

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



Volume 10, Número 36, Jul-Set 2015
ISSN 2179-7994



www.rbmfc.org.br



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

INFORMAÇÃO PARA AUTORES / INFORMATION FOR AUTHORS

A Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMCFC) 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 RBMCFC 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** disponíveis na seção **Sobre**. O cadastro no sistema e posterior acesso, por meio de login e senha, são obrigatórios para submissão de trabalhos, bem como para acompanhar o processo, em curso.
Periodicidade trimestral/Publication Frequency quarterly four issues per year (March/June/September/December).

EQUIPE EDITORIAL

EDITORES

Prof. Dr. Gustavo Diniz Ferreira Gusso, Universidade de São Paulo (USP), Brasil
Prof. Dr. Paulo Poli Neto, Universidade Federal do Paraná (UFPR), Brasil

EDITOR EXECUTIVO

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

EDITORES ASSOCIADOS

Prof. Dr. Atacilcio Aparecido Nunes, Universidade de São Paulo (USP), Brasil. Prof. Dra. Aldaisa Cassanho Forster, Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Departamento de Medicina Social, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Prof. Dr. Ailton Tettelboom Stein, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFSCPA), Porto Alegre, RS, Brasil. Prof. Dr. Alberto Novaes Ramos Jr, Universidade Federal do Ceará (UFC), Brasil. Prof. Dra. Ângela Manfro, Secretária Municipal de Saúde de Florianópolis, SC, Brasil. Prof. Me. Armando Henrique Norman, Universidade de Durham, Reino Unido. Prof. Dr. Bruno José Barcellos Fontanella, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Brasil. Prof. Dra. Camilla Giugliani, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. Prof. Dr. Cesar Augusto Orazem Favoreto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Brasil. Prof. Dr. Charles Dalciane Tesser, Univ. Fed. de Santa Catarina (UFSC) e Universidade de Coimbra, Portugal. Prof. Dra. Danielle Fernandes Godoi, Secretária Municipal de Saúde de Florianópolis (SMS), Brasil. Prof. Dr. Erno Harzheim, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. Prof. Me. Francisco Jorge Arsego Quadros de Oliveira, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. Prof. Dr. João Mazzone 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. Juan Gervás, Equipo CESCA, Madrid, Espanha. Me. Leonardo Ferreira Fontenelle, Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Brasil. Prof. Dra. Luciane Loures dos Santos, Universidade de São Paulo (FMRP-USP), Brasil. Prof. Dr. Marcelo Marcos Piva Demarzo, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Brasil. Prof. Dr. Marcelo Rodrigues Gonçalves, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. Prof. Dr. Mario Maia Bracco, Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein (IIEPAE), Brasil. Prof. Dra. Maria Inez Padua Anderson, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UERJ), Brasil. Prof. Me. Melanio Noël Maia, Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), Brasil. Prof. Dr. Nicanor Rodrigues da Silva Pinto, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Brasil. Prof. Dra. Patricia Barreto Cavalcanti, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Brasil. Prof. Dra. Roberta Alvarenga Reis, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. Prof. Me. Roberto Nunes Umpierre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. Prof. Dr. Rodolfo de Carvalho Pacagnella, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Brasil. Prof. Dr. Rodrigo Caprio Leite de Castro, Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC), em Porto Alegre Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (DMS/FAMED/UFRGS), Brasil. Prof. Dr. Rodrigo Diaz Olmos, Hospital Universitário e Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Brasil. Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro Silveira, Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco, AC, Brasil. Prof. Dra. Sandra Fortes, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Brasil. Prof. Me. Sandro Rogério Rodrigues Batista, Universidade Federal de Goiás - UFG, Brasil. Prof. Dra. Simone Almeida da Silva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Brasil. Prof. Me. Thiago Dias Sarti, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Brasil. Prof. Dr. Thiago Gomes da Trindade, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Brasil

REVISORES "AD HOC"

Prof. Me. Adilson Domingos dos Reis Filho, Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG), Brasil. Prof. Me. Adriana Valéria Assunção Ramos, Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Brasil. Prof. Dra. Alcione Tavora Kutlok, Grupo de Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman (DHS - ENSP), Brasil. Prof. Me. Alessandro da Silva Scholze, Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), Brasil. Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Brasil. Prof. Dra. Aline Guerra Aquilante, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Brasil. Prof. Dra. Ana Cristina Vidor, Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF), Brasil. Prof. Me. Ana Lucia Soares Camargo Fagundes, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Brasil. Prof. Me. André Luis Andrade Justino, Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), Brasil. Prof. Me. André Luis Bezerra Tavares, Universidade Federal do Ceará (UFC), Brasil. Prof. Dra. Andréia Silveira Walter de Aguiar, Universidade Federal do Ceará (UFC), Brasil. Prof. Dra. Ângela Helena Marin, Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), Brasil. Prof. Me. Bruno Souza Beneditos, Universidade Estadual do Ceará (UECE), Brasil. Prof. Dra. Carla Maria Ramos Germano, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Brasil. Prof. Dra. Célia Aparecida Paulino, Universidade Anhanguera de São Paulo (UNIAN-SP), Brasil. Prof. Dr. Celso Zilbovicius, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Brasil. Prof. Dr. Cesar Augusto Orazem Favoreto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Brasil. Prof. César Monte Serrat Titton, Associação Paranaense de Medicina de Família e Comunidade (APMFC), Brasil. Prof. Dra. Cristiane de Oliveira, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Brasil. Prof. Dra. Jeruza Lavacholi Nayeloff Almeida Gonçalves, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Brasil. Prof. Daniel Knupp Augusto, UNIMED, Belo Horizonte-MG, Brasil. Prof. Dra. Daniela Dallegrave, Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Brasil. Prof. Dra. Débora Gusmão Melo, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Brasil. Prof. Dra. Deoclécio Deoclécio Avigo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Campus SP, Brasil. Prof. Dr. Donovan Casas Patiño, Universidad Autonoma del Estado de Mexico (UAEM), México. Prof. Me. Elson Romeu Farias, Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Brasil. Prof. Me. Fernanda Lazzari Freitas, Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF), Brasil. Prof. Dra. Fernanda Vieira Rodovalho Callegari, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Brasil. Prof. Me. Francisco Jorge Arsego Quadros de Oliveira, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. Prof. Me. Francisco Rogério Martins de Melo, Universidade Federal do Ceará (UFC), Brasil. Prof. Me. Gabriela dos Santos Buccini, Universidade de São Paulo (USP), Brasil. Prof. Dra. Giannina do Espírito-Santo, Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM), Brasil. Prof. Me. Gustavo de Araújo Porto Landsberg, Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS), Brasil. Prof. Dra. Isabela Gerardini Costa Bieski, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Brasil. Prof. Dra. Jeruza Lavacholi Nayeloff Instituto de Avaliação de Tecnologias em Saúde (IATS) Prof. Me. José Aroldo Lima Gonçalves-Filho, Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro (PMERJ), Brasil. Prof. Me. José Carlos Prado Junior, Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), Brasil. Prof. Dr. José Eduardo Corrente, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Brasil. Prof. Me. José Mauro C Lopes, Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Brasil. Prof. Me. Joseanaide Encargia Santos, Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Brasil. Me. Leonardo Ferreira Fontenelle, Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Brasil. Prof. Me. Leonardo Silva Borges Roeser, Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Brasil. Prof. Me. Leonardo Vieira Targa, Universidade de Caxias do Sul (UCS), Brasil. Prof. Me. Liz Ponnet, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Brasil. Dra. Lourdes Luzón Oliver, Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), Espanha. Prof. Me. Lucas Alexandre Pedebós, Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF), Brasil. Prof. Me. Lucas Mello Pioner, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Brasil. Prof. Dra. Lucia Alves S. Lara, Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto (FMRP-USP), Brasil. Prof. Dra. Luciana Kind, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), Brasil. Prof. Dr. Luis Antonio Barvegnoli, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ), Brasil. Dr. Luiz Felipe Fabi, Prevent Senior, Brasil. Dr. Luis Felipe Cavadas, Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), Portugal. Prof. Dr. Luis Pisco, Instituto de Ciências Sociais e Políticas (ISCSP), Portugal. Prof. Dr. Luiz Felipe da Silva Pinto, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Brasil. Prof. Dr. Luiz Miguel Santiago, Universidade da Beira Interior (UBI), Portugal. Prof. Me. Magda Moura de Almeida Porto, Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Brasil. Prof. Dr. Marcelo Rodrigues Gonçalves, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. Prof. Me. Marcelo Dala Bernardina Dalla, Universidade Vila Velha (UVV), Brasil. Prof. Me. Marcelo Kolling, Prefeitura Municipal de Curitiba (PMC), Brasil. Prof. Dra. Márcia Regina Martins Alvarenga, Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), Brasil. Prof. Me. Marcio Costa de Souza, Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Brasil. Prof. Me. Marco Aurélio Oliveira Góes, Universidade Federal de Sergipe (UFS), Brasil. Prof. Dra. Maria Cristiane Barbosa Galvão, Universidade de São Paulo (FMRP-USP), Brasil. Prof. Dra. Maria Cristina Almeida de Souza, Universidade Severino Sombra (USS), Brasil. Prof. Dra. Maria Eugênia Bresolin Pinto, Universidade Fed. de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFSCPA), Brasil. Prof. Dra. Maria Luciene Feitosa Rocha, Universidade Federal do Piauí, Campus Amílcar Ferreira Sobral, Brasil. Prof. Dra. Mariestela Carbol, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Brasil. Prof. Me. Marcos Suenney de Mendonça Noronha, Universidade Federal de Sergipe (UFS), Brasil. Prof. Me. Moema Guimarães Motta, Universidade Federal Fluminense (UFF), Brasil. Prof. Me. Nathan Mendes Souza, Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde (MS), Brasil. Prof. Dr. Nelson Robson Mendes de Souza, Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Brasil. Prof. Nilson Massakazu Ando, Secretária Municipal de Saúde de Manaus (SEMESA), Brasil. Prof. Me. Odivan Silva Queiroz, Universidade Federal do Ceará (UFC), Sobral, CE, Brasil. Prof. Me. Otávio Emmel Becker, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Brasil. Prof. Pablo de Lannoy Stürmer, Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Brasil. Prof. Me. Patricia Sampaio Chueiri, Ministério da Saúde (MS), Departamento de Atenção Básica (DAB), Brasil. Prof. Me. Patricia Taira Nakanishi, Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal (SESDF), Brasil. Prof. Dra. Rachel de Faria Barbo, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Brasil. Prof. Me. Rafael Nicolau Carvalho, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Brasil. Prof. Dra. Renata Cereia, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Brasil. Prof. Me. Renato Giannecchini Bongiovanni Kishi, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Brasil. Prof. Me. Ricardo Alexandre de Souza, Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ), Brasil. Prof. Dr. Ricardo de Mattos Russo Rafael, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Universidade Estácio de Sá (UNESA), Brasil. Prof. Me. Ricardo Hugo Gonzalez, Universidade Federal do Ceará (UFC), Brasil. Prof. Dra. Rita Francis Gonzalez y Rodrigues Branco, Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO), Brasil. Prof. Me. Roberta Georgina Sousa dos Santos, Universidade Iguazu (UNIG), Brasil. Prof. Dr. Roberto Henrique Amorim de Medeiros, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. Prof. Me. Roberto Nunes Umpierre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. Prof. Dr. Rodrigo Caprio Leite de Castro, Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC), em Porto Alegre Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (DMS/FAMED/UFRGS), Brasil. Prof. Me. Rodrigo da Silva Dias, Universidade do Estado do Pará (UEPA), Brasil. Prof. Dr. Rodrigo Silveira Batista, Universidade Federal de Viçosa (UFV), Brasil. Prof. Dr. Rogério Dias Renovato, Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UFMS), Brasil. Prof. Me. Rogério Luz Coelho Neto, Residência em MFC - UFPR / SMS Curitiba Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná (FEPAR), Brasil. Prof. Me. Rosana Pimentel Correia, Universidade Federal de Amazonas (UFAM), Brasil. Prof. Dra. Rosângela Ziggliotti Oliveira, Universidade Estadual de Maringá (UEM), Brasil. Prof. Dra. Rosimere de Jesus Teixeira, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Brasil. Prof. Dra. Ruth Borges Dias, Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS), Brasil. Prof. Dra. Sandra Maria Spedo, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Brasil. Prof. Dr. Sergio Antonio Sirena, Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Brasil. Prof. Dr. Shamyry Sulyvan de Castro, Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Brasil. Prof. Me. Tânia de Araújo Barboza, Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Brasil. Prof. Dra. Tania Toledo de Oliveira, Universidade Federal de Viçosa (UFV), Brasil. Prof. Me. Tereza Cristina dos Reis Ferreira, Centro Universitário do Pará (CESUPA), Brasil. Prof. Me. Thayse Palhano de Melo, Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), Brasil. Prof. Me. Thiago Dias Sarti, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Brasil. Prof. Dr. Thiago Dias de Oliveira, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Brasil. Prof. Dr. Thiago Roberto Castellano Arena, Faculdade de Medicina do Centro Universitário Barão de Mauá (CUBM), Brasil. Prof. Me. Thiago Villanueva Gutierrez Marques, ACES Lisboa Norte (ALN), Portugal. Prof. Dr. Ubiratan Adler, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Brasil. Prof. Dr. Washington Luiz Abreu de Jesus, Universidade Federal da Bahia (UFB), Brasil. Prof. Dra. Valéria Ferreira Romano, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Brasil. Prof. Me. Yuji Magalhães Ikuta, Universidade do Estado do Pará (UEPA), Brasil



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

Diretoria da SBMFC (2014 - 2016)

Thiago Gomes da Trindade
Presidente

Daniel Knupp Augusto
Vice-Presidente

Paulo Poli Neto
Secretário Geral

Samantha Pereira Franca
Diretora Administrativa e Financeira

Gustavo Diniz Ferreira Gusso
Diretor Científico e de Desenvolvimento Profissional Contínuo

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

Nilson Massakazu Ando
Diretor Residência Médica Pós-Graduação Lato Sensu

Rodrigo Bandeira de Lima
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

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.rbmf.org.br>.
Volume 1, Número 1, Abril, 2004
ISSN 2179-7994 (Online)

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

CDD 362.1



Sumário / Contents / Sumario

EDITORIAL

De pessoa a pessoa passando pela doença

A personal approach, beyond disease

De persona a persona, pasando por la enfermedad

Gustavo Diniz Ferreira Gusso, Paulo Póli Neto

ARTIGOS ORIGINAIS

Educação continuada em gerontologia para agentes comunitários de saúde

Continuing Education in gerontology for community health agent

Educación continua en gerontología para los agentes comunitarios de salud

Nádia Placideli, Tania Ruiz

A informação na consulta presencial em Medicina Geral e Familiar: classificações segundo a ICPC-2 e anotações livres para a memória futura no SOAP

Information available in general practice/family medicine consultations: coding and annotations for future use

*La información en la consulta médica presencial en Medicina General y Familiar:
clasificaciones según ICPC-2 y apuntes libres para la memoria futura en el SOAP*

Luiz Miguel Santiago, Rosa Carvalho, Philippe Botas, Paula Miranda, Catarina Matias, Ana Rita Simões, Carolina Pereira, Maria Glória Neto

Accuracy of weighing infants with the diaper on in primary health care

Acurácia da pesagem de lactentes com a fralda na atenção primária à saúde

Exactitud del pesaje del niño pequeño con el pañal en la atención primaria de salud

Leonardo Ferreira Fontenelle, Marcelo Alves Ribeiro, Rafael de Almeida Lecco, Tatiana Feltmann Alves

Conhecimento de puérperas sobre identificação e prevenção do acidente loxoscélico

Puerperal women's knowledge on the identification and prevention of loxoscelic accidents

*Conocimiento de las puérperas sobre la identificación y prevención de accidentes
loxoscélicos*

Guilherme Luiz Pacher Schmitz, Carlos Júnio da Silva Corrêa, Aglaher Mayra Stocco da Silva, Cerlei Fátima Franzoi, Faigha Barbosa Parzianello, Jarbas Pereira Silva, Felipe Franchini Rezende, Carlos Frederico Oldenburg Neto

“A gente sente que precisa e pode...”: os desafios para a inclusão da saúde mental na Atenção Básica

“We feel that we need to and we can...”: challenges for the inclusion of mental health care in primary health care

“Sentimos que necesitamos y podemos ...”: los desafíos de la inclusión de la salud mental en la atención primaria

Carina Robles Angelini, Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia-Bava

Dyslipidemia and cardiovascular risk in Afro-descendants: a study of the Quilombola communities in Maranhão, Brazil

Dislipidemia e risco cardiovascular em afrodescendentes: um estudo em comunidades quilombolas do Maranhão, Brasil

La dislipidemia y el riesgo cardiovascular en los afrodescendientes: un estudio sobre comunidades quilombolas de Maranhão, Brasil

Maria do Carmo Lacerda Barbosa, José Bonifácio Barbosa, Luis Felipe Alves Guerra, Mirza Ferreira Lima Barbosa, Felipe Lacerda Barbosa, Dayane Lima Guida, Maylla Luanna Barbosa Martins, Eliete Bouskela, Maria do Desterro Soares Brandão Nascimento, Gabriel Sandrin de Oliveira Melo, Mariana Marques da Silva Castro

Uso de plantas medicinales por usuarios do serviço público de saúde do município de Ijuí/RS

Medicinal plant use by patients using the public health service of the city of Ijuí, Rio Grande do Sul, Brazil

El uso de plantas medicinales por los usuarios del servicio público de salud del municipio de Ijuí/RS

Christiane de Fátima Colet, Claudia Angélica Nunes Cavalheiro, Gislaine Tisott Dal Molin, Aline Wiliens Cavinatto, Morgana Schiavo, Karin Hepp Schwambach, Karla Renata Oliveira

ARTIGOS DE REVISÃO

Abordagem de usuários de crack na Atenção Primária à Saúde: uma revisão sistemática

Approach to crack users in primary care: a systematic review

Abordaje de usuarios de crack en la Atención Primaria a la Salud: una revisión sistemática

Leda Chaves Dias, Erno Harzheim, Caren Bavaresco, Marcelo Rodrigues Gonçalves, Mariana Dias Curra

CASOS CLÍNICOS

Osteonecrose mandibular relacionada com bifosfonatos orais em paciente idosa polimedicada

Biphosphonate-related osteonecrosis of the jaw in an old patient with oral bisphosphonate exposure

Osteonecrosis mandibular relacionada con la toma de bifosfonatos orales en paciente anciana polimedicada

Leticia Simao Aiex, Maria Villa Juárez Jimenez, Alejandro Pérez Milena

Herpes zoster na adolescência: caso clínico

Herpes zoster in adolescence: A clinical case

Herpes zóster en la adolescencia: caso clínico

Aline Salmito Frota, Verônica Riquet de Siqueira Lima, Hercília Maria Carvalho Queiroz, Israel Leitão Maia, José Wilson Accioly Filho, Márcia Gonçalves Brasil, Maria Genúcia Cunha Matos

ENSAIOS

Bases para um Novo Sanitarismo

Basis for health care reform

Bases para la reforma del sistema de salud

Gustavo Diniz Ferreira Gusso, Daniel Knupp. Pesquisador independente, Thiago Gomes da Trindade, Nulvio Lermen Junior, Paulo Poli Neto

PERSPECTIVAS

Breast and testicular self-examinations in cancer screening: a matter of quaternary prevention?

Autoexames mamário e testicular nos rastreamentos oncológicos: uma questão de prevenção quaternária?

Autoexámenes testicular e mamario en tamizaje de cáncer: ¿una cuestión de prevención cuaternaria?

José Agostinho Santos

De pessoa a pessoa passando pela doença

A personal approach, beyond disease

De persona a persona, pasando por la enfermedad

Gustavo Diniz Ferreira Gusso. Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil. gustavo.gusso@usp.br
(Autor correspondente)

Paulo Poli Neto. Universidade Federal do Paraná (UFPR). Curitiba, PR, Brasil. ppolineto@gmail.com

A atual edição da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC) traz uma variedade de artigos bastante representativa da atuação dos profissionais que fazem a Atenção Primária à Saúde (APS) no dia a dia. E a RBMFC deseja ser cada vez mais um instrumento de divulgação de conhecimentos adquiridos na linha de frente.

Os dois casos clínicos lidam com temas bastante caros a atuação do médico de família e comunidade. O artigo de herpes zoster trata de um problema frequente na prática mas cuja apresentação não foi típica. Muitas vezes escutamos nos bancos da faculdade que a apresentação da doença foi “típica” ou “de livro”. Mas aprendemos na Medicina de Família e Comunidade (MFC) que cada pessoa é única e que os problemas de saúde aparecem de diferentes maneiras em cada pessoa. Isso faz da prática na APS complexa e carregada de incertezas. Se por um lado vemos problemas que se repetem, por outro lidamos com pessoas e seus problemas únicos. Talvez não seja possível entender exatamente porque um adolescente saudável teve um herpes zoster extenso. A solução para essa incerteza não é tampouco procurar exaustivamente e às vezes até de forma constrangedora por alguma imunodeficiência. O segundo caso clínico trata de outro tema crucial na prática diária: efeito colateral de medicamento. A quantidade de medicamentos usada sem um motivo que justifique faz com que aumente a chance de que o risco seja maior que o benefício. Portanto, é mandatório que o profissional, em especial o médico, trabalhe com alguma ferramenta de pesquisa de efeito colateral a tiracolo como o Epocrates, o *British National Formulary* (BNF) ou mesmo o Medscape. Por causa da elevada incidência, descartar efeito colateral deve ser intrínseco a qualquer consulta. Efeitos colaterais que são também sintomas frequentes como náusea, tontura e diarreia dificultam a abordagem e fazem com que muitos profissionais “neguem” o tema. Essa negação pode custar o diagnóstico de um efeito colateral mais raro e específico como a osteonecrose mandibular em pacientes que fazem uso de medicamentos bifosfonados.

Como citar: Gusso GDF, Poli Neto P. De pessoa a pessoa passando pela doença. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(36):1-3. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(36\)1218](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(36)1218)

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
não se aplica.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Recebido em: 25/09/2015.

Aprovado em: 25/09/2015.

Alguns artigos tratam de ferramentas do MFC como prevenção quaternária e o registro clínico. A forma de registro mais consagrada na Atenção Primária tem sido o Prontuário Médico Orientado por Problemas (PMOP) e seu consequente método SOAP.¹ Há muita controvérsia da quantidade de dados que devem ser estruturados e a quantidade que deve ser em texto livre. O artigo aborda essa dicotomia através de um estudo transversal de 318 consultas. Se por um lado os dados estruturados via, por exemplo, Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP),² ajudam na avaliação da qualidade da atenção e no cálculo da probabilidade pré-teste, por outro tomam tempo que poderia ser usado para descrição de texto livre, que segundo o autor, ajuda na compreensão do que de fato se fez na consulta. É a constante busca da informação na forma certa e na medida certa, nem pouca nem muita. Qual será o erro mais frequente? Informação de menos ou informação em excesso e desnecessária? Ou o que é considerado um registro adequado? O caminho é voltar a investir no texto livre e em mecanismos que consigam classificar e estruturar o texto? Por enquanto não há aparentemente grandes respostas e resultados nesse campo. Os dados estruturais continuam sendo importantes para análises futuras com todas as limitações apontadas.

Por fim, a prevenção quaternária que tem sido uma ferramenta bastante estudada no Brasil e no mundo é tratada no artigo que usa o auto-exame da mama e dos testículos como exemplo. Tem sido frequente movimentos que tentam fazer com que a saúde do homem siga o mesmo caminho desastroso que seguiu a saúde da mulher com excessos de intervenções médicas. Não bastasse o fracasso da reposição hormonal feminina para alertar os médicos e a população, há um intenso movimento de marketing pela “reposição de testosterona”. Algo similar se passou com outros rastreamentos sobre os quais talvez se possa traçar algum paralelo como câncer de colo de útero/câncer de pênis e auto exame da mama/auto exame dos testículos. Em geral os rastreamentos femininos têm levado “vantagem científica” o que fortalece a cultura do homem não procurar o médico e a retroalimentação da necessidade de “rastreamentos” como se a única causa de morte precoce fosse “a falta de rastreamento e a pouca ida ao médico”. Nesse contexto as condições sociais, as relações familiares, o estresse, a relação com o trabalho, a dieta, e todos os determinantes sociais de saúde são meros “detalhes”.

Desta forma, a prevenção quaternária, entendida como ferramenta de pesquisa e ação, está relacionada ao sobrediagnóstico na medida que ambos procuram evitar intervenções que causem mais danos do que benefícios. No último congresso que tratou especificamente de sobrediagnóstico,³ alguns pesquisadores fizeram com que acendesse uma luz amarela. Muitos cientistas estão procurando, através de testes genéticos, estratificar ou personalizar o tratamento. Ou seja, hoje só se sabe estatisticamente e retroativamente a quantidade de sobrediagnósticos produzida por determinados rastreamentos. Estes cientistas esperam resolver o empecilho com testes genéticos. Assim, desejam que no futuro próximo não haja câncer de mama mas “o câncer de mama da Senhora X cujo tratamento é o medicamento Y”. Enfim, alguns nomes que tem sido usados nessa reinvenção da pesquisa clínica são “medicina estratificada” e “medicina personalizada”.⁴ Esta estratégia dificulta a realização de ensaios clínicos randomizados já que “cada pessoa tem um câncer diferente”. É a distorção de um dos mais importantes princípios da medicina de família e comunidade: entender que pessoa tem a doença é diferente de entender que genoma a pessoa com a doença tem.

Referências

1. Weed LL. Medical records that guide and teach. *N Engl J Med*. 1968;278:593-600, 652-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM196803142781105>
2. World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2)/Elaborada pelo Comitê Internacional de Classificação da WONCA (Associações Associations of General Practitioners/Family Physicians Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2)/Elaborada pelo Comitê Internacional de Classificação da WONCA (Associações Nacionais, Academias e Associações Acadêmicas de Clínicos Gerais/Médicos de Família, mais conhecida como Organização Mundial de Médicos de Família); Consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição, Gustavo Diniz Ferreira Gusso. - 2. ed. - Florianópolis : Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009.
3. Preventing Overdiagnosis [home page on the Internet]. *BMJ*. [Acesso em 24 de Sep de 2015]. Disponível em <http://www.preventingoverdiagnosis.net/>
4. Realising the potential of stratified medicine [home page on the Internet]. Academy of Medical Sciences. [Acesso em 24 de Sep de 2015]. Disponível em <https://www.acmedsci.ac.uk/viewFile/51e915f9f09fb.pdf>

A personal approach, beyond disease

De pessoa a pessoa passando pela doença

De persona a persona, pasando por la enfermedad

Gustavo Diniz Ferreira Gusso. Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil. gustavo.gusso@usp.br
(Corresponding author)

Paulo Poli Neto. Universidade Federal do Paraná (UFPR). Curitiba, PR, Brasil. ppolineto@gmail.com

The current issue of the Brazilian Journal of Family and Community Medicine (Portuguese acronym, RBMFC) presents a variety of articles that are quite representative of the performance of professionals who work routinely in Primary Health Care (Portuguese acronym, APS). The RBMFC would like, increasingly, to be an instrument for the dissemination of front-line acquired knowledge.

The two clinical cases deal with subjects that are essential for the performance of family and community physicians. The article concerning herpes zoster deals with a problem that is frequently encountered in practice, but that had an atypical presentation. At the university level, we often hear that the manifestation of the disease was “typical” or “textbook”. However, we learn in Family and Community Medicine (Portuguese acronym, MFC) that every person is unique and that health problems manifest in different forms in each person. This implies that, in practice, APS is complex and loaded with uncertainties. On the one hand, we observe problems that repeat themselves; on the other, we deal with people and their unique problems. Perhaps it is not possible to fully understand why a healthy adolescent contracts a severe case of herpes zoster. The solution to such uncertainty does not lie in exhaustively, and sometimes even compellingly, searching for some kind of immunodeficiency.

The second clinical case considers another crucial practical topic, i.e., the adverse effects of medication. The quantity of medication used clearly increases the chance of the risks outweighing the benefits. Therefore, it is imperative that medical professionals, especially physicians, have some handy research tool to evaluate adverse effects, such as Epocrates, the British National Formulary (BNF), or even Medscape. Because of their high level of incidence, the understanding of side effects of medications should be intrinsic to any consultation. Adverse effects that are frequent include symptoms, such as nausea, dizziness, and diarrhea; hamper the identification of medication adverse effects; and result in many health professionals avoiding the

Como citar: Gusso GDF, Poli Neto P. De pessoa a pessoa passando pela doença. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(36):1-3. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(36\)1218](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(36)1218)

Funding:
none declared.
Ethical approval:
not necessary.
Competing interests:
none declared.
Received: 04/10/2015.
Accepted: 06/26/2015.

topic. This avoidance may lead to the non-diagnosis of rarer and more specific adverse effects, such as osteonecrosis in patients who use bisphosphonate medication.

Some articles discuss MFC tools, such as quaternary prevention and the clinical record. The most well established Primary Care registry is the Medical Records Guided by Problems (Portuguese acronym, PMOP) and the resulting methodology, SOAP.¹ There is a lot of controversy regarding the proportion of data in these records that should be structured and the proportion that should be free text. The article tackles this dichotomy by means of a cross-sectional study of 318 consultations. The structured data path, for example, the International Classification of Primary Health Care (Portuguese acronym, CIAP),² assists in the evaluation of the quality of the care provided and in the calculation of the pre-test probability; however, entering the data takes up time that could be used for the description of the free text, which according to the author, helps in understanding what was actually done during the consultation. The register topic involves a constant search for correct and sufficient information - not too much, not too little. What is the most common error? Too little information or too much needless information? What is considered an adequate amount? Is the solution to invest, once again, in free text and in tools that can classify and structure the text? For the moment, in this field, there are apparently not many answers to these and other questions. Structural data continue to be important for future analyses, with the limitations indicated above.

Finally, quaternary prevention, which has been a much-studied tool in both Brazil and worldwide, is covered in another article and uses breast and testicular self-examination as an example. Frequently, there have been actions that have tried to encourage men's health to follow the same disastrous path followed by women's health, with its excessive medical interventions. As if the failure of the female hormone replacement therapy was not enough to alert doctors and the general population, there is now an intense marketing movement in favor of "testosterone replacement therapy". Something similar occurred with other types of screening, about which, perhaps, a parallel can be established - as is the case with screening for cervical cancer/penile cancer and breast self-examination/testicular self-examination. In general, female screening has a certain "scientific advantage", which reinforces men's culture of not consulting their physicians and the need for "screening tests", as if to imply that the only cause of early death is "the lack of screening and visits to the physician". In this context, social conditions, family relationships, stress, work relationships, diet, and all the social factors affecting health are mere "details".

As such, quaternary prevention, understood as a search tool, is related to over-diagnosis, inasmuch as both issues attempt to avoid interventions that are more harmful than beneficial. During the last congress, which dealt specifically with the issue of overdiagnosis,³ some researchers' work raised a yellow flag. In other words, today the number of cases of over-diagnosis caused by certain types of screening is only known statistically and retrospectively. Some scientists expect to overcome this hurdle with genetic tests. Thus, they wish for a future situation in which there is no breast cancer, but rather a situation in which "Mrs. X's breast cancer is being treated with medication Y".

This reinvention of clinical research has been referred to as "stratified medicine" and "personalized medicine".⁴ This strategy hampers the execution of randomized clinical trials, given that "each person has a different type of cancer". This is the distortion of one of the most important principles of family and community medicine, i.e., understanding the person who is ill is different from understanding the genome of the ill person.

References

1. Weed LL. Medical records that guide and teach. *N Engl J Med*. 1968;278:593-600, 652-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM196803142781105>
2. World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2)/Elaborada pelo Comitê Internacional de Classificação da WONCA (Associações Associations of General Practitioners/Family Physicians Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2)/Elaborada pelo Comitê Internacional de Classificação da WONCA (Associações Nacionais, Academias e Associações Acadêmicas de Clínicos Gerais/Médicos de Família, mais conhecida como Organização Mundial de Médicos de Família); Consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição, Gustavo Diniz Ferreira Gusso. - 2. ed. - Florianópolis : Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009.
3. Preventing Overdiagnosis [home page on the Internet]. *BMJ*. [Acesso em 24 de Sep de 2015]. Disponível em <http://www.preventingoverdiagnosis.net/>
4. Realising the potential of stratified medicine [home page on the Internet]. Academy of Medical Sciences. [Acesso em 24 de Sep de 2015]. Disponível em <https://www.acmedsci.ac.uk/viewFile/51e915f9f09fb.pdf>

Educação continuada em gerontologia para agentes comunitários de saúde

Continuing Education in gerontology for community health agent

Educación continua en gerontología para los agentes comunitarios de salud

Nádia Placideli. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Botucatu, SP, Brasil. nadiaplacideli@gmail.com
(*Autora correspondente*)

Tania Ruiz. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Botucatu, SP, Brasil. truíz@fmb.unesp.br

Resumo

Objetivo: avaliar o efeito de um Programa de Educação em Gerontologia desenvolvido para Agentes Comunitários de Saúde. **Métodos:** estudo de intervenção (comparação antes e depois) com participação de 111 agentes comunitários, com perda de 25 (22,5%), atuantes nas 12 unidades de saúde da família de um município do interior paulista, em 2012. Os dados foram coletados por meio de questionário sociodemográfico, instrumento de avaliação do contato dos agentes comunitários com idosos e questionário para avaliação de conhecimentos gerontológicos (Questionário Palmore-Neri-Cachioni). Foi desenvolvido um Programa de Educação em Gerontologia junto aos agentes comunitários, no período de 5 dias: encontros com duração de 90 minutos cada um, abordando temas relacionados à velhice e envelhecimento. Para análise dos dados, foi utilizado o programa SAS versão 9.2 para Windows. **Resultados:** prevaleceram entre os agentes os adultos jovens, do sexo feminino, casados, com ensino médio completo e inseridos na atividade há mais de dois anos e meio. A maioria dos agentes expôs sempre ter contato com idosos, cultivado em âmbito do trabalho e intrafamiliar e relatou experiência com a população dessa faixa etária, mais da metade referiu ter participado de educação gerontológica. O maior número de acertos ao questionário de avaliação sobre conhecimentos gerontológicos, aplicado antes, imediatamente após e depois de três meses ao desenvolvimento do Programa de Educação em Gerontologia, demonstrou melhor desempenho dos agentes na segunda e terceira aplicações desse instrumento realizadas após o programa, tornando evidente a importância de educação em gerontologia para esse público. **Conclusão:** promover educação em gerontologia para agentes comunitários de saúde é fundamental, pois providos de conhecimentos podem reforçar seu papel mediante a equipe de saúde e população, dentre ela, os idosos.

Palavras-chave:

Sistemas de Saúde
Educação em Saúde
Envelhecimento
Gerontologia

Abstract

Objective: to evaluate the effect of an education program in gerontology for community health agents. **Methods:** this intervention study (before and after comparison) included 111 community agents, lossy 25 (22.5%), from 12 family health centers from city in the state of São Paulo in 2012. Data were collected through a sociodemographic questionnaire, to determine the formal and informal contact of the elderly group with the community health agents, as well as through a questionnaire that evaluated gerontological knowledge (Palmore-Neri-Cachioni). Moreover, an education program in gerontology was conducted for community agents, including 90-minute sessions over a 5-day period, which focused on topics related to old age and aging. Data analysis was performed using the SAS version 9.2 for Windows. **Results:** young adults, female sex, married status, high school education, and activity for more than two and a half years were common characteristics associated with community agents. Most of the agents were in contact with the elderly, to cultivate of work and within the family, and reported to have experience in dealing with this age group. Moreover, more than half of the community agents reported to have participated in gerontological education. The questionnaire assessing the knowledge on gerontology, which was applied before, immediately after, and three months after the education program in gerontology indicated better responses among the community health agents immediately after and three months after the program, thus suggesting that education in gerontology is important among these individuals. **Conclusion:** promoting education in gerontology among community health agents is essential, as the knowledge provided can strengthen the role of health care staff and the population in caring for the elderly.

Keywords:

Health Systems
Health Education
Aging
Gerontology

Como citar: Placideli N, Ruiz T. Educação continuada em gerontologia para agentes comunitários de saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(36):1-10.
[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(36\)948](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(36)948)

Fonte de financiamento: CAPES.

Parecer CEP: aprovado.

Conflito de interesses: declaram não haver.

Procedência e revisão por pares: revisado por pares.

Recebido em: 30/05/2014.

Aprovado em: 04/08/2015.

Resumen

Objetivo: evaluar el efecto