da atenção primária com a sociedade, e o guia foi elaborado para fornecer subsídios para o trabalho desses profissionais.<sup>14</sup>

Conforme o manual, o ACS deve orientar as gestantes e puérperas sobre a doação de leite humano, abordando questões como: “quem pode doar?”, “onde doar?” e “onde buscar maiores informações?”. Além disso, deve orientar sobre o rigor asséptico durante a ordenha e estocagem, oferecer apoio às mulheres que já são doadoras e incentivar as que ainda não doam. A Unidade de Saúde da Família deve ser referência para a população adscrita na área para fornecer informações e facilitar o acesso aos BLH.<sup>14</sup>

As ações educativas e de acolhimento às mulheres realizadas durante o pré-natal são fundamentais para a captação de doadoras.<sup>10</sup> Vale ressaltar a importância da preparação dos profissionais de saúde; eles devem estabelecer uma comunicação centrada na nutriz e promover o conhecimento adequado sobre o aleitamento materno e a doação de leite.<sup>12</sup>

Contudo, apesar de ser inquestionável que o leite materno muitas vezes é vital para a recuperação, sobrevivência e qualidade de vida dos RNs com alto e médio risco, privados do aleitamento ao seio materno, Felipe e Almeida (2005)<sup>9</sup> observaram que os enfermeiros e os médicos das ESFs não estão engajados na promoção e incentivo à doação de leite materno para os BLH, pois apenas 26,9% das puérperas entrevistadas em seu estudo afirmaram ter recebido alguma orientação sobre doação durante o contato com esses profissionais.

Ratificando a afirmação anterior, Alencar e Seidl (2010)<sup>11</sup> mostram em seu estudo um percentual de 44,4% das lactantes que não haviam recebido nenhuma informação sobre doação do leite humano antes de seus bebês terem nascido. Mostram ainda um percentual de 36,4% dessas mulheres afirmando não se sentirem apoiadas pelas unidades básicas de saúde para a doação.

Quando há abordagem sobre os BLH e doação durante o pré-natal, as informações são muito pontuais; as discussões limitam-se somente a apresentar os BLH como serviços que recebem leite de mães para doar para filhos de outras ou aos seus próprios.<sup>12</sup>

Entretanto, quando as mulheres passam a fazer a doação, elas adquirem um conhecimento mais aprofundado sobre os BLH. Conforme as mulheres doadoras, o principal motivo para o profissional encaminhá-la a procurar os BLH é para aliviar alguns desconfortos físicos relacionados à lactação, quando elas os apresentam. Mas, à medida que vão tendo contato com o BLH, os objetivos e benefícios do serviço ficam mais claros.<sup>12</sup>

Em um estudo, os autores observaram que, após receberem curso de capacitação sobre aleitamento materno e sobre o BLH, os profissionais assumiram uma postura reflexiva em relação à forma de assistir a mulher que amamenta.<sup>4</sup>

Outro estudo demonstrou que, após participarem de programas de sensibilização e capacitação, profissionais da ESF conseguiram recrutar um percentual significativo de mulheres para a doação de leite humano.<sup>9</sup> Os profissionais que orientaram as puérperas durante o pré-natal sobre doação de leite materno para os BLH valorizaram a promoção e o incentivo à amamentação, contribuindo para a saúde da criança e da família, bem como para a melhoria da qualidade de vida da população.<sup>9</sup>

As doadoras, as equipes de saúde e o próprio SUS são atores que fazem a RNBLH interagir com o meio social.<sup>15</sup> A geração e o compartilhamento de conhecimentos entre esses atores são importantes para o desenvolvimento e melhoria da RNBLH; no entanto, essa ação colaborativa ainda é muito incipiente.<sup>15</sup>

Assim, é indispensável reorientar as políticas públicas de saúde no Brasil para a promoção, proteção, apoio e incentivo ao aleitamento materno e à doação de leite humano.<sup>10</sup> Fazem-se necessárias ações intersetoriais e integrais para fortalecer a RNBLH. Os atores envolvidos, integrantes diretos ou indiretos do processo, devem manter relações constantes entre si, estabelecendo os nós dos relacionamentos.<sup>4</sup>

## Considerações finais

Os BLH, organizados no Brasil por meio da RNBLH, representam uma estratégia importante para a amamentação e para a manutenção do aleitamento dos bebês que não podem mamar no peito. Essas ações repercutem positivamente na redução da mortalidade desses públicos-alvo.

Acreditamos ser a intersetorialidade o meio mais acertado para se conseguir a operacionalização de diversas ações. No tocante à RNBLH, é imprescindível o envolvimento dos diversos atores e o estreitamento da relação entre eles. Porém, os estudos analisados neste artigo mostraram uma fragilidade nessa relação. Urge a necessidade de se estabelecer uma visão holística entre esses sujeitos, não existindo peças isoladas dentro do processo.

A comunicação e a parceria entre os BLH e as Unidades Saúde da Família são incipientes, não sendo de fato efetivas. Ficou claro que muito mais poderia ser conseguido. Acredita-se que, com parcerias efetivas entre os diversos profissionais, o número de doadoras poderia aumentar, proporcionando a manutenção e a melhoria da atuação dos BLH graças ao aumento da doação de leite e da estocagem, o que, por consequência, garante a melhoria da atenção à saúde das crianças, das mães e de toda população.

O número de publicações sobre a temática é reduzido, o que nos sugere a necessidade de se aprofundarem os questionamentos por meio de outros estudos e de se buscar conhecer junto aos profissionais de saúde, bem como às instituições referenciadas, quais as potencialidades e as dificuldades vivenciadas na inter-relação entre eles, cujo sucesso muito tem a contribuir em favor da vida dos recém-nascidos.

## Referências

1. Silva SL. Alegações maternas para a doação do leite humano [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2010. 70 p.
2. Giugliani ERJ. Aleitamento materno: uma contribuição científica para prática do profissional de saúde. *J Pediatría*. (Rio J). 2004;80(5 Suppl):s117-s118. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000700001>.
3. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução-RDC, nº 171, de 4 de setembro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano. *Diário Oficial da União*. 2008 Sep 26; Seção 1:33. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0171\\_04\\_09\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0171_04_09_2006.html).

4. Maia PRS, Almeida JAG, Novak FR, Silva DA. Rede nacional de bancos de leite humano: gênese e evolução. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2006;6(3):285-292. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292006000300004>.
5. Rede Nacional de Bancos de Leite Humano [Internet]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; c2005 [acesso em 2011 Jan 20]. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/redeblh>.
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Área técnica de saúde da mulher. Pré-natal e puerpério: uma atenção humanizada e qualificada. Manual Técnico. Brasília, 2006. 163 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, caderno nº 5).
7. Almeida JAP, Novak FR. O papel dos bancos de leite humano no incentivo ao aleitamento materno. In: Rego JD, editors. *Aleitamento Materno*. São Paulo: Atheneu; 2002. p. 321-332.
8. Silva LRM. Conhecimento quanto à doação de leite humano: o que sabem as lactantes? [monografia]. Capina Grande: Curso de Enfermagem, Faculdade de Campina Grande; 2009.
9. Felipe SF, Almeida MFPV. A orientação e incentivo da doação de leite materno para os bancos de leite durante o pré-natal. *Rev Pesq: cuidado é fundamental.* (Rio J). 2005;9(1/2):49-56.
10. Alencar LCE, Seidl EMF. Doação de leite humano: experiências de mulheres doadoras. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(1):70-77. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000100009>.
11. Alencar LCE, Seidl EMF. Doação de leite humano e apoio social: relatos de mulheres doadoras. *Rev Latino-Am de Enfermagem.* 2010;18(3):381-389. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000300013>.
12. Galvão MTG, Vasconcelos SG, Paiva SS. Mulheres doadoras de leite humano. *Acta Paul Enferm.* 2006;19(2):157-161. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002006000200006>.
13. Barbosa NB, Silveira MMM. Aleitamento Materno no Município de Anapólis: Saberes e práticas na estratégia saúde da família. *Revista APS.* 2010;13(4):445-455.
14. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Guia prático do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 260 p.
15. Maia PRS, Novak FR, Almeida JAG, Silva DA. Bases conceituais para uma estratégia de gestão: o caso da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(6):1700-1708. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000600029>.

## Esclerose Múltipla: duas apresentações clínicas, uma só doença!

Multiple Sclerosis: two clinical presentations, a single disease!

*Esclerosis múltiple: dos presentaciones clínicas, una sola enfermedad!*

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

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

Miguel Baptista. Hospital Pedro Hispano. Unidade Local de Saúde Matosinhos. Portugal. mikefyssas@gmail.com

Teresa Febra. Unidade de Saúde Familiar das Ondas, Aces Porto IV. Póvoa de Varzim, Vila do Conde, Portugal. teresafebraondas@gmail.com

Carla Morna. Unidade de Saúde Familiar das Ondas, Aces Porto IV. Póvoa de Varzim, Vila do Conde, Portugal. carlamornaondas@gmail.com

### Resumo

**Objetivo:** o presente relato de caso pretende demonstrar a diversidade de apresentações clínicas, a evolução dos sintomas e o papel do médico da atenção primária no diagnóstico e seguimento de pacientes com esclerose múltipla e seus familiares. **Descrição dos casos:** duas mulheres, de 31 e 28 anos, caucasianas, inseridas em famílias nucleares (fases IV e II do ciclo de Duvall, respectivamente) pertencentes à classe média de Graffar. A primeira inicia um quadro insidioso de parestesias das mãos com melhoria em 2 meses. Passado um ano, apresenta-se com dificuldade em elevar as pálpebras e desequilíbrio marcado. A segunda apresenta diminuição súbita da acuidade visual à direita, tendo sido diagnosticada uma neurite óptica. Ambas foram diagnosticadas com esclerose múltipla. **Conclusão:** a esclerose múltipla é uma doença inflamatória crônica, desmielinizante e degenerativa do sistema nervoso central, que se revela de forma heterogênea. Torna-se importante ao médico de família saber como lidar com as incertezas diagnósticas.

### Abstract

**Objective:** this case report aims to demonstrate the diversity of clinical presentations, the symptoms evolution and the role of the primary care physician in the diagnosis and management of patients with multiple sclerosis, and their families. **Case descriptions:** two women, 31 and 28 years old, Caucasian, inserted within nuclear families (phases II and IV of the Duvall' cycle, respectively) belonging to the middle class of Graffar. The first one starts an insidious symptom of paraesthesia of the hands with improvement in 2 months. Within a year, she presents with difficulty raising the eyelids and marked imbalance. The second one presents sudden loss of visual acuity on the right, having been diagnosed with optic neuritis. Both were diagnosed with multiple sclerosis. **Conclusion:** multiple sclerosis is a chronic inflammatory, degenerative and demyelinating disease of the central nervous system that manifests heterogeneously. It is important for the family doctor to know how to deal with diagnostic uncertainties.

### Resumen

**Objetivo:** el presente reporte de caso tiene como objetivo demostrar la diversidad de presentaciones clínicas, la evolución de los síntomas y el rol del médico de atención primaria en el diagnóstico y manejo de pacientes con esclerosis múltiple y sus familiares. **Descripción de los casos:** dos mujeres, 31 y 28 años de edad, de raza caucásica, insertados en las familias nucleares (fases II y IV del Ciclo de Duvall, respectivamente) que pertenecen a la clase media Graffar. La primera inicia con síntomas insidiosos de parestesias de las manos, con una mejoría en 2 meses. Dentro de un año, se presenta con dificultad para levantar los párpados y marcado desequilibrio. La segunda presenta pérdida súbita de la agudeza visual a la derecha y fue diagnosticado con neuritis óptica. Ambas fueron diagnosticadas con esclerosis múltiple. **Conclusión:** la esclerosis múltiple es una enfermedad inflamatoria crónica, degenerativa del sistema nervioso central y desmielinizante, que se revela heterogéneamente. Es importante para el médico familiar conocer las incertidumbres diagnósticas.

#### Palavras-chave:

Esclerose Múltipla  
Sistema Nervoso Central  
Parestesia  
Neurite Óptica  
Atenção Primária à Saúde

#### Keywords:

Multiple Sclerosis  
Central Nervous System  
Paresthesia  
Optic Neuritis  
Primary Health Care

#### Palabras clave:

Esclerosis Múltiple  
Sistema Nervioso Central  
Parestesia  
Neuritis Óptica  
Atención Primaria de Salud

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

**Parecer CEP:**  
ARS Norte 05/2012.

**Conflito de interesses:**  
declaram não haver.  
Recebido em: 13/05/2013.  
Aprovado em: 27/02/2014.

## Introdução

A esclerose múltipla (EM) surge frequentemente em jovens adultos, entre os 20 e os 40 anos, com o dobro da incidência no sexo feminino e em pessoas do norte da Europa.<sup>1</sup> Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) estimam que, em todo o mundo, existam cerca de 2,1 milhões de pessoas com EM e, em Portugal, mais de 5000 pessoas.<sup>2</sup> A EM é uma doença inflamatória crônica, desmielinizante e degenerativa do sistema nervoso central que interfere no controle de funções como a visão, a locomoção e o equilíbrio.<sup>1</sup> Trata-se de uma doença heterogênea, com várias características clínicas e patológicas, refletindo diferentes caminhos de lesão tecidual, permanecendo ainda desconhecida a sua causa. O início pode ser abrupto ou insidioso, sendo que alguns pacientes apresentam sintomas tão comuns que não despertam a atenção médica durante meses ou anos.<sup>1</sup>

A inexistência de sinais e sintomas patognomônicos de EM torna difícil o seu diagnóstico. Geralmente, este se baseia nas apresentações clínicas mais características, que incluem diplopia, parestesias, fraqueza, incontinência ou retenção urinária, depressão, tremor de ação e hiperreflexia.<sup>1</sup> A demonstração de lesões disseminadas no espaço e no tempo, por meio de ressonância magnética nuclear (RMN), complementa os critérios de diagnóstico.<sup>3</sup> A RMN demonstrou ser altamente sensível na detecção de placas clinicamente silenciosas<sup>4,5</sup> e, por conseguinte, os resultados da presente modalidade de imagem estão incluídos nos critérios de diagnóstico de McDonald.<sup>3,6,7</sup> Os testes sorológicos e a punção lombar podem ser usados para exclusão de outras patologias.<sup>3,4</sup>

O objetivo da apresentação destes dois casos clínicos é alertar para a variabilidade de apresentações clínicas de uma patologia pouco frequente, que pode surgir em um curto espaço de tempo ao médico da Atenção Primária, necessitando de um olhar mais atento e global perante o presente e o futuro do paciente e de sua família. Obteve-se consentimento informado junto aos pacientes e também a aprovação junto à coordenadoria local da USF das Ondas, parte da Administração Regional de Saúde do Norte (ARS Norte) em 14/05/2012.

## Descrição dos casos

### Caso 1

A.C.F., 31 anos, sexo feminino, caucasiana, talhante (açougueiro, no Brasil), com o 6º ano de escolaridade. Pertencente a uma família nuclear e altamente funcional, de acordo com a aplicação do Apgar Familiar de Smilkstein, constituída por A.C.F., o marido e o filho (Figura 1). Sem antecedentes pessoais relevantes, em termos familiares o marido é portador de paramiloidose, tendo sido submetido a transplante hepático.

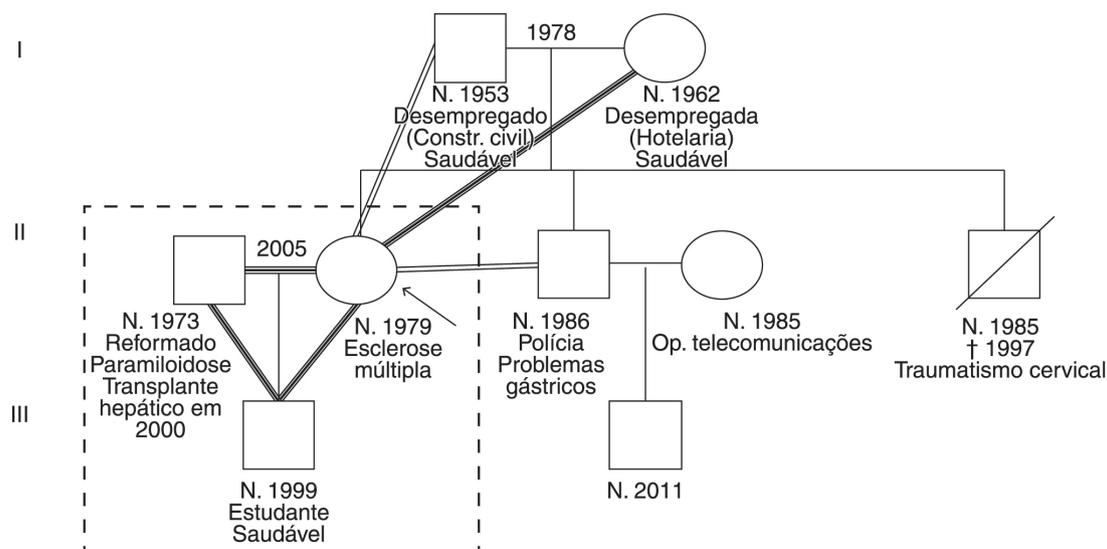


Figura 1. Genograma e Psicofigura de Mitchell da família do Caso 1 (realizado a 12 de outubro de 2011).

## História da Doença Atual

A paciente recorre à demanda espontânea da sua médica de família a 20 de abril de 2010, por quadro insidioso de parestesias nos dedos das mãos há 1 semana, sem outros sintomas associados. O exame neurológico foi normal, sem déficits motores focais, reflexos osteotendinosos normais, sem noção de assimetrias sensitivas, nem níveis sensitivos objetiváveis. Tendo em vista a ausência de antecedentes e a profissão da paciente considerou-se a hipótese de se tratar de uma síndrome de coluna cervical associada a parestesias nos dedos das mãos. A paciente foi aconselhada a fazer correções posturais e medicada com anti-inflamatório, tendo sido solicitada radiografia da coluna cervical.

Cerca de 2 semanas depois, a paciente retorna à consulta com o resultado da radiografia da coluna, que se encontrava sem alterações. A paciente refere que, além das parestesias nos dedos das mãos, manifesta dor nos ombros, sensação de depressão com insônia inicial e incapacidade para realização das atividades da vida diária, há uma semana. O exame neurológico manteve-se inalterado, e o exame do ombro não revelou sinais inflamatórios associados. Uma vez que as queixas se mantiveram inespecíficas e associadas a sintomas depressivos, adicionou-se um relaxante muscular e um antidepressivo.

Em 14 de maio de 2010, a paciente recorre novamente à demanda espontânea, por infecção do trato respiratório superior, para a qual foi medicada com antibiótico. Dez dias depois, a paciente regressa por aparecimento de erupção cutânea localizada, com um dia de evolução. Sem alergias medicamentosas conhecidas. Mantendo queixas de formigamento nos dedos das mãos. Ao exame físico é observado um exantema máculo-papular disperso na face (asa de borboleta), nos membros superiores e coxas, tendo sido medicada com corticoide e anti-histamínico e solicitado estudo imunológico para exclusão de lúpus eritematoso sistêmico (anticorpos antinucleares (FAN), velocidade de hemossedimentação (VHS) e anticorpos anti-DNA nativo [anti-dsDNA]), que se revelaram normais. Levando-se em conta essa evolução, a paciente foi reavaliada em 1 de junho, com melhora da erupção cutânea e ausência de formigamento. A paciente foi posteriormente acompanhada, sem intercorrências relevantes.

A 15 de março de 2011, recorre novamente à consulta por, há 2 meses, sentir dificuldade em elevar as pálpebras ou olhar para cima sustentadamente. Nega dor com o movimento ocular ou periorbitária, diplopia, olho vermelho, prurido, secreção ocular, traumatismo, cefaleias, tonturas, náuseas ou vômitos. Já havia sido avaliada por oftalmologista, tendo sido recomendada correção ortótica para miopia. Ao exame neurológico verifica-se ptose bilateral e limitação bilateral da supra e infraversão conjugada e da convergência ocular. Com base na evolução prévia, a paciente é referenciada para o serviço de urgência (SU) de neurologia.

Passados dois dias a paciente retorna à consulta com carta de alta do SU referindo estudo de imagem (tomografia computadorizada [TAC]) e exames de sangue sem alterações, e a impressão de se tratar de uma síndrome conversiva ou miastenia gravis, forma ocular. Apresentava agravamento da sintomatologia palpebral com dificuldade na elevação das pálpebras e no olhar sustentado para cima. Com vistas a agilizar o diagnóstico, foi solicitada eletroneuromiografia (ENM).

A paciente retorna cerca de uma semana depois, a 24 de março de 2011 com, além das queixas descritas nos dois episódios anteriores, fotofobia e desequilíbrio importante ao levantar-se. A ENM encontrava-se normal. Ao exame neurológico, a paciente apresentava ptose bilateral com limitação bilateral da supra e infraversão conjugada e da convergência ocular, com nistagmo multidirecional na superversão e noção de diplopia. Prova de Romberg e marcha instáveis. Sem déficits motores ou sensitivos aparentes. A paciente foi então encaminhada novamente ao serviço de urgência de Neurologia. Desta vez, foi internada com diagnóstico provável de “Esclerose Múltipla/Vasculite do SNC”. Os exames laboratoriais revelaram bandas oligoclonais positivas no líquido cefalorraquidiano e negativas no soro e VDRL/TPHA negativo. O estudo radiológico com RMN apresentou múltiplas áreas (> 20) de hipersinal em DP, T2 e T2 Flair dispersas pelo andar supratentorial, atingindo a substância branca dos hemisférios cerebrais de localização periventricular (algumas perpendiculares ao corpo caloso e envolvendo o esplênio à direita) e subcortical, cápsulas internas, mesencéfalo, bolbo à esquerda e cordão medular no plano de D10-D11 (Figura 2).

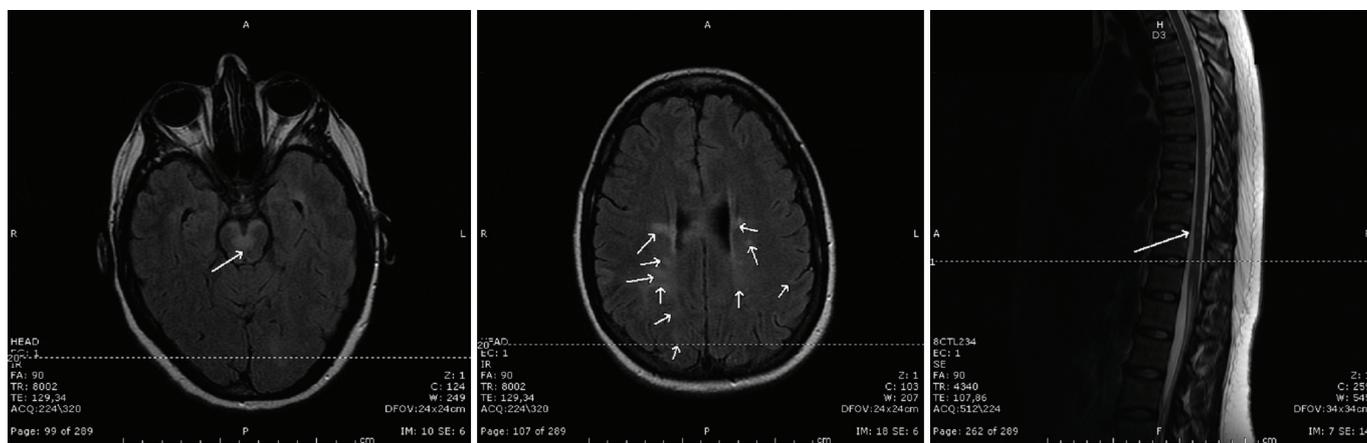


Figura 2. Imagens de RMN cerebral do Caso 1.

## Caso 2

V.L.P.M.C., 28 anos, sexo feminino, caucasiana, assistente dentária, com o 12º ano de escolaridade. Pertence a uma família nuclear e altamente funcional, de acordo com a aplicação do Apgar familiar de Smilkstein, constituída por V.L.P.M.C., o marido e a filha (Figura 3). Sem antecedentes pessoais relevantes. Em termos familiares, o marido tem doença de Crohn e a irmã, uma doença inflamatória intestinal inespecífica.

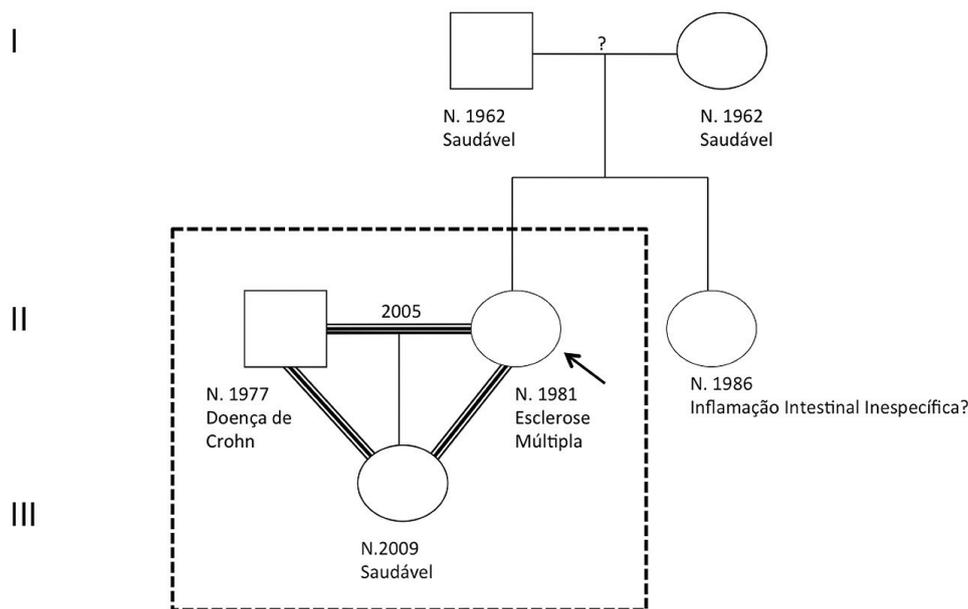


Figura 3. Genograma e Psicofigura de Mitchell da família do Caso 2 (realizado a 14 de maio de 2012).

## História da Doença Atual

A paciente recorre à demanda espontânea da sua médica de família por diminuição súbita da acuidade visual do olho direito (OD) há 1 semana. Já tinha sido atendida pelo serviço de Oftalmologia, onde realizou estudo de campos visuais, que revelou defeito obliterante inferior do OD e fundoscopia que apresentou no OD “crowded disc” com bordas ligeiramente esbatidas (borradas, em português do Brasil). Ao exame objetivo do olho apresentava visão turva no campo visual inferior esquerdo do OD. O exame neurológico não apresentava alterações.

Considerando-se a hipótese de se tratar de uma neuropatia óptica, a paciente foi referenciada ao SU de Oftalmologia. Neste foram confirmados o déficit visual e as alterações à fundoscopia e, por suspeita de uma neurite óptica, a paciente foi avaliada por neurologista. Ao exame neurológico apresentava movimentos oculares preservados, ausência de dismetrias faciais, reflexos osteotendinosos vivos policinéticos nos quatro membros e cutâneo-plantares em extensão, com força muscular preservada. Por se suspeitar de uma neurite óptica como primeira manifestação de doença desmielinizante, solicitou-se uma RMN cerebral (Figura 4), onde se observaram pequenos focos de hipersinal – dois justacorticais, um peritrigonal esquerdo, dois periventriculares – e efetuou-se punção lombar que revelou bandas oligoclonais positivas no LCR e negativas no soro.

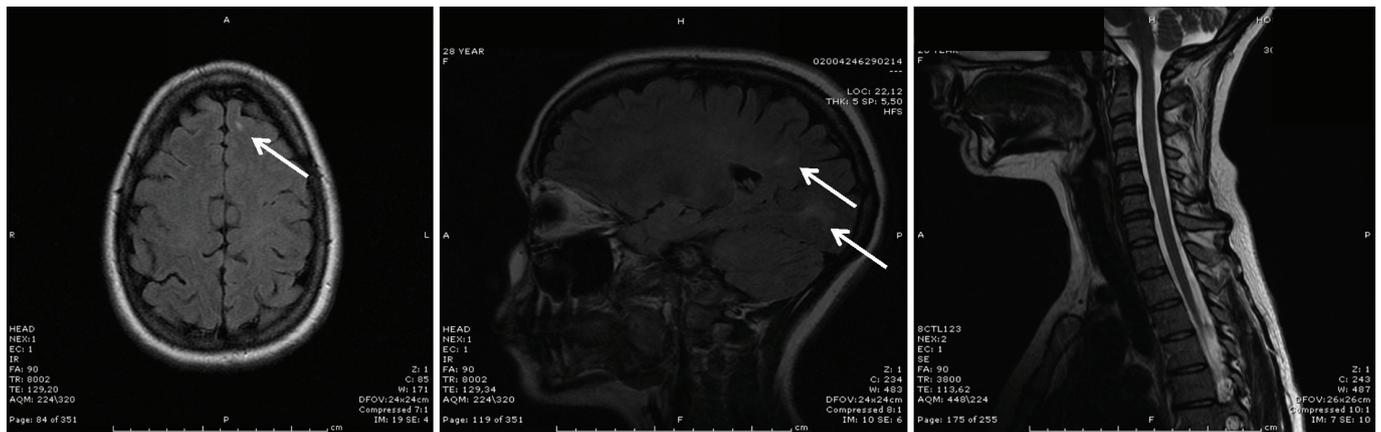


Figura 4. Imagens de RMN cerebral do Caso 2.

## Discussão

A esclerose múltipla é uma doença que marca o rumo da vida de qualquer pessoa e também de sua família. Nestes casos, o médico de família deverá ser um gestor de cuidados, sendo esta uma das suas competências nucleares. Deve ainda assumir o papel de gestor de meios/recursos comunitários, de cuidados de saúde (da sua consulta e eventual referência) e também, se necessário, de defesa do paciente na interface de cuidados. A facilidade de acesso à consulta de demanda espontânea contribui igualmente para criar um elo de continuidade de cuidados, essencial para o raciocínio diagnóstico.

De acordo com a literatura recente, a fase inicial da doença é o melhor momento para se iniciar o tratamento, do qual deve fazer parte o Interferon beta 1-a por via intramuscular ou subcutânea, que as pacientes iniciaram após o diagnóstico.<sup>8-11</sup> Esses casos pretendem mostrar a variabilidade de apresentações clínicas da esclerose múltipla (parestesias, neurite óptica, entre outras), alertando para a inespecificidade, intermitência e diversidade de evolução dos sintomas de uma patologia que coloca várias incertezas ao clínico. As incertezas diagnósticas são trabalhadas através da exclusão de “red flags” (“bandeiras vermelhas”), descartando patologias graves ou urgentes, em conjunto com os cuidados hospitalares, mais focados em fechar diagnósticos, assegurando sempre um diálogo/negociação do cuidado com o paciente/família.

Apesar de terem apresentações clínicas diferentes, ambas as pacientes reúnem critérios clínicos de diagnóstico de EM na forma surto-remissão, e as imagens de RMN suportam o diagnóstico, de acordo com McDonald.<sup>3</sup> A progressão da incapacidade é altamente variável mas, na maioria dos pacientes, é lenta. Assim sendo, o acompanhamento multidisciplinar, sustentado na figura do médico de família, torna-se fundamental não somente na evidência dos sinais para o diagnóstico precoce, como para o seguimento do paciente e de sua família, dada a repercussão familiar da doença.

Nos últimos 3 anos, as pacientes têm sido avaliadas em consulta, encontrando-se assintomáticas. Apesar de o período de acompanhamento após o diagnóstico ainda ser curto, o que constitui uma limitação ao estudo, a vigilância periódica dessas pacientes permite ao médico de família explorar as expectativas pessoais e familiares e a própria evolução da doença. Após a aplicação de ferramentas como genograma, psicofigura de Mitchell e círculo de Thrower, concluímos que ambas integram famílias altamente funcionais, com grande suporte familiar. No entanto, o fato de seus cônjuges sofrerem de patologias crônicas (paramiloidose e doença de Crohn, respectivamente), além de terem filhos menores, constitui motivo de preocupação em relação ao futuro, e isso tem sido levado em consideração.

## Conclusão

O médico da atenção primária encontra-se em uma posição privilegiada para realizar uma abordagem holística aos seus pacientes, muito importante frente a quadros indiferenciados, que colocam diversas incertezas, e a esclerose múltipla é apenas um exemplo dentre muitos quadros atípicos que se apresentam a esse profissional. A prestação de cuidados longitudinais permite-lhe criar com seus pacientes uma relação que facilita o conhecimento do seu contexto biopsicossocial, e assim, uma mais adequada planificação e gestão dos seus problemas.

## Referências

1. Calabresi PA. Diagnosis and management of multiple sclerosis. *Am Fam Physician*. 2004 Nov 15;70(10):1935-44.
2. World Health Organization. Multiple Sclerosis International Federation. Atlas: Multiple sclerosis resources in the world 2008. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008.
3. Polman CH, Reingold SC, Banwell B, Clanet M, Cohen JA, Filippi M, et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 revisions to the McDonald criteria. *Ann Neurol*. 2011 Feb;69(2):292-302. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/ana.22366>
4. Paty DW, Oger JJ, Kastrukoff LF, Hashimoto SA, Hooge JP, Eisen AA, et al. MRI in the diagnosis of MS: a prospective study with comparison of clinical evaluation, evoked potentials, oligoclonal banding and CT. *Neurology*. 1988;38:180-5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1212/WNL.38.2.180>
5. Tintoré M, Rovira A, Martínez MJ, Rio J, Díaz-Villoslada P, Brieva L, et al. Isolated demyelinating syndromes: comparison of different MR imaging criteria to predict conversion to clinically definite multiple sclerosis. *Am J Neuroradiol* 2000;21:702-6.
6. McDonald WI, Compston A, Edan G, Goodkin D, Hartung HP, Lublin FD, et al. Recommended diagnostic criteria for multiple sclerosis: guidelines from the International Panel on the diagnosis of multiple sclerosis. *Ann Neurol*. 2001;50:121-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/ana.1032>
7. Polman CH, Reingold SC, Edan G, Filippi M, Hartung HP, Kappos L, et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2005 revisions to the "McDonald Criteria". *Ann Neurol*. 2005;58:840-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/ana.20703>
8. Coyle PK, Hartung HP. Use of interferon beta in multiple sclerosis: rationale for early treatment and evidence for dose- and frequency-dependent effects on clinical response. *Mult Scler*. 2002;8(Suppl 1):2-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/135245850200800102>.
9. Trapp BD, Peterson J, Ransohoff RM, Rudick R, Mork S, Bo L. Axonal transection in the lesions of multiple sclerosis. *N Engl J Med*. 1998;338:278-85. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM199801293380502>.
10. Jacobs LD, Beck RW, Simon JH, Kinkel RP, Brownsheidle CM, Murray TJ, et al. Intramuscular interferon beta-1a therapy initiated during a first demyelinating event in multiple sclerosis. CHAMPS Study Group. *N Engl J Med*. 2000 Sep;343:898-904. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM200009283431301>.
11. Comi G, Filippi M, Barkhof F, Durelli L, Edan G, Fernandex O et al. Effect of early interferon treatment on conversion to definite multiple sclerosis: a randomised study. *Lancet* 2001; 357: 1576-82. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)04725-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(00)04725-5).

## Manifesto de Curitiba: pela Prevenção Quaternária e por uma Medicina sem conflitos de interesse

The Curitiba Manifesto: for the Quaternary Prevention and for a Medical Practice without conflicts of interest

*Manifiesto de Curitiba: por la Prevención Cuaternaria e por una Medicina sin conflictos de intereses*

André Luiz da Silva. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS). Porto Alegre, RS, Brasil. andreldasilva@me.com (*Autor correspondente*)

Derelie Mangin. McMaster University. Toronto, Canadá. mangind@mcmaster.ca

Miguel Pizzanelli. Unidad Docente Asistencial Rural de Florida. Florida, Uruguai. miguelpizzanelli@gmail.com

Marc Jamouille. Department of Family Practice, University of Liege. Belgium. marc.jamouille@doct.ulg.ac.be

Hamilton Lima Wagner. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Curitiba, PR, Brasil. hamiltonw@uol.com.br

Dijon Hosana Souza Silva. Grupo de Trabalho de Prevenção Quaternária da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Ilhéus, BA, Brasil. dijonhosana@hotmail.com

Rodrigo Luciano Bandeira de Lima. Secretaria Municipal de Saúde de Recife. Recife, PE, Brasil. rblima@gmail.com

Sandro Rodrigues Batista. Universidade Federal de Goiás (UFG). Goiânia, GO, Brasil. sandrorbatista@gmail.com

Juliana Oliveira Soares. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília, DF, Brasil. juliveirasoes@gmail.com

Ana Duboc Rochadel. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília, DF, Brasil. anarochadel@gmail.com

Raquel Vaz Cardoso. Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS). Brasília, DF, Brasil. raquelvc.mfc@gmail.com

Eno Dias de Castro Filho. Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC), Porto Alegre, RS, Brasil. enofilhoul@gmail.com

Luciano Nunes Duro. Universidade de Santa Cruz (UNISC). Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. lduro2009@gmail.com

Tarso Teixeira. Fundação Universitária de Rio Grande (FURG). Rio Grande, RS, Brasil. tarso.teixeira@terra.com.br

Guilherme Ramos Sens. Secretaria Municipal de Saúde de Ibicaré. Ibicaré, SC, Brasil. guiramossens@gmail.com

Waldomiro Reis Júnior. Prefeitura de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG, Brasil. waldomiroreis@gmail.com.br

*Pelo Grupo de Trabalho de Prevenção Quaternária da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*

Nós, médicos de família e comunidade reunidos no I Seminário Brasileiro de Prevenção Quaternária, trazemos o seguinte manifesto em prol de uma Medicina isenta de conflitos de interesses e imbuída de profissionalismo no seu sentido mais pleno. Estamos baseados nos seguintes pressupostos:

### **Código de Ética Médica<sup>1</sup>**

II - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

IV - Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina, bem como pelo prestígio e bom conceito da profissão;

V - Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente;

IX - A Medicina não pode, em nenhuma circunstância ou forma, ser exercida como comércio;

**Fonte de financiamento:**  
SBMFC.

**Parecer CEP:**  
não se aplica.

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

Recebido em: 31/08/2014.  
Aprovado em: 03/12/2014

**Como citar:** Silva AL, Mangin D, Pizzanelli M, Jamouille M, Wagner HL, Silva DH et al. Manifesto de Curitiba: pela Prevenção Quaternária e por uma Medicina sem conflitos de interesse. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(33):pp-pp. Disponível em [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(32\)1006](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(32)1006)

XIV - O médico empenhar-se-á em melhorar os padrões dos serviços médicos e em assumir sua responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde;

XXIII - Quando envolvido na produção de conhecimento científico, o médico agirá com isenção e independência, visando ao maior benefício para os pacientes e a sociedade;

...

É vedado ao médico:

Art. 68. Exercer a profissão com interação ou dependência de farmácia, indústria farmacêutica, ótica ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação, promoção ou comercialização de produtos de prescrição médica, qualquer que seja sua natureza.

...

É vedado ao médico:

Art. 104. Deixar de manter independência profissional e científica em relação a financiadores de pesquisa médica, satisfazendo interesse comercial ou obtendo vantagens pessoais.

### **Conceito de profissão enquanto compromisso com valores profissionais**

Uma profissão é:

1. livre da influência do comércio e do Estado e
2. responsável pela sua própria educação e estrutura de conhecimento<sup>2</sup>

### **E conceito de Prevenção Quaternária<sup>3</sup>**

“Ação feita para identificar pacientes em risco de sobremedicalização, para os proteger de mais intervenções em saúde e para lhes gerir intervenções eticamente aceitáveis” (Adaptado de Jamouille e Roland, 1995)

Portanto, nós, médicos defensores da prevenção quaternária em qualquer nível de atenção à saúde, defendemos os princípios bioéticos em prol do melhor e do mais aceitável para a população:

- Não-maleficência: partindo do pressuposto hipocrático de “em primeiro lugar não causar dano” (*primum non nocere*), sempre levaremos em conta o fato de que, quanto maior o risco de causar dano, mais embasado cientificamente e isento de interesses diversos do científico deve ser o procedimento em questão para que este possa ser considerado um ato eticamente aceitável, mesmo que para tal se faça necessário questionar aspectos metodológicos e conflitos de interesses em protocolos e diretrizes (muitas destas tidas como conhecimento inquestionável, porém gerado sob uma perspectiva comercial), sempre pautados na melhor evidência científica isenta disponível, e evitando ao máximo a “*Disease Mongering*” (promoção da doença), a transformação de fatores de risco e eventos fisiológicos em doenças, a medicalização desses eventos ou o excesso diagnóstico, que podem por a pessoa em risco de estigmas e danos posteriores.
- Beneficência: pensando no melhor para o paciente (do grego *pathe* – sentimento –, com seus desdobramentos no latim *patientem* – aquele que sofre –, e *pax* – paz, paciência), estaremos em busca sempre das melhores e mais adequadas evidências científicas livres de conflitos de interesses para promover a saúde das doenças, com o mínimo de intervenções possíveis. Significa que buscaremos desenvolver ações proativas “para o bem do paciente”, livres de influências externas, lembrando que condutas expectantes ou mesmo a desprescrição também são ações proativas para o benefício das pessoas. E o efeito benéfico envolve também proteger as pessoas de informações inadequadas e reduzir a angústia causada pela *Disease Mongering*, além de fornecer informações adequadas a essas pessoas para que elas mesmas pesem riscos e benefícios e tomem suas decisões por meio da persuasão puramente profissional-relacional, visando ao melhor resultado possível para aquela pessoa.
- Autonomia: a autonomia ou autodeterminação envolve dois aspectos durante o estabelecimento da relação médico-paciente:
  1. capacidade para atuar deliberadamente, o que envolve razão e discernimento para decidir entre as alternativas que lhe são apresentadas e
  2. liberdade, no sentido de estar livre de qualquer influência controladora para a emissão de um posicionamento.<sup>4</sup>

Portanto, é nossa premissa empoderar a população com as informações mais confiáveis possíveis para a tomada de decisão conjunta diagnóstica ou terapêutica, sem manipulação nem coerção, mas com a avaliação correta de riscos e benefícios, em especial naqueles procedimentos onde ainda há fraco embasamento científico e onde há fortes influências de indústrias farmacêuticas ou de produtos médicos-hospitalares, e mesmo de corporações com interesses mercantilistas, indo de encontro aos princípios aqui discorridos. É nossa premissa também tornar as pessoas conhecedoras para uma melhor tomada de decisão, já que o conhecimento, e não a desconfiança, é a melhor ferramenta para a prevenção quaternária.<sup>5</sup>

- Justiça: também é nossa premissa, enquanto promotores e defensores da prevenção quaternária, a luta pelo acesso equânime, justo e apropriado aos recursos em saúde, denunciando a mercantilização da saúde e o uso do sistema sanitário para finalidades diversas do benefício das pessoas, reforçando que justiça e acesso nem sempre estão relacionados às “últimas novidades tecnológicas em saúde”.

Nós não cuidamos de órgãos. Nós não promovemos doenças. Nós não superestimamos fatores de risco. Nós cuidamos de pessoas, e pessoas não são números, escores, fatores de risco e nem meros objetos de intervenções. Nós somos cautelosos com resultados surpreendentes de publicações científicas, pois dados podem ser manipulados para diagnosticar sintomas menores ou fatores de risco e assim reduzir os pontos de corte do diagnóstico de uma doença, bem como para criar “pré-doenças”, aumentar o espectro de medicalização e gerar de forma perniciosamente lucros para a indústria farmacêutica.<sup>6</sup> Nós respeitamos o tempo na ciência e respeitamos a linha do tempo da relação médico-paciente, pois o aspecto relacional na atenção em saúde sempre prevalecerá sobre o aspecto populacional.

Por todo o exposto, apontaremos sempre as indústrias e corporações mercantilistas da saúde com seus “achados extraordinários”, lutaremos contra a criação de estigmas e rótulos nas pessoas, lutaremos contra o excesso diagnóstico e terapêutico, promovendo hábitos saudáveis pautados na ciência médica, livres de conflitos de interesses e de vieses de publicações puramente deterministas ou causais, mas acima de tudo promovendo uma boa comunicação com as pessoas para que elas possam também aprender a se proteger do excesso de intervenções em saúde. É nosso papel advogar pela legitimidade na relação profissional-paciente, reconhecendo as incertezas inerentes à ciência médica em si. Devemos orientar o cuidado de forma não normativa, apoiando-se em evidências isentas e permitindo o feedback do paciente, de modo que ele possa interpretar e ajustar a decisão para si enquanto protagonista do seu cuidado.

Curitiba, novembro de 2013.

## Referências

1. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução N°. 1931, de 24 de setembro de 2009. Aprova o código de ética médica. Diário Oficial da União. 2009 Sep 24; Seção 1:90-2.
2. Downie R. Professions and professionalism. *J Philos Educ.* 1990;24(2):147-159. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9752.1990.tb00230.x>
3. Jamouille M, Roland M. Quaternary prevention. Paper presented at: WICC annual workshop Hong Kong. Hong Kong: Hong Kong Wonca Classification Committee; 1995.
4. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics.* 4ed. New York: Oxford University Press; 1994.
5. Kuehle T, Sghedoni D, Visentin G, Gervas J, Jamouille M. Quaternary prevention: a task of the general practitioner. *Primary Care.* 2010 [acesso em 2013 Dec 14];18(18):330-4. Disponível em: [http://www.primary-care.ch/docs/primarycare/archiv/fr/2010/2010-18/2010-18-368\\_ELPS\\_engl.pdf](http://www.primary-care.ch/docs/primarycare/archiv/fr/2010/2010-18/2010-18-368_ELPS_engl.pdf)
6. Mangin D, Toop L. The Quality and Outcomes Framework: what have you done to yourselves? *Br J Gen Pract.* 2007 June 1 [acesso em 2013 Dec 14]; 57(539):435-437. PMC2078175. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2078175/pdf/bjpg57-435.pdf>



## O programa teórico da residência em Medicina de Família e Comunidade do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS

The didactics component of the Family and Community Medicine Residency Program of the Community Health Service of the Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS

### *El Programa Teórico de la Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria del Servicio de Salud Comunitaria del Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS*

Rodrigo Caprio Leite de Castro. Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC). Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. rodrigo\_caprio@yahoo.com.br (*Autor correspondente*)

Margarita Luz Marina Silva Diercks. Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC). Porto Alegre, RS, Brasil. margarita.diercks@yahoo.com.br

Felipe Anselmi Corrêa. Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC). Porto Alegre, RS, Brasil. felipeanselmi@gmail.com

Ney Bragança Gyrão. Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC). Porto Alegre, RS, Brasil. gyral@terra.com.br

Renata Pekelman. Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC). Porto Alegre, RS, Brasil. renatapek@gmail.com

Roberto Nunes Umpierre. Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC). Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. rnumpierre@gmail.com

## Resumo

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, baseando-se nas resoluções da Comissão Nacional de Residência Médica, recomenda que os Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMMFC) dediquem de 10% a 20% de sua carga horária ao desenvolvimento de atividades teóricas. Destaca ainda que, para a elaboração do processo pedagógico dessas atividades, deve ser considerada a forma de aprendizado dos adultos, que é produzida com base nos problemas enfrentados no dia a dia. O Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (PRMMFC do SSC/GHC) tem por objetivo formar médicos para a Atenção Primária à Saúde, qualificados e resolutivos, com uma prática integradora e continuada, em equipe multidisciplinar, inserida nas comunidades sob seus cuidados. O presente artigo apresenta o Programa Teórico de Núcleo (PTN) do PRMMFC do SSC/GHC, que é a parte do Programa Teórico desta residência responsável pela formação dos aspectos específicos da Medicina de Família e Comunidade. Este relato tem como objetivo contribuir com a práxis metodológica das atividades teóricas dos PRMMFC no Brasil. São apresentados, inicialmente, o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, o PRMMFC do SSC/GHC e o Programa Teórico do PRMMFC do SSC/GHC. Em seguida, o PTN é relatado por meio dos seus quatro elementos constituintes: o eixo norteador, os eixos temáticos e os seus respectivos conteúdos, o processo pedagógico e a avaliação.

## Abstract

The Brazilian Society of Family and Community Medicine, based on resolutions of the National Commission of Medical Residency, recommends that Family and Community Medicine Medical Residency Programs (FCMMRP) dedicate between 10% and 20% of their workload to didactics. It also highlights that, when designing the pedagogical process of these activities, adult learning must be considered, which occurs on the basis of the daily problems faced by them. The objective of the Family and Community Medicine Medical Residency Program of the Community Health Service of the Grupo Hospitalar Conceição (FCMMRP of CHS/GHC) is to form qualified and problem-solving physicians for Primary Health Care, with an integrative and continued practice, in multidisciplinary teams, inserted within the communities under their care. This paper introduces the Theoretical Core Program (TCP) of the FCMMRP of CHS/GHC, which is the section of the Didactics Program responsible, in this residency, for training in the aspects that are specific to Family and Community Medicine. This report aims to contribute with the methodological praxis of the didactic activities of the FCMMRP in Brazil. First the article introduces the Community Health Service of the Grupo Hospitalar Conceição, its Family and Community Medicine Medical Residency Program and the didactics component of this program. Next, the TCP is presented by means of its four constituent elements: guiding axis; thematic axis and its respective contents; pedagogical process; and evaluation.

### Palavras-chave:

Medicina de Família e  
Comunidade  
Desenvolvimento de Pessoal  
Educação Médica

### Keywords:

Family Practice  
Staff Development  
Education, Medical

### Fonte de financiamento:

declaram não haver.

### Parecer CEP:

não se aplica.

### Conflito de interesses:

declaram não haver.

Recebido em: 29/11/2013.

Aprovado em: 11/09/2014.

## Resumen

La Sociedad Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria, basada en las resoluciones de la Comisión Nacional de Residencia Médica, recomienda que los Programas de Residencia Médica en Medicina Familiar y Comunitaria (PRMMFC) tengan de 10% a 20% de su carga de trabajo para la realización de actividades teóricas. Destaca que el proceso pedagógico de estas actividades deben tener una pedagogía de adultos, que se caracteriza, entre otros aspectos, por discutir y analizar de manera crítica los problemas cotidianos enfrentados por los residentes. El Programa de Residencia Médica en Medicina Familiar y Comunitaria del Servicio de Salud Comunitaria del Grupo Hospitalar Conceição (PRMMFC del SSC/GHC) tiene como objetivo preparar y perfeccionar médicos para la Atención Primaria a la Salud. En este artículo se presenta el Programa Teórico de Núcleo (PTN) del PRMMFC del SSC/GHC, que es la parte del Programa Teórico, de esta residencia, responsable de la formación de los aspectos específicos de la Medicina Familiar y Comunitaria. Este artículo tiene como objetivo contribuir con la praxis metodológica de las actividades teóricas de los PRMMFC en Brasil. Describimos, inicialmente, el Servicio de Salud Comunitaria del Grupo Hospitalar Conceição, el PRMMFC del SSC/GHC y el Programa Teórico del PRMMFC del SSC/GHC. A continuación, la PTN es reportado por sus cuatro elementos constitutivos: el principio rector, los temas y sus respectivos contenidos, el proceso de enseñanza y la evaluación.

## Palabras clave:

Medicina Familiar y Comunitaria  
Desarrollo de Personal  
Educación Médica

## Introdução

O Médico de Família e Comunidade (MFC) cuida da saúde das pessoas, famílias e comunidades de forma abrangente, continuada e contextualizada, tendo como cenário privilegiado de sua prática a Atenção Primária à Saúde (APS).

No Brasil, o Ministério da Saúde utiliza, para a expansão da APS e, portanto, para a reorientação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Estratégia Saúde da Família (ESF).<sup>1</sup> O financiamento da ESF vem crescendo, tendo ultrapassado 3 bilhões de reais por ano em 2012 e 2013. Vem crescendo também o número de equipes implantadas, sendo que, em dezembro de 2013, já eram 34.715 equipes, cuidando de, aproximadamente, 109 milhões de pessoas, o que corresponde a 56,4% da população brasileira.<sup>2</sup>

Da mesma forma, vem crescendo, conjuntamente com a ESF, a necessidade de formação de Médicos de Família e Comunidade capacitados para atuar na Estratégia, sendo este, hoje, um dos grandes desafios para a consolidação de uma APS de qualidade. Anderson et al.,<sup>3</sup> em publicação referente à posição da Sociedade Brasileira de Medicina e Comunidade (SBMFC), em 2007, consideram que “a formação (do MFC) deve inspirar-se em um modelo de prática médica centrada na pessoa e na relação médico paciente, com foco na família e orientada para a comunidade, privilegiando, por consequência, o primeiro contato, o vínculo, a continuidade e a integralidade do cuidado na atenção à saúde.”

Anderson et al.,<sup>4</sup> em artigo mais recente, ratificam a necessidade de se formarem Médicos de Família e Comunidade com conhecimentos, habilidades e atitudes centradas nas pessoas. Para isso, consideram que os Programas de Residência Médica (PRM) são o “padrão-ouro” para essa formação, pois não incluem somente uma suficiente carga horária de prática supervisionada, mas também a adequada orientação teórica. Destacam ainda que, no âmbito da APS, os Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMMFC) são ainda mais relevantes se for levado em conta o desafio de formar profissionais que deverão ocupar cada vez mais espaços de atividades docentes e de pesquisa.

O número de PRMMFC no Brasil vem aumentando nos últimos 10 anos, embora ainda tenhamos uma capacidade de formação inferior à necessidade de médicos com essa especialidade. Ademais, os PRMMFC existentes são heterogêneos com relação à prática supervisionada, tendo em vista as diferenças históricas, estruturais e processuais dos serviços e à formação teórica oferecida.

A respeito das atividades teóricas, os PRMMFC estruturam as suas respectivas atividades de acordo, não somente com o espaço e o tempo disponíveis no âmbito de cada Programa, mas também com o interesse e o conhecimento do corpo de preceptores e de residentes e com as necessidades de saúde locais e regionais.

Tendo em vista todas essas potenciais diferenças, a SBMFC, baseando-se nas resoluções da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM),<sup>5</sup> recomenda que os PRMMFC dediquem de 10% a 20% de sua carga horária ao desenvolvimento de atividades teóricas, o que corresponde a uma carga horária semanal de 6 a 12 horas.<sup>3</sup> De acordo com a SBMFC, as ferramentas de abordagem do MFC devem ser objeto desses espaços, incluindo “a pessoa, o ciclo de vida e a abordagem integral à saúde”, “a família e os instrumentos de abordagem familiar” e “a comunidade e os instrumentos de abordagem comunitária”, ressaltando que a obtenção de melhores resultados nas atividades teóricas depende do processo pedagógico utilizado. Sobre este último, a SBMFC destaca ainda que deve ser considerada a forma de aprendizado dos adultos, que é produzido com base nos problemas enfrentados no dia a dia, indicando, por fim, que a discussão de caso (de pessoas ou

famílias), ou de situações vivenciadas nos domicílios ou na comunidade, seguidos e/ou precedidos de leitura, pode ser uma boa opção para estruturar essas atividades.

O presente artigo apresenta o Programa Teórico de Núcleo do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, que é a parte do Programa Teórico desta Residência responsável pela formação dos aspectos específicos da MFC. Este relato tem como objetivo contribuir com a práxis metodológica das atividades teóricas dos PRMMFC no Brasil.

## Descrição da experiência e discussão

### O Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição

O Serviço de Saúde Comunitária (SSC) é constituído por 12 unidades de APS localizadas na zona norte de Porto Alegre. O SSC é vinculado ao Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), hospital integrante do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), que é uma instituição pública federal.

No SSC desenvolvem-se o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMMFC do SSC), em atividade ininterrupta desde 1980, e o Programa de Residência Integrada em Saúde com ênfase em Saúde da Família e Comunidade (PRIS/SFC do SSC), este último, desde 2004, para profissionais das áreas de psicologia, odontologia, enfermagem e serviço social e, a partir de 2007, nas áreas de farmácia e nutrição. Para o primeiro, são abertas anualmente 22 vagas para residentes do primeiro ano e, para o segundo, 54.

As equipes do SSC são multiprofissionais e heterogêneas com relação ao número e à categoria profissional, sendo constituídas por médicos de família e comunidade, enfermeiros, odontólogos, psicólogos, assistentes sociais e agentes comunitários de saúde. Médicos internistas, pediatras e psiquiatras realizam apoio matricial, assim como nutricionistas e farmacêuticas. O SSC possui acesso direto a eletrocardiograma de esforço, endoscopia digestiva alta, colonoscopia, tomografia, ressonância magnética e exames de medicina nuclear, sendo esses exames realizados no HNSC. O acesso à atenção secundária se dá por meio da central de marcação de consultas da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, com exceção dos ambulatórios de patologia cervical, de mastologia e de pré-natal de alto risco do HNSC, cujo acesso é direto. Possui também acesso direto à internação em uma enfermaria no HNSC com 18 leitos. Acerca da cobertura populacional, podemos afirmar que o SSC cobre, aproximadamente, 9% da população de Porto Alegre (correspondendo a 120 mil pessoas).

### O PRMMFC do SSC

O PRMMFC do SSC tem como objetivo formar médicos para a APS, qualificados e resolutivos, com uma prática integradora e continuada, em equipe multidisciplinar, inserida nas comunidades sob seus cuidados.<sup>6</sup>

A formação do médico residente é desenvolvida fundamentalmente em serviço, nas unidades de APS do SSC, integrando uma mesma equipe ao longo dos dois anos de residência. O primeiro ano da residência é composto de atividades nas unidades de APS, onde o médico residente realiza atendimento ambulatorial (compreendendo este 55% da carga horária), visitas domiciliares, grupos e outras atividades comunitárias e de educação em saúde, e de plantões no HNSC (nas emergências clínica, pediátrica, cirúrgica e obstétrica). No segundo ano, mantém-se a ênfase nas atividades realizadas nas unidades de APS e incluem-se estágios em áreas necessárias à formação do MFC, tais como: medicina interna, abordagem familiar, dermatologia, saúde mental e gerenciamento. Além disso, no segundo ano, o médico residente dispõe de dois meses para realizar estágio optativo. Para concluir a residência, o médico residente deve realizar um projeto de pesquisa e entregar o relatório final, sendo este o Trabalho de Conclusão do Curso.<sup>6</sup>

O corpo docente é composto por preceptores especialistas em Medicina de Família e Comunidade nas unidades de APS, por especialistas focais das respectivas áreas de estágio em atenção secundária/terciária e por preceptores de outras profissões da saúde em algumas atividades teóricas e práticas, sendo o médico residente supervisionado em todas as suas atividades durante o período da residência.

## O programa teórico do PRMMFC do SSC

O programa teórico do PRMMFC do SSC é desenvolvido ao longo dos dois anos de residência e tem como objetivo o ensino-aprendizagem dos conhecimentos necessários para a prática do MFC.

O programa é estruturado em dois grandes grupos de atividades, as de núcleo e as de campo, entendendo-se por núcleo, segundo o conceito de Campos,<sup>7</sup> o conjunto de saberes e de responsabilidades específicos de cada profissão ou especialidade (no caso, da especialidade Medicina de Família e Comunidade) e, por campo, o conjunto de saberes e responsabilidades comuns ou confluentes das várias profissões ou especialidades (no caso, das profissões e suas respectivas especializações atuantes em APS).

Desse modo, no PRMMFC do SSC, nas atividades de núcleo são abordados os conhecimentos e as práticas específicas da Medicina de Família e Comunidade e, nas atividades de campo, os conhecimentos e as práticas comuns a todas as profissões da área da saúde que atuam em APS. O objetivo das atividades de campo é construir uma visão interdisciplinar sobre os problemas de saúde e as intervenções e, para este fim, os residentes de Medicina de Família e Comunidade participam de atividades em conjunto com os residentes do PRIS/SFC do SSC.

Os conteúdos de núcleo do PRMMFC são desenvolvidos em quatro atividades distintas:

- a) **No Programa Teórico de Núcleo (PTN).** O PTN é o espaço formador dos aspectos fundamentais da especialidade, sendo o objeto do presente artigo. Ele será abordado com detalhes no tópico seguinte.
- b) **Nas reuniões clínicas semanais nas unidades de APS.** As reuniões clínicas, que acontecem em todas as unidades de APS, têm como objetivo o ensino-aprendizagem da clínica mais prevalente no âmbito da Medicina de Família e Comunidade, sendo realizadas a partir de situações problema trazidas pelos preceptores ou de casos clínicos atendidos pelos residentes na unidade. São exemplos de assuntos vistos nessas reuniões: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, asma, puericultura, acompanhamento pré-natal, anticoncepção, depressão, ansiedade, etc.
- c) **Nas apresentações de caso mensais do PRMMFC do SSC.** As apresentações de casos clínicos do Programa de Residência são realizadas pelos residentes, para todo o grupo de preceptores e colegas residentes.
- d) **Nas aulas expositivas sobre temas clínicos.** As aulas expositivas sobre temas clínicos, que acontecem com periodicidade variável, consistem em aulas realizadas para todo o grupo de residentes, abordando assuntos pouco prevalentes na prática das unidades de APS e/ou de interesse comum para todas as unidades. São exemplos de assuntos vistos nessas aulas: saúde indígena, medicina rural, diagnóstico e manejo das situações de urgência/emergência em APS, etc.

Os conteúdos de campo são vistos em duas atividades distintas:

- a) **Nos seminários de campo quinzenais nas unidades de APS.** Os seminários de campo, que acontecem em todas as unidades de APS, têm como objetivo o ensino-aprendizagem dos conhecimentos e da prática interdisciplinar em APS, sendo realizadas a partir de situações-problema trazidas pelos preceptores ou pelos residentes da unidade.
- b) **No Currículo Integrado (CI).** O CI, com duração de três semestres, é o espaço de ensino-aprendizagem dos conhecimentos relativos ao campo da APS, sendo vistos, neste âmbito, os princípios e atributos da APS e as diversas ferramentas de abordagem populacional. No último semestre, os residentes elaboram um projeto de implementação e/ou qualificação da ESF em um pequeno município do interior do Rio Grande do Sul.<sup>8</sup> Segue a mesma metodologia do PTN que será descrita no tópico seguinte.

## O PTN: formação dos aspectos específicos da Medicina de Família e Comunidade

O PTN é constituído por quatro elementos, a saber: o eixo curricular e sua categoria orientadora; os eixos temáticos e seus respectivos conteúdos; o processo pedagógico; e a avaliação.

## *Eixo curricular e categoria orientadora*

O eixo curricular de todo o processo de ensino-aprendizagem do PTN tem como categoria orientadora o cuidado integral. O cuidado integral, constituinte essencial da práxis do MFC, é produzido na relação médico-pessoa, em conjunto, portanto, com esta, sendo realizado de forma abrangente, longitudinal, contextualizada e no âmbito da equipe multiprofissional. A prática integral do MFC é exercida com empatia e resolutividade, levando em consideração os contextos subjetivos e familiares, de território e de trabalho. O cuidado integral perpassa todo o PTN, de maneira que todos os conteúdos e metodologias utilizadas convergem para o aperfeiçoamento e a qualificação do cuidado praticado pelo MFC.

## *Eixos temáticos e os seus respectivos conteúdos*

O programa é dividido em três eixos temáticos. O primeiro chama-se “Encontro entre sujeitos: o médico e a pessoa”; o segundo, “O sujeito e seu contexto: a família e o ciclo vital” e o terceiro, “O sujeito e seu contexto: a família, a comunidade e o trabalho”. No final do curso dos três eixos, a síntese dos conteúdos é realizada por meio da apresentação de “casos complexos” e da aprendizagem de método para supervisão ambulatorial. Observa-se que a definição dos eixos e dos seus respectivos conteúdos tem como objetivo aprofundar, de forma progressiva e dialética, a reflexão, compreensão e prática do residente em MFC.

O conteúdo do primeiro eixo temático é visto no primeiro semestre da residência e compreende o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), com os seus seis componentes:

- 1) explorando a doença e a experiência da doença;
- 2) entendendo a pessoa como um todo;
- 3) elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas;
- 4) incorporando prevenção e promoção da saúde;
- 5) intensificando o relacionamento entre pessoa e médico; e
- 6) sendo realista.

O segundo eixo temático é desenvolvido no segundo semestre da residência e é constituído pelos seguintes conteúdos: a abordagem familiar pelo MFC, o ciclo de vida familiar e a abordagem de famílias no pré-natal, com o primeiro filho, com filho(s) adolescente(s) (incluindo a abordagem do adolescente), com doença crônica, com doença mental, com idosos, com idosos restritos ao leito e com cuidadores de pessoas em atenção domiciliar. São estudadas as ferramentas de genograma, P.R.A.C.T.I.C.E. e FIRO. Os conteúdos do terceiro eixo temático são vistos no terceiro semestre da residência e compreendem: a abordagem de famílias em situação de luto/morte e de vulnerabilidade, a identificação da rede de apoio e os aspectos relacionados com trabalho e saúde. A bibliografia e a filmografia utilizadas no PTN são apresentadas nos Quadros 1 e 2, respectivamente.

No final do terceiro semestre, cada residente apresenta um caso para os demais, seguindo o roteiro proposto por Stewart et al.,<sup>9</sup> cujos itens estão colocados no Quadro 3. A supervisão deste caso fica a cargo de outro residente, que deve fazê-la seguindo os passos do método de supervisão ambulatorial “preceptor em um minuto”,<sup>10,11</sup> descritos no Quadro 4. Esse exercício de apresentação de caso e supervisão tem por finalidade fazer a síntese de todos os conteúdos trabalhados no PTN.

É importante observar que, no segundo ano, o PTN se desenvolve em um semestre somente, pois durante o período dos estágios de medicina interna (dois meses) e optativos (dois meses) não se realizam atividades deste Programa.

Quadro 1. Bibliografia utilizada no PTN: livros, protocolos do SSC e artigos.

Livros utilizados no primeiro semestre	
McWhinney I, Freeman T. Manual de Medicina de Família e Comunidade. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.	
Stewart M, Brown J, Weston W, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.	
Livros utilizados no segundo semestre	
Watson W, McCaffery M, editors. Working with families: case-based modules on common problems in family medicine. Toronto: Department of Family & Community Medicine, University of Toronto; 2003.	
Carter B, McGoldrick M. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.	
McGoldrick M, Gerson R, Petry S. Genogramas: avaliação e intervenção familiar. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2012.	
Walsh F. Fortalecendo a resiliência familiar. São Paulo: Roca; 2005.	
Livros utilizados no terceiro semestre	
Watson W, McCaffery M, editors. Working with families: case-based modules on common problems in family medicine. Toronto: Department of Family & Community Medicine, University of Toronto; 2003.	
Carter B, McGoldrick M. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.	
Sluzki C. A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas. 3ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006.	
Protocolos do SSC	Conteúdo trabalhado
Lenz M, Flores R, editors. Atenção à saúde da criança de 0 a 12 anos. Porto Alegre: Editora do Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2009.	Abordagem de famílias com primeiro filho/filhos pequenos.
Lenz M, Flores R, editors. Atenção à saúde da gestante em atenção primária à saúde. Porto Alegre: Editora do Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2011.	Abordagem de famílias no pré-natal.
Ferreira S, Bianchini I, Flores R. A organização do cuidado às pessoas com hipertensão arterial sistêmica em serviços de atenção primária à saúde. Porto Alegre: Editora do Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2011.	Abordagem de famílias com doença crônica (hipertensão arterial sistêmica).
Ferreira S, Bianchini I, Flores R. A organização do cuidado às pessoas com diabetes mellitus tipo 2, em serviços de atenção primária à saúde. Porto Alegre: Editora do Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2011.	Abordagem de famílias com doença crônica (diabetes mellitus).
Artigos	Conteúdo trabalhado
Pôrto A. A vida inteira que podia ter sido e que não foi: trajetória de um poeta tísico. Hist Ciênc Saúde-Manguinhos. 2000;6(3):523-550. Disponível em: <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702000000400003">http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702000000400003</a> .	Componente 1 do MCCP: Explorando a doença e a experiência da doença.
Rebelo L. Genograma familiar: o bisturi do médico de família. Rev Port Clin Geral. 2007;23:309-317.	Abordagem familiar pelo MFC. Estudo da ferramenta genograma.
Pereira M, Filgueiras M. A dependência no processo de envelhecimento: uma revisão sobre cuidadores informais de idosos. Rev APS. 2009;12(1):72-82.	Abordagem de famílias com idosos restritos ao leito e com cuidadores de pessoas em atenção domiciliar.

Quadro 2. Filmografia utilizada no PTN do PRMMFC do SSC.

Filmes	Direção	Conteúdo trabalhado
Minha vida sem mim	Isabel Coixet.	Componente 1 do MCCP: Explorando a doença e a experiência da doença.
Janela da alma	João Jardim e Walter Carvalho	Componente 1 do MCCP: Explorando a doença e a experiência da doença.
Golpe do destino	Randa Haines	Componente 5 do MCCP: Intensificando o relacionamento entre pessoa e médico.
O filho da noiva	Juan José Campanella	Abordagem de famílias com doença crônica.
Mar adentro	Alejandro Amenábar	Abordagem de famílias em situação de luto/morte.
O quarto do filho	Nanni Moretti	Abordagem de famílias em situação de luto/morte.

Quadro 3. Apresentação de caso centrada na pessoa.

Nº	Itens para a apresentação de caso centrada na pessoa
1	A principal preocupação ou solicitação da pessoa.
2	Experiência da pessoa sobre estar doente, comentários da pessoa, sentimentos, ideias, efeitos em seu funcionamento, expectativas, significado da doença.
3	Doença: histórico da doença ou problema atual, história médica anterior, revisão dos sistemas, exame físico, exames laboratoriais, etc.
4	Pessoa: perfil da pessoa, fase do ciclo de vida.
5	Contexto: próximo (história familiar, genograma) e distante (cultura).
6	Relacionamento pessoa-médico, questões de transferência e contratransferência, estabelecimento de uma base em comum (problemas, metas e papéis).
7	Avaliação (lista de problemas).
8	Discussão do caso.
9	Plano de manejo proposto.

Fonte: Adaptado de Stewart et al., 2010.<sup>9</sup>

Quadro 4. Passos do método de supervisão ambulatorial “preceptor em um minuto”.

Nº	Passos do método “preceptor em um minuto”	Exemplos
1	Estabeleça o compromisso.	“O que você acha que está acontecendo com este paciente?”
2	Investigue as evidências de apoio.	“Como você chegou a esta conclusão?”
3	Providencie retroalimentação positiva.	“Você realizou um ótimo trabalho nos aspectos x, y, z, etc.”
4	Ensine regras gerais.	“Sempre que você vir isso considere...”
5	Corrija erros.	“A próxima vez que isso acontecer tente ou considere...”

Fonte: Adaptado de Neher JO et al., 2003,<sup>10</sup> Parrott S et al., 2006.<sup>11</sup>

## Processo pedagógico

Para o adequado desenvolvimento dos conteúdos e da práxis do MFC, buscou-se um referencial pedagógico que necessariamente considerasse as vivências, os interesses, as dificuldades e as contradições do residente em Medicina de Família e Comunidade na sua prática cotidiana. Nesse processo de ensino-aprendizagem requerido, experienciou-se uma aproximação entre a Aprendizagem Baseada em Problemas, ou *Problem-Based Learning* (PBL),<sup>12</sup> e os princípios da problematização de Freire,<sup>13,14</sup> duas linhas pedagógicas de referenciais teóricos diferentes, mas com vários consensos observados na prática do processo educativo.<sup>15</sup>

A aproximação dessas linhas pedagógicas permite que o residente realize, a partir da sua realidade/vivência, uma reflexão crítica do seu processo de aprendizado/trabalho e retorne para o seu cotidiano com aspectos enriquecedores da prática. No PTN, utiliza-se a problematização de Freire, segundo a metodologia resumida por Zanotto e De Rose:<sup>16</sup> “a ação de problematizar acontece a partir da realidade que cerca o sujeito; a busca de explicação e solução visa a transformar a realidade, pela ação do próprio sujeito (sua práxis)”. Esse processo é corroborado pelos inúmeros estudos que afirmam que o adulto está mais propenso a aprender quando ele experimenta uma necessidade de conhecer algo ou adquirir novas capacidades para conseguir fazer algo relevante para sua prática.<sup>12</sup>

Da mesma forma como acontece no PBL, em que os problemas são elaborados por uma equipe de especialistas, e, também, na problematização de Freire, em que os problemas são extraídos da realidade pela observação realizada pelos alunos, no PTN, as situações problema são casos clínicos fictícios trazidos pelos preceptores-facilitadores ou, na maioria das vezes, casos clínicos trazidos pelos residentes (casos atendidos pelos residentes nas unidades de APS e relacionados com o conteúdo a ser estudado).

Em ambas as metodologias, o problema (ou situação-problema/caso clínico) é o ponto de partida e o fio condutor do processo de ensino-aprendizagem. Os conteúdos de cada eixo temático são vistos por meio das situações-problema, de forma que as mesmas se inter-relacionam e são vistas de forma sequencial e com um aprofundamento progressivo conforme o andamento do semestre.

A aquisição de conhecimentos acontece na medida em que os residentes defrontam-se com o problema e buscam compreendê-lo ou solucioná-lo. É no pequeno grupo (PG) que a análise do problema é aprofundada. A formatação em PG facilita, por sua vez, a criação de ambiente favorável para o desenvolvimento do processo educativo, em especial no que diz respeito à participação efetiva de todos, à cooperação e à construção conjunta de conhecimento. As metodologias do PBL e da problematização de Freire são ativas, no sentido em que consideram os conhecimentos de que o residente já dispõe. São também interativas, centradas no aluno e autodirecionadas, cabendo ao residente um papel expressivo na definição do que ele precisa aprender e o que/como fará para alcançar isso. Inclusive, nesse ponto, destaca-se que os residentes são sempre estimulados a realizar pesquisa suplementar, com o objetivo de buscar outras literaturas que não as recomendadas pelo PTN, sendo esse item parte de sua avaliação semestral individual.

As atividades teóricas do PTN são desenvolvidas em pequenos grupos, de 6 a 8 residentes, mediadas por facilitador especialista em MFC e médico/preceptor do SSC; e em grande grupo (GG), formado pelo encontro de todos os pequenos grupos. Os preceptores-facilitadores participam em todas as fases de planejamento, organização, execução e avaliação do PTN. Dentre as técnicas utilizadas em PG, além do estudo a partir de situações problema, destacam-se ainda a dramatização (*role playing*) e a filmagem de consultas (no PTN, todos os residentes, no primeiro semestre de curso, devem filmar uma consulta, apresentá-la e analisá-la em PG, seguindo-se, para isso, as orientações apresentadas no livro de Stewart et al.<sup>9</sup>).

Os encontros em GG, com 2 horas de duração, visam a abrir (inaugurar) um novo tema ou fechar (sintetizar) um tema que já vem sendo trabalhado. Para esses encontros, utilizam-se de metodologias variadas e geralmente realizadas com profissionais convidados. O PG reúne-se uma vez por semana e tem duração de 2hs. O GG ocorre, em média, uma vez por mês.

## Avaliação

A avaliação no PTN acontece semestralmente, em três enfoques de interesse, sendo eles:

- 1) Avaliação dos conteúdos aprendidos pelos residentes:
  - 1.1) No final do primeiro semestre, é solicitado a cada residente que escolha um caso e o relate, considerando a sua abordagem e todos os conteúdos vistos a respeito do MCCP ao longo do semestre, de forma a realizar uma apreciação crítica do cuidado praticado.
  - 1.2) Ao longo do segundo semestre, é solicitado a cada residente que apresente um genograma de uma família acompanhada, com a devida análise de estrutura, dinâmica e de ciclo de vida familiar, além de um plano de abordagem.
  - 1.3) No final do terceiro semestre, cada residente apresenta um caso para os demais, em PG, e a supervisão é realizada por outro colega residente, utilizando o método de supervisão ambulatorial “preceptor em um minuto”, conforme apresentado no item “eixos temáticos e os seus respectivos conteúdos”, sendo essa atividade considerada a última avaliação de conteúdo do PTN.
- 2) Avaliação de assiduidade, pontualidade, interesse, comprometimento e participação do residente. Essa avaliação é realizada no final de cada semestre, com cada residente, individualmente.
- 3) Avaliação do processo pedagógico e dos preceptores-facilitadores. Também no final de cada semestre, os residentes, individualmente e por escrito, avaliam o PTN: os aspectos a serem conservados, modificados ou suprimidos, as possíveis contribuições do PTN para a formação profissional, as atividades em PG e em GG e a atuação do facilitador, além de uma autoavaliação.

## Conclusão

O PTN iniciou em março de 2007 e está sendo continuamente avaliado pelos residentes, pelos preceptores-facilitadores e pelo colegiado da preceptoria (formado por todos os preceptores do PRMMFC).

Os preceptores-facilitadores são todos médicos de família e comunidade, assumindo-se como condição, para que o preceptor seja também facilitador do PTN, o acompanhamento de um PG por um período de 3 a 6 meses. Os preceptores-facilitadores reúnem-se periodicamente para o planejamento e avaliação do PTN.

A literatura sobre educação médica refere-se insistentemente à necessidade de um médico capaz de conduzir, de forma autônoma, um processo de aprendizagem ao longo de sua vida profissional, de adaptar-se e participar das mudanças e que esteja apto também para raciocinar criticamente, para analisar sistemática e logicamente os problemas e tomar decisões fundamentadas em sua própria avaliação.

A forma como é sistematizado o processo pedagógico do PBL e da problematização, destacando-se aqui a questão das situações-problema vivenciadas e trazidas pelos residentes, assim como o trabalho em PG, propicia uma proposta pedagógica ativa, tendo como objetivo uma prática mais qualificada, reflexiva e autônoma.

O currículo do PTN, sistematizado pelo cuidado integral e sustentado por um processo pedagógico problematizador, à medida que aprofunda os conteúdos estruturantes da prática do MFC, provoca no residente a necessidade contraditória de desconstruir os conceitos e as práticas estabelecidas durante o curso de medicina, onde a fragmentação do conhecimento desenvolvido na universidade segue, em geral, o referencial biomédico. Assim, a escolha do cuidado integral como categoria orientadora do PTN assegura a permanência, durante todo o curso do PTN, do desafio de construir a integralidade e a humanização do cuidado.

## Agradecimento e homenagem

Agradecemos ao Dr. Luiz Felipe Cunha Mattos (*in memoriam*) por sua fundamental contribuição na elaboração e no aperfeiçoamento do Programa Teórico de Núcleo (PTN) do PRMMFC do SSC/GHC, ao longo de 4 anos (de 2007 até 2010), por meio de dedicado trabalho como preceptor-facilitador do PTN.

## Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
2. Sala de apoio à gestão estratégica (SAGE). Equipes da Saúde da Família [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 2014 Apr 23]. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>.
3. Anderson MIP, Castro Filho ED, Rodrigues RD, Dalla MDB, Bourget MMM. Bases para expansão e desenvolvimento adequado de programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2007 [acesso em 2014 Apr 23];3(11):180-98. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/337>.
4. Anderson MIP, Rodrigues RD. Formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: dilemas e perspectivas. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2011 [acesso em 2014 Apr 23];6(18):19-20. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5327/Z1809-59092011001800005>.
5. Ministério da Educação (BR). Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Resolução 02/2006, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2006 May 19;95 Seção 1:23-36. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/resolucao02\\_2006.pdf](http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/resolucao02_2006.pdf).
6. Grupo Hospitalar Conceição, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Serviço de Saúde Comunitária. Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição; 2013.
7. Campos GSW. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipe de saúde. In: Onoko R, Merhy E, editors. Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997.
8. Diercks MS, Pekelman R, Medeiros RHA, Silveira LR, Torres AA, Wilhelms DM, et al. O currículo integrado como estratégia de formação teórica em atenção primária à saúde para residentes dos programas de saúde da família e comunidade. In: Fajardo A, Rocha C, Pasini V, editors. Residências em Saúde: fazeres e saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Editora do Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2010. p. 173-190. Disponível em: <http://escola.ghc.com.br/images/Publicacao/residenciaemsaude.pdf>
9. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
10. Neher JO, Stevens NG. The one-minute preceptor: shaping the teaching conversation. Fam Med. 2003;35(6):391-3.
11. Parrott S, Dobbie A, Chumley H, Tysinger JW. Evidence-based office teaching - the five-step microskills model of clinical teaching. Fam Med. 2006;38(3):164-7.
12. Mamede S, Penaforte JC. Aprendizagem baseada em problemas: características, processos e racionalidade. Fortaleza: Hucitec; 2001.
13. Freire P. Extensão ou comunicação? Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1977.
14. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1996.
15. Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? Interface (Botucatu). 1998;2(2):139-154. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32831998000100008>.
16. Zanotto MAC, De Rose TMS. Problematizar a própria realidade: análise de uma experiência de formação contínua. Educ Pesqui. 2003;29(1):45-54. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-97022003000100004>.

## Proposta interdisciplinar de apoio à cessação do tabagismo em uma unidade de saúde da Estratégia Saúde da Família: relato de experiência

Interdisciplinary proposal for tobacco cessation at a primary health care unit: an experience report

*Propuesta interdisciplinaria para cese del uso de tabaco en una unidad de salud de la Estrategia de Salud Familiar: relato de experiencia*

Rafael Silva Duarte. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. rafaelsilvaduarte@gmail.com (Autor correspondente)  
Isa Haro Martins. Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. isa.haro.m@gmail.com  
Cristiane Pereira Mendes. Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. cris.p.mendes@uol.com.br  
Maria Antônia Silva Costa. Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. mariantoniasilvacosta@gmail.com  
Daniela de Souza Mendes. Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. dani.danifisio@hotmail.com  
Valéria Ferreira Romano. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. valromano@uol.com.br  
Sérgio Coelho Gomes. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. scoelhogomes@gmail.com  
Alessandra Reis. Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. alessandra291274@yahoo.com.br  
Regina Dias Neves. Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. reginadneves@gmail.com

### Resumo

Este artigo descreve a proposta interdisciplinar utilizada atualmente no Centro Municipal de Saúde Manguinhos (CMSM), Rio de Janeiro, para condução longitudinal do tratamento antitabagismo em pacientes residentes em comunidades de baixa renda da região, sob a ótica de um estudante de medicina em seu período de internato rotatório. A abordagem antitabágica consiste em terapia longitudinal dividida em duas etapas: (i) assistência a grupo de pacientes com abordagem interdisciplinar ao longo de quatro sessões distribuídas semanalmente que inclui tratamento psicoterápico e recursos farmacológicos; seguida de (ii) duas sessões quinzenais de terapia de manutenção, caracterizadas por atenção individualizada e desmame farmacológico, complementadas por um seguimento mensal de até um ano. Os protocolos atuais, as atividades dos profissionais e a condução da proposta são descritos. Este relato sugere que o aprimoramento da formação em medicina pode ocorrer por meio da participação dos estudantes em ações de educação em saúde, tais como o grupo antitabagismo.

### Abstract

This article describes the interdisciplinary approach currently used at the Manguinhos Municipal Health Centre (MMHC), Rio de Janeiro, for the longitudinal management of anti-smoking treatment in patients living in low-income community regions, from the perspective of a medical student in his rotating internship. The anti-tobacco approach consists in a longitudinal therapy divided in two steps: (i) four interdisciplinary anti-tobacco group sessions scheduled weekly, which includes psychotherapy and pharmacological resources; followed by (ii) two sessions of maintenance therapy scheduled fortnightly, characterized by individualized care and pharmacological withdrawal, complemented by a monthly one year follow-up. This article describes the current protocols, the professional activities and how the proposal was developed. This report suggests that improvement in medical training might occur through participation of medical students in health education activities such as tobacco cessation group.

### Resumen

En este artículo se describe el enfoque interdisciplinario utilizado actualmente en el Centro Municipal de Salud Manguinhos (CMSM), Río de Janeiro, para la conducción longitudinal del tratamiento anti-tabaquismo en los pacientes que residen en comunidades de bajos ingresos de la región, desde la perspectiva de un estudiante de medicina en su período de internado rotatorio. La abordaje anti-tabaquismo consiste en una terapia longitudinal dividida en dos etapas: (i) asistencia al grupo de pacientes con un enfoque interdisciplinario distribuidas en cuatro sesiones semanales que incluyen psicoterapia y recursos farmacológicos; seguido por (ii) dos sesiones quincenales de terapia de mantenimiento caracterizadas por la atención individualizada y retirada del medicamento, complementadas con un seguimiento mensual hasta un año. Son presentados protocolos actualizados y las actividades de los profesionales y como las actividades son desarrolladas. Este relato sugiere que la mejora de la formación médica puede ocurrir a través de la participación estudiantil en las acciones de educación en salud, tales como el grupo antitabaco.

**Como citar:** Duarte RS, Martins IH, Mendes CP, Costa MAS, Mendes DS, Romano VF et al. Proposta interdisciplinar de apoio à cessação do tabagismo em uma unidade de saúde da estratégia saúde da família: relato de experiência. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(33):pp-pp. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(33\)708](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(33)708)

### Palavras-chave:

Hábito de Fumar  
Abandono do Uso de Tabaco  
Atenção Primária à Saúde  
Educação Médica

### Keywords:

Smoking  
Tobacco Use Cessation  
Primary Health Care  
Education Medical

### Palabras clave:

Hábito de fumar  
Cese del Uso de Tabaco  
Atención Primaria de Salud  
Educación Médica

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

**Parecer CEP:**  
não se aplica.

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

Recebido em: 27/02/2013.  
Aprovado em: 02/03/2014.

## Introdução

A nicotina consiste em um dos agentes psicoativos de maior consumo em diferentes países.<sup>1,2,3</sup> O ato de fumar cigarros, também denominado tabagismo, é uma das grandes causas de morte por doença com possibilidade de serem prevenidas em todo o mundo.<sup>1,2,4,5</sup> Estima-se que um em cada 10 óbitos entre adultos seja atribuível às doenças relacionadas ao tabaco, totalizando aproximadamente 5,4 milhões de óbitos anuais,<sup>2,5,6</sup> sendo que cerca de 80% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento. O tabagismo está composto por dois pilares: (i) dependência da nicotina e (ii) doenças relacionadas ao consumo do tabaco.<sup>3,4</sup> O tabagismo favorece especialmente a emergência de doenças cardiovasculares, respiratórias e na cavidade oral, além de patologias em outros órgãos e sistemas.<sup>1,2,3,5</sup>

As medidas de intervenção estão amplamente disponíveis e acessíveis, porém são subutilizadas devido ao uso liberado da nicotina e à aceitação cultural do tabagismo.<sup>7</sup> Médicos, especialmente na anamnese para indivíduos aparentemente sãos, costumeiramente não reforçam a importância do tabaco no futuro fisiopatológico do fumante ou desconhecem o tratamento para sua cessação. Acredita-se que a pressão para redução no tempo de consulta e a descrença nos benefícios reais da cessação do tabagismo contribuem para a não aplicação de medidas intervencionistas.<sup>5,6,7</sup> O atendimento ambulatorial geralmente prioriza resultados em curto prazo e, no caso do tabagismo, as pessoas que possuem esse hábito só irão sucumbir aos seus efeitos muitos anos depois, sendo esses efeitos frequentemente invisíveis. Todos esses fatores fazem com que haja pouco direcionamento do atendimento ambulatorial para a abordagem do tabagismo.<sup>2,3,5,7,8,9</sup>

Escolas e universidades, em território brasileiro e em diferentes países, não dispõem de programas regulares efetivos para a abordagem do tabagismo, e os profissionais de saúde nelas formados recebem pouco treinamento sobre esse tema, contabilizando, em geral, menos de cinco horas de formação para tratamento da dependência do tabaco.<sup>1,2,3,5,8,10,11,12</sup>

Médicos que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) desempenham papel fundamental no diagnóstico, na abordagem e no tratamento de fumantes. Estima-se que aproximadamente 70% dos tabagistas recebam atendimento em saúde, o que significa uma excelente oportunidade para que os profissionais médicos da APS possam, em cada visita, intervir a favor da cessação do tabagismo. Recomendações breves ou encorajamento durante uma visita médica resultam em uma taxa de 5% de abandono do tabagismo, sem reincidências em pelo menos um ano. Taxas superiores são atingidas quando programas ou estratégias de maior qualidade são elaborados e implantados. Programas personalizados resultam em tabagistas que evoluem para a cessação do tabagismo por mais de cinco anos.<sup>1,3,9,13</sup> Por outro lado, não há dados quanto aos impactos da abordagem interdisciplinar e sobre a constituição das equipes envolvidas.

Atualmente, uma parceria entre a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e diferentes unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) do estado do Rio de Janeiro, incluindo o Centro Municipal de Saúde Manguinhos (CMSM), tem possibilitado o estágio prático dos alunos de medicina durante o internato rotatório (08 semanas) e eletivo (06 meses) em Medicina de Família e Comunidade (MFC). Além de outros objetivos e possibilidades, tais períodos permitem o aprofundamento do conhecimento do aluno em relação à promoção da saúde, especialmente em estratégias antitabagismo. Durante o período do estágio, o interno em medicina na unidade CMSM tem a possibilidade de desenvolver semanalmente atividades teóricas e práticas com pacientes e equipe do grupo antitabagismo, resultando, dessa forma, no enraizamento de conceitos e condutas que permitam a aplicação desses métodos após a conclusão do curso.

Considerando esses aspectos, e fundamentando-se nas diretrizes descritas em diferentes países, o objetivo deste artigo é, sob a visão do estudante acadêmico de medicina – em seu internato rotatório durante 02 meses de atividades semanais no grupo antitabagismo – apresentar a proposta interdisciplinar antitabagismo implementada no CMSM Manguinhos, Rio de Janeiro, no contexto da ESF. A organização em questão foi denominada “proposta interdisciplinar CMSM” de forma a registrar uma identidade ao processo apresentado. A proposta consiste em uma adaptação da estratégia divulgada pelo Ministério da Saúde (MS), a qual carece de orientações, detalhamentos e estudos de implementação específicos para a ESF.

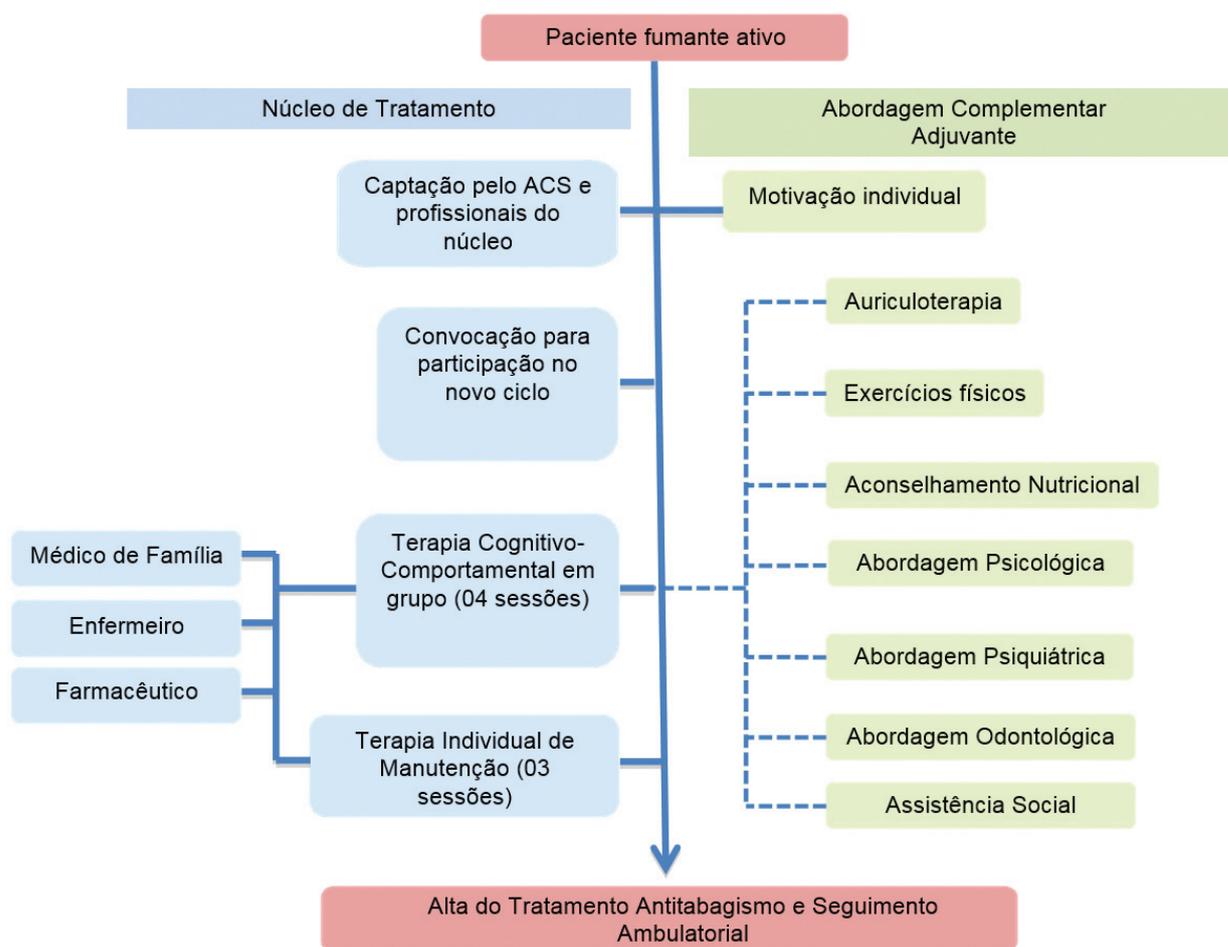
## Descrição da experiência

A descrição, análise e revisão da literatura foram realizadas no período de julho a setembro de 2012 pelo autor principal do presente artigo, estudante de medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), em seu período de internato rotatório (oito semanas) em MFC no CMSM. Durante tal período, o aluno frequentou as atividades semanais do grupo antitabagismo, participando ativamente das entrevistas, terapias de grupo, reuniões e condutas sob supervisão dos médicos

e enfermeiros responsáveis. Tais experiências foram devidamente registradas por meio de anotações e relatos descritivos, discutidas com os profissionais do serviço, e analisadas comparativamente com a literatura vigente, resultando neste artigo com informações atualizadas para acadêmicos de medicina e profissionais de saúde em formação. No período do estágio, foram assistidos 30 pacientes em dois ciclos de seis sessões de tratamento, com dados preliminares de 75% de adesão ao tratamento nesse curto período. O presente relato não recebeu financiamento de quaisquer fontes ou instituições envolvidas no trabalho, e não há conflito de interesses.

## A proposta interdisciplinar CMSM e o papel dos profissionais

A proposta interdisciplinar CMSM foi iniciada em junho de 2012, no Centro Saúde-Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF), uma das unidades do CMSM localizada na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), responsável pela assistência à população de Manguinhos, localizada na zona norte da cidade do Rio de Janeiro-RJ, Brasil, por meio da iniciativa Território Integrado de Ação à Saúde – TEIAS-Escola Manguinhos. A proposta vigente é constituída por profissionais interessados em atuar na causa antitabágica, reunidos de maneira voluntária, com foco na terapêutica antitabágica de grupos de pacientes, podendo pertencer tanto a diferentes equipes de ESF como ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Na unidade CMSM, médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeuta, educador físico, agentes comunitários de saúde (ACS), nutricionista e odontólogo são os profissionais atuantes (Figura 1).



O tracejado indica possibilidades de ações especiais, mediante a disponibilidade institucional no período requerido pela equipe do CMSM.

Figura 1. Estrutura organizacional da proposta interdisciplinar CMSM para tratamento antitabagismo.

A proposta vigente apresenta um cronograma fixo inicial composto por seis sessões, e um seguimento mensal até um ano. As sessões iniciais têm duração aproximada de duas horas e se distribuem em duas fases: (a) Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) em grupo com quatro sessões semanais; e (b) Terapia Individual de Manutenção (TIM) com duas sessões quinzenais. Em todas as sessões os pacientes têm seus sinais vitais aferidos pelos profissionais envolvidos capacitados, são submetidos à auriculoterapia, e o tratamento farmacológico é oportuno e individualizado.

O grupo antitabagismo é aberto a toda a população da área de Manguinhos. A pré-inscrição do paciente é feita de maneira espontânea, por contato direto do mesmo com os membros da equipe da ESF, e registro de telefone. Os interessados são contatados posteriormente para divulgação do período de inscrição e da programação. A demanda espontânea na inscrição também é aceita. Os pacientes inscritos na lista de espera têm prioridade no novo ciclo de tratamento. São incluídos fumantes ativos, com ou sem diagnóstico de doenças relacionadas ao tabaco, em recaída ou sem tentativa anterior, sem discriminação de carga tabágica, sexo, cor, idade ou comorbidades. As sessões são realizadas no período diurno, em uma sala com cadeiras e mesas suficientes para boa acomodação, ar condicionado, em ambiente reservado e tranquilo. Não são admitidas faltas às sessões semanais e quinzenais para o devido tratamento continuado. Aos pacientes que não conseguem parar de fumar até o final da TCC em grupo é aconselhado o reinício do processo em outra oportunidade. Em cada ciclo de tratamento, novo grupo de 10 a 15 pacientes é admitido, garantindo uma frequência anual de seis a oito ciclos, com até 120 pacientes assistidos.

**Terapia Cognitivo-Comportamental(TCC) em grupo:** composta por todos os pacientes inscritos e realizada de forma continuada, a TCC em grupo é liderada pelos profissionais médicos e enfermeiros. É feita uma abordagem psicossocial com perguntas da equipe sobre o histórico tabagista individual, além de relatos sobre o processo de tratamento, acompanhamento médico individual para avaliação de conflitos, sintomas de abstinência, e efeitos físicos e psíquicos decorrentes do tratamento. O primeiro encontro corresponde a uma entrevista individual onde são coletados dados pessoais (sexo, idade, renda familiar, nível de escolaridade e outros), além de avaliação do apoio familiar, facilidade de acesso ao centro de tratamento, anamnese clínica completa com aplicação do Questionário de Tolerância de Fagerström, avaliação do estágio da motivação, de depressão, aplicação do teste de CAGE para etilismo, avaliação de contraindicações e apresentação da proposta por meio de um modelo informativo clássico. A sessão seguinte de TCC em grupo é caracterizada pela disposição dos pacientes em círculo e por perguntas e relatos individuais, assumindo uma abordagem de intervenção motivacional. Para tal, o fumante é estimulado a passar à ação, incluindo a definição da data de parar de fumar (dia “D” ou *Quit Day*), permitindo-se a decisão individual por diferentes formas de parada (redução gradual ou parada abrupta). O paciente é orientado sobre medidas comportamentais que o afastem da lembrança ou rotina diretamente ligada ao cigarro. Também é orientado para o combate à fissura e estratégias para manter as mãos ocupadas e evitar recaídas. Os pacientes são estimulados a estabelecerem metas alcançáveis e contextualizadas, dentro das limitações de cada indivíduo. A partir da suspensão do fumo, dá-se início ao tratamento por meio de adesivos transdérmicos, na ausência de contraindicações, sendo utilizadas gomas e/ou pastilhas de nicotina em casos especiais. Prefere-se a monoterapia com adesivos, devido à comprovada melhor adesão. A dose utilizada para os adesivos transdérmicos é individualizada de acordo com a carga tabágica do paciente. Cada paciente recebe a medicação correspondente a uma semana, vinculando a data de finalização da medicação à data da sessão semanal seguinte. A bupropiona somente é prescrita em casos especiais. Nas três sessões seguintes de TCC em grupo é realizada a continuidade ao aconselhamento intensivo e intervenção motivacional, com participação de ex-fumantes partilhando suas experiências, assim como o acompanhamento do processo evolutivo do abandono da dependência do tabagismo e das reações adversas. É estimulada a troca de experiências, dificuldades, tentativas e sucessos entre os fumantes.

**Terapia Individual de Manutenção (TIM):** caracteriza-se por dois encontros quinzenais individuais de acompanhamento e desmame da medicação. Cada encontro tem duração aproximada de 30 minutos, com uma abordagem direcionada à intervenção motivacional. É feita a redução progressiva da dose do fármaco em uso, até o encerramento da terapia.

**Seguimento:** o acompanhamento posterior é realizado mensalmente, até completar um ano, em um grande grupo do qual participam todos os pacientes em processo de manutenção. A presença nesse grupo não é obrigatória. Nesta etapa é fundamental que a equipe de ESF responsável pelo atendimento àquele paciente seja notificada de que ele se encontra em fase de manutenção, para adequado acompanhamento. Em caso de recaída, há possibilidade de encaminhamento a um novo grupo.

Nessa proposta organizacional, a interação entre os profissionais de ação fundamental (ACS, enfermeiros, médicos, farmacêuticos) e os profissionais das especialidades complementares (fisioterapeuta, educador físico, nutricionista, psiquiatra e odontólogo) favorece a continuidade e o alcance do processo na ESF. O papel de cada profissional é descrito abaixo.

## Profissionais pertencentes ao núcleo antitabagismo na proposta CMSM

**Agente Comunitário de Saúde (ACS):** a partir da adscrição das famílias em sua microárea, os ACS orientam os indivíduos quanto aos serviços de saúde disponibilizados (divulgação) e recrutam pacientes fumantes ativos que apresentem interesse e/ou necessidade de cessação do tabagismo. Em caso de abandono da continuidade do tratamento, os ACS se responsabilizam por avaliar e caracterizar os motivos de encerramento de vínculo, e estimulam o paciente ao retorno para reinício do tratamento em nova oportunidade. Tais funções também são exercidas por outros profissionais do núcleo.

**Médico de Família e Comunidade (MFC):** na proposta interdisciplinar CMSM, atualmente, um profissional médico atua como líder do grupo antitabagismo, junto com o profissional de enfermagem, sendo ambos responsáveis por um ciclo de tratamento. Médico e enfermeiro atuam diretamente na condução dos grupos e no trabalho psicossocial intensivo durante as sessões. São também responsáveis pela revisão de fichas de anamnese; avaliação de comorbidades; contraindicações; captação de sinais que indiquem conflitos; distúrbios psíquicos ou sintomas decorrentes da abstinência; e aplicação de medidas de intervenção para controle multissistêmico em cada caso. O médico é o responsável pelas prescrições farmacológicas e também é o condutor das terapias individualizadas, quando necessárias, ou durante o período de manutenção. É também a ele atribuída a função de detectar casos que necessitem de complementação profissional ou até mesmo atendimento em atenção secundária ou terciária e/ou interrupção do tratamento.

**Enfermeiro:** atua de forma protagonista e efetiva em parceria com o profissional médico, compartilhando de todas as atribuições e ações citadas no item anterior e assumindo a coordenação do projeto. Realiza o levantamento de dados demográficos, avaliação estatística trimestral para acompanhamento, assim como organização dos livretos com tarefas semanais.

**Farmacêutico:** não participa diretamente das sessões do grupo antitabagismo, porém é parte fundamental da estrutura da ESF, que possui uma farmácia a serviço das comunidades assistidas. É o responsável pela dispensação de medicamentos, incluindo revisão das prescrições e orientações aos pacientes.

## Profissionais complementares na proposta CMSM

**Fisioterapeuta:** é responsável pela aplicação de auriculoterapia individualizada durante todas as sessões. Embora a efetividade da auriculoterapia, como coadjuvante na terapia antitabagismo para o decréscimo da ansiedade, seja estimada em aproximadamente 45%, essa atividade é incluída na proposta vigente.<sup>14,15</sup> Adicionalmente aos efeitos ansiolíticos, os pacientes demonstram satisfação e acolhimento quando submetidos à auriculoterapia, indicando possível efeito psicoterápico associado.

**Educador Físico:** a proposta interdisciplinar CMSM oferece aos pacientes programas de caminhadas e exercícios matinais com frequência de três manhãs por semana no território da FIOCRUZ, Rio de Janeiro-RJ. O exercício auxilia na redução do sedentarismo, auxilia aqueles pacientes com tendência a ganhar peso com a cessação do tabagismo, auxilia a diminuir a ansiedade e facilita maior convivência com o grupo de apoio.<sup>16</sup> Tal atividade é de responsabilidade do profissional de Educação Física integrante do grupo antitabagismo.

**Nutricionista:** importante na assistência ao paciente durante e após o tratamento antitabagismo, por meio de aconselhamento para uma reorientação alimentar, condução de programas nutricionais e dietas direcionadas e individualizadas.<sup>17</sup>

**Psicólogo e Psiquiatra:** devido à prevalência significativamente maior de tabagismo entre indivíduos com transtornos psiquiátricos, como depressão e abuso de álcool, é esperada a presença desses pacientes nos grupos de tratamento. É de decisão da equipe, considerando a gravidade dos distúrbios apresentados pelo paciente, que o mesmo seja inserido na proposta interdisciplinar CMSM ou receba terapia individualizada, na forma de psicoterapia e/ou acompanhamento psiquiátrico desde o início, de forma a não comprometer o grupo e/ou o acompanhamento do paciente. É fato, contudo, que o papel do psicólogo e do psiquiatra, atuando juntos ou separadamente, na abordagem e acompanhamento dessa categoria de pacientes é essencial.<sup>10,18</sup>

**Odontólogo:** o encaminhamento dos pacientes às consultas por odontólogos é adequado como forma de ratificar os benefícios obtidos com a cessação do tabagismo e prevenir doenças futuras,<sup>3</sup> além de melhorar a autoestima dos pacientes.

**Assistente Social:** em casos em que a abordagem familiar seja necessária, pode-se recorrer à atividade de um assistente social de forma a garantir a adesão ao tratamento. Em inúmeros casos a violência familiar, a imposição ou problemática das relações afetivas domiciliares, a influência do cenário da comunidade, ou as relações ou necessidades trabalhistas, prejudicam significativamente o sucesso do tratamento antitabagismo.

## Discussão

Nos últimos anos, vários protocolos clínicos têm sido desenvolvidos em inúmeros países de acordo com as recomendações consensuais para a redução do consumo do tabaco.<sup>1,2,3,5,8,10</sup> Destacam-se as diretrizes do Reino Unido derivadas dos *guidelines* americanos e da organização internacional *Cochrane* (*The Cochrane Collaboration*<sup>®</sup>). No entanto, existem poucos estudos realizados na APS que direcionem para propostas efetivas de terapia em grupo na ação antitabagismo.<sup>2,8</sup> A implementação de metodologias antitabagismo, assim como outros programas, necessita de especificações precisas quanto ao tipo de população a ser incluída em determinado protocolo de tratamento, assim como possíveis necessidades de adaptações e estruturação de acordo com as características da unidade de saúde, incluindo infraestrutura, disponibilidade de profissionais de saúde, ambiente e outros inúmeros fatores, os quais podem mascarar o potencial efetivo de uma proposta antitabágica.

As propostas atuais de tratamento da dependência do tabaco, incluindo as Diretrizes Brasileiras atualizadas, discorrem sobre as metodologias disponíveis e já evidenciadas, incluindo a abordagem inicial, o diagnóstico, e as variações terapêuticas para o tratamento.<sup>10,14,19</sup>

Mediante a carência de propostas que incorporem as metodologias antitabagismo com evidências de eficácia comprovada e que permitam aplicação na APS, no cenário da ESF, especialmente em comunidades de baixa renda – como ocorre no estado do Rio de Janeiro – este artigo descreve a proposta interdisciplinar CMSM de abordagem diagnóstica e terapêutica implementada no sistema atual local. Tal proposta não consiste de avaliação randomizada ou estudo comparativo e/ou de custo-efetividade, mas de uma iniciativa que requer adaptação necessária à implementação de protocolos gerais instituídos pelo ministério da saúde para o ambiente da APS. A forma como tal adaptação foi estruturada e é executada fornece aos pacientes uma assistência interdisciplinar ampla e agradável, podendo significar condições favoráveis à adesão e efetividade da proposta. Entretanto, ainda é necessário avaliar essa proposta por meio de estudos específicos.

Os aspectos positivos observados na presente proposta incluem a possibilidade do corpo do grupo interdisciplinar antitabagismo CMSM ser composto pela soma de profissionais de diferentes equipes e do NASF, interessados na condução da atividade. A estrutura da proposta CMSM, que agrega diferentes profissionais da ESF, também possibilita ações simultâneas em diferentes áreas da comunidade de Manguinhos. Dessa forma, transcende os limites de composição de uma equipe de ESF, mas não desconfigura ou restringe o papel da mesma e sua atuação no tratamento antitabagismo individualizado. Curiosamente, tal atividade interdisciplinar agrega e proporciona maior interatividade entre as diferentes equipes de ESF que compõem a unidade de saúde, recrutando os diversos profissionais interessados, o que gradualmente possibilita a transposição dos limites geográficos, muitas vezes existentes em algumas unidades de APS.

Por outro lado, a natureza voluntária da participação dos profissionais de saúde do CMSM na proposta interdisciplinar antitabagismo torna essa proposta vulnerável, podendo comprometer a sua continuidade e o seu aprimoramento. Da mesma forma, a organização interdisciplinar atual resulta na ausência de profissionais importantes, como técnicos de enfermagem e outros, que garantiriam contribuição significativa na condução do tratamento. Adicionalmente, é importante ressaltar que a inferência dessa estrutura para outras unidades da ESF é significativamente limitada pela disponibilidade/carência de profissionais específicos, rotatividade dos possíveis profissionais interessados, limitações institucionais, propriedades de cada comunidade e região, entre outros aspectos. Tais considerações reforçam a necessidade de desenvolvimento de estudos gradativos para o diagnóstico inicial de necessidades e possibilidades locais para implantação de programas, seguidos de estratégias diretamente relacionadas a contextos específicos em cada comunidade coberta pela ESF, de forma a permitir a elaboração de propostas sítio-específicas, que respeitem a diversidade e a realidade de cada região. A presente proposta não consiste em uma estrutura ideal para implementação universal, sendo uma iniciativa original e alternativa importante no programa antitabagismo no CMSM, para assistência à comunidade de Manguinhos, Rio de Janeiro.

Adicionalmente, a vivência proporcionada pela proposta interdisciplinar CMSM ao interno de medicina, em seu período de prática em MFC, permitiu a aquisição e o aprimoramento de conceitos, condutas terapêuticas e medidas de promoção da saúde, importantes para a prática médica, significativamente negligenciada em sua formação acadêmica anterior nas universidades. O período de dois meses de internato rotatório, com frequência semanal de atividades no grupo antitabagismo, foi adequado para complementação e potencialização da formação curricular básica dos novos profissionais de saúde. A estimativa é de que os profissionais envolvidos diretamente na proposta CMSM deem continuidade à prática nos próximos semestres, com abertura a novos estudantes de medicina em período de internato. Acredita-se no potencial dessa proposta como reforço ao ensino e à promoção da saúde, fornecendo simultaneamente formação médica adequada e assistência com qualidade aos pacientes.

## Conclusão

São escassos os trabalhos que destacam ações e contribuições dos profissionais de saúde no processo antitabagismo, especialmente no que tange à implementação dessas estratégias na APS. Não foram identificados na literatura científica registros sobre outras propostas de estruturação de terapia antitabágica em grupos de pacientes em serviços da APS/ESF inseridos no contexto das comunidades com baixa renda, em território brasileiro.

O estágio permitiu ao aluno de medicina, em seu período de formação prática em Medicina de Família e Comunidade (MFC), o estímulo às reflexões, confronto e considerações sobre a postura profissional e de equipes interdisciplinares na estratégia anti-tabágica. A revisão da literatura e a abordagem prática permitiram discussões críticas ao desafio de transpor um protocolo geral para categorias específicas de populações, como aquelas assistidas no CMSM Manguinhos. É significativamente importante trazer o aluno de medicina para vivenciar as dificuldades na implementação de metodologias na APS, acreditando-se na necessidade de formação de profissionais bem formados e cientes quanto à influência das diferentes realidades socioeconômicas e geográficas para a efetividade de qualquer proposta terapêutica.

## Referências

1. Anczak JD, Nogler RA. Tobacco cessation in primary care: maximizing intervention strategies. *Clin Med Res*. 2003;1(3):201-16. <http://dx.doi.org/10.3121/cm.1.3.201>.
2. Hsueh K-C, Chen C-Y, Yang Y-H, Huang C-L. Smoking cessation program in outpatients clinics of family medicine department in Taiwan: a longitudinal evaluation. *Eval Health Prof*. 2010;33(1):12-25. <http://dx.doi.org/10.1177/0163278709356185>.
3. JCS Joint Working Group. Guidelines for smoking cessation (JCS 2010). *Circ J*. 2012;76(4):1024-43. <http://dx.doi.org/10.1253/circj.CJ-88-0021>.
4. US Public Health Service Report. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. *Am J Prev Med*. 2008;35(2):158-76. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2008.04.009>.
5. Cabezas C, Martin C, Granollers S, Morera C, Ballve JL, Zarza E, et al. Effectiveness of a stepped primary care smoking cessation intervention (ISTAPS study): design of a cluster randomized trial. *BMC Public Health*. 2009;9:48-59. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-9-48>.
6. Carson KV, Verbiest MEA, Crone MR, Brinn MP, Esterman AJ, Assendelft WJJ, et al. Training health professionals in smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012;(5). CD000214. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000214.pub2>.
7. Aveyard P, West R. Managing smoke cessation. *BMJ*. 2007;335:37-41. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39252.591806.47>.
8. Johns TL, Lawrence E, Martini LE, Dunn GE, Thompson ZJ, Zwiygart K. Smoking cessation in Family Medicine: effects of an area health education center training program. *J Grad Med Education*. 2010;2(2):283-8. <http://dx.doi.org/10.4300/JGME-D-10-00043.1>.
9. Aveyard P, Begh R, Parsons A, West R. Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. *Addiction*. 2011;107(6):1066-73. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03770.x>.
10. Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales MPU, et al. Diretrizes para cessação tabagismo – 2008. *J Bras Pneumol*. 2008;34(10):845-80. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132008001000014>.
11. Spangler JG, George G, Foley KL, Crandall SJ. Tobacco intervention training: current efforts and gaps in US medical schools. *JAMA*. 2002;288(9):1102-1109. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.288.9.1102>.
12. Eddy, DM. David Eddy ranks the tests. *Harv Health Lett* 1992;17(suppl.):10-11.
13. Murray RP, Connett JE, Rand CS, Pan W, Anthonisen NR. Persistence of the effect of the Lung Health Study (LHS) smoking intervention over eleven years. *Prev Med*. 2002;35(4):314-19. <http://dx.doi.org/10.1006/pmed.2002.1087>.
14. Stead LF, Lancaster T. Group behavior therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005;(2). CD001007. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001007.pub2>.
15. Leung L, Neufeld T, Marin S. Effect of self-administered auricular acupressure on smoking cessation – a pilot study. *BMC Complement Altern Med*. 2012;12(11):1-6. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6882-12-11>.
16. Ussher MH, Taylor A, Faulkner G. Exercise interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012;(1). CD002295. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002295.pub4>.
17. Audrain-McGovern J, Benowitz, JL. Cigarette smoking, nicotine, and body weight. *Clin Pharmacol Ther*. 2011;90(1):164–68. <http://dx.doi.org/10.1038/clpt.2011.105>.
18. Eis C, Kunyk D, Sidhu H. Smoking cessation and neuropsychiatric adverse events: Are family physicians caught between a rock and a hard place? *Can Fam Physician*. 2011;57:647-49.
19. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer (INCA), Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). Abordagem e tratamento do fumante – consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA; 2001.

## Atenção Primária à Saúde na Espanha

Primary Health Care in Spain

*Atención Primaria de Salud en España*

Maria Pilar Astier-Peña. Centro de Salud de Caspe. Sistema Aragonés de Salud. Zaragoza, Espanha. [mpastier@salud.aragon.es](mailto:mpastier@salud.aragon.es) (Autor correspondente)



Maria Pilar Astier-Peña é licenciada e doutora em Medicina e Cirurgia pela Universidad de Zaragoza, Espanha. Possui Mestrado em Saúde Pública e Administração Sanitária pela Universidad de Valencia e Mestrado em Economia da Saúde e Gestão Sanitária pelas Universidades Central de Barcelona e Pompeu Fabra. Atualmente Pilar é médica de família e comunidade e coordenadora médica do Centro de Saúde de Caspe (Zaragoza) do Serviço Aragonês de Saúde e realiza, também, pesquisa sobre sistemas de informação e projetos de melhoria da qualidade assistencial no âmbito hospitalar. Em agosto deste ano, esteve no Brasil, ocasião em que visitou Clínicas da Família no Rio de Janeiro e ministrou oficinas para os residentes e preceptores do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

**RBMFC:** *Qual é a situação atual da atenção primária na Espanha e qual é o papel do médico de família e comunidade?*

**Pilar Astier:** O sistema nacional de saúde na Espanha está atualmente organizado em 17 serviços regionais de saúde, que, em seu conjunto, possuem 3.600 centros de saúde e 10.116 consultórios locais em pequenos vilarejos, onde os profissionais de saúde trabalham para dar conta de uma população de 47.213.000 habitantes.

Em cada centro de saúde trabalha uma equipe de atenção primária composta por médicos de família e comunidade, pediatras, profissionais de enfermagem, uma enfermeira obstetra e, em algumas equipes, também um odontólogo. Essa equipe conta com o apoio de profissionais administrativos. Cada equipe é responsável por uma população específica chamada de “zona básica de saúde”, e cada médico de família e comunidade tem sob sua responsabilidade entre 1500 e 2000 habitantes.

Cada zona básica tem um hospital de referência com serviço de emergência, internação e atenção especializada ambulatorial, para que os médicos de família e comunidade possam encaminhar os pacientes para avaliação especializada.

Os médicos do centro de saúde oferecem consultas médicas em função da demanda do paciente, bem como consultas programadas com o objetivo de fazer um acompanhamento dos processos crônicos. Eles realizam visitas domiciliares para pacientes com dificuldades de se deslocar à unidade de saúde, tanto de forma programada como por solicitação do próprio paciente.

Os médicos têm o apoio de profissionais de enfermagem para as atividades de promoção da saúde, acompanhamento de pacientes crônicos e de pacientes em cuidados domiciliares, bem como para a coleta de sangue, dispensação de medicamentos e realização de curativos.

Cada serviço regional de saúde oferece às suas equipes de atenção primária um prontuário eletrônico comum para toda a região, um sistema de prescrição eletrônica e conexão com o sistema de informação da atenção especializada, que permite ter acesso aos exames radiológicos e aos resultados de exames laboratoriais do hospital de referência, e, em algumas regiões, também aos registros clínicos hospitalares.

A maioria dos profissionais de saúde das equipes de atenção primária é assalariada e pertence ao serviço regional de saúde. Os centros de saúde empregam mais de 35.000 médicos (29.000 médicos de família e comunidade e 6.000 pediatras), dos quais 50% aproximadamente são mulheres. Quanto aos profissionais de enfermagem, cerca de 29.000 (8 de cada 10) são mulheres. A razão de médicos de família e comunidade por cada 10.000 habitantes é de 7,6 e, de enfermeiros, 6,3.

Nos centros de saúde rurais, os médicos realizam a atenção continuada de 24 horas, para que a população sempre tenha acesso a um médico de família e comunidade de forma programada ou urgente.

**RBMFC:** *Quais são os principais problemas que a atenção primária atravessa neste momento?*

**Pilar Astier:** Em primeiro lugar, o perfil de nossos pacientes. Com o envelhecimento populacional – 17,4% da população tem idade superior a 65 anos –, os pacientes passaram a apresentar mais comorbidades e, assim, maior uso de polifarmácia. O médico de família e comunidade, portanto, deve estar capacitado para detectar interações medicamentosas, manejar fármacos com janela terapêutica estreita (p.ex., digoxina, anticoagulantes, antiepilépticos e opioides) e para buscar reduzir o risco de eventos adversos relacionados a medicamentos (47% dos eventos adversos na atenção primária da Espanha são relacionados a medicamentos).

Por outro lado, com o aumento da prevalência de doenças crônicas, como diabetes, hipertensão, obesidade e artrose, aumentou a carga de cuidados que essa população requer, tornando necessário buscar novas formas de cuidados e empoderar os pacientes para que eles possam conduzir sua própria doença por meio de “programas de pacientes especialistas”.

Outra dificuldade é a limitação de acesso aos dados do prontuário eletrônico entre as comunidades autônomas. Os pacientes que se deslocam para outras regiões não têm à sua disposição um conjunto mínimo de informações sobre sua saúde. O paciente deve levar ele mesmo seus relatórios médicos. O mesmo ocorre com a prescrição eletrônica, que somente pode ser usada na região do paciente e não é compartilhada com as outras regiões.

Quanto aos profissionais, a situação econômica atual está gerando importantes cortes nos orçamentos da saúde. Na atenção primária, isso afeta diretamente os profissionais, que tiveram a sua carga horária semanal aumentada e os salários diminuídos. Houve também diminuição da contratação de profissionais substitutos para períodos de férias, congressos, etc., e dos investimentos em equipamentos.

*“Dois elementos que me parecem fundamentais são o planejamento do processo e o uso de indicadores para avaliar os resultados sobre a saúde da população, permitindo valorizar adequadamente o trabalho das equipes de atenção primária”.*

**RBMFC:** *Na sua recente visita ao Brasil, o que mais lhe chamou a atenção no sistema de saúde brasileiro e, principalmente, no processo de transformação da APS que está sendo implementado no Rio de Janeiro?*

**Pilar Astier:** A oportunidade de compartilhar alguns dias com vocês me permitiu conhecer como funcionam as equipes de atenção primária, como se formam os residentes de medicina de família e comunidade e como está sendo planejada a implantação das novas equipes.

Dois elementos que me parecem fundamentais são o planejamento do processo e o uso de indicadores para avaliar os resultados sobre a saúde da população, permitindo valorizar adequadamente o trabalho das equipes de atenção primária.

Em todos os centros que visitei, constatei a responsabilidade, o profissionalismo e a empolgação de todas as pessoas das equipes que tive o prazer de conhecer.

O trabalho docente que está sendo feito pelos preceptores e pela coordenação da unidade docente é crucial para ter uma rede de profissionais médicos qualificados e para apoiar o desenvolvimento de uma atenção primária de qualidade.

**RBMFC:** *No Brasil, alguns anos atrás, um debate frequente era se os programas de residência deveriam estar vinculados às universidades. Na Espanha, os programas de residência estão vinculados às universidades?*

**Pilar Astier:** Na Espanha, os programas de residência médica não dependem das universidades. O sistema de formação médica especializada, também conhecido como MIR (médico interno residente), é coordenado pelo Ministério da Saúde, que anualmente lança o edital para um exame único de seleção para toda a Espanha e realiza a oferta de vagas nos diferentes hospitais do sistema público de saúde para cada especialidade. Esse sistema começou em 1978.

Um conselho nacional de especialistas em ciências da saúde e um comitê específico de cada especialidade são encarregados de elaborar o programa de formação e de certificar as unidades docentes hospitalares e de atenção primária onde se desenvolve a formação. Essas unidades são avaliadas periodicamente para garantir o correto cumprimento do programa.

**RBMFC:** *É obrigatório ter o título de especialista para poder trabalhar no sistema público na Espanha?*

**Pilar Astier:** O programa MIR é obrigatório atualmente para poder exercer a medicina na Espanha e em qualquer outro país da União Europeia (Portaria 2005/36/CE).

**RBMFC:** *Como está a situação da pesquisa na atenção primária? Como é a relação da universidade com o sistema de saúde?*

**Pilar Astier:** A situação da pesquisa na atenção primária está melhorando, graças à criação dos institutos de pesquisa dos serviços regionais de saúde. Esses institutos públicos facilitam os trabalhos burocráticos dos pesquisadores com as entidades de financiamento como, por exemplo, em relação às bolsas oferecidas pelas comunidades autônomas, pelo Ministério da Saúde, pelo Conselho da Europa e pela indústria farmacêutica. A tomada de decisão sobre a concessão de bolsas de pesquisa envolve um processo longo e complexo de documentação, como também o posterior gerenciamento dos recursos concedidos, e esses institutos de pesquisa regionais têm facilitado o trabalho dos pesquisadores.

De fato, já foram iniciados ensaios clínicos sobre medicamentos na atenção primária, e estamos conseguindo projetos de pesquisa colaborativa com outros países europeus.

Também as sociedades científicas de médicos de atenção primária estão apoiando o desenvolvimento de linhas de pesquisa em doenças crônicas, como hipertensão, diabetes, dor crônica, entre outras.

Alguns profissionais médicos estabeleceram vínculos formais com as faculdades de Medicina, tornando-se professores associados. Esses professores associados ministram as aulas teóricas nas faculdades e as práticas em seus próprios consultórios, geralmente situados nos serviços regionais de saúde. Na maior parte das faculdades não existe departamento de medicina de família e comunidade. Os médicos de família e comunidade que colaboram como professores associados integram-se em outros departamentos. É por isso que os médicos de família e comunidade não costumam desenvolver projetos de pesquisa em atenção primária vinculados às faculdades.

Existem 21 faculdades de medicina públicas e 7 privadas.

**RBMFC:** *No Brasil existe uma importante falta de médicos de família e comunidade. Como é a situação na Espanha? Existem médicos de família e comunidade suficientes para dar conta de toda a população?*

**Pilar Astier:** Atualmente a Espanha tem um superávit de médicos de família e comunidade. Isso faz com que, em muitas ocasiões, a oferta de vagas melhor pagas e com boas condições de trabalho seja escassa, porque existem muitos profissionais que querem essas vagas.

De fato, muitos médicos de família e comunidade estão migrando para a Inglaterra, França, Suécia, Noruega e Alemanha em busca de emprego. Nesses países eles são muito benquistos em função do seu alto nível de qualificação.

**RBMFC:** *Qual é a cobertura da atenção primária na Espanha?*

*“Na Espanha praticamente 99% da população tem cobertura pelo Sistema Nacional de Saúde”.*

**Pilar Astier:** Na Espanha praticamente 99% da população tem cobertura pelo Sistema Nacional de Saúde.

Os serviços públicos oferecidos pelas equipes de atenção primária no Sistema Nacional de Saúde espanhol incluem atividades preventivas, diagnósticas, terapêuticas e de reabilitação, bem como de promoção da saúde. A carteira básica de serviços está regulamentada pela Lei 16/2003, que trata sobre a integração e a qualidade do Sistema Nacional de Saúde, e pela Portaria 1030/2006, que estabelece o elenco comum da carteira de serviços e os procedimentos para sua atualização.

A “Reforma Sanitária sobre Medidas Urgentes para Garantir a Sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde e Melhorar a Qualidade e a Segurança de seus Serviços” (Real Decreto 16/2012, de 20 abril de 2012) modificou a carteira de serviços. Esse decreto criou uma carteira básica de serviços à qual cada comunidade autônoma poderá acrescentar os serviços que achar pertinentes. Ele restringiu a cobertura de serviços aos cidadãos que tenham contribuído com a Previdência Social e aos seus familiares beneficiários. Os que não contribuíram devem assinar um seguro público mediante pagamento mensal.

A atenção às situações de urgência, tanto na atenção primária quanto nos hospitais, é garantida para todas as pessoas.

Quando são prescritos fármacos pelo médico de família e comunidade, o paciente tem uma participação no custeio, que é proporcional ao seu nível de renda mensal. As pessoas com rendas muito baixas ficam isentas desse co-pagamento.

Texto editado por Michael Schmidt Duncan a partir de entrevista concedida por email por Pilar Astier, com perguntas elaboradas por Lourdes Luzon Oliver e Inaiara Bragante, em parceria entre o Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, a Rede de Pesquisa em Atenção Primária da ABRASCO e a Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

Tradução: Jacob Pierce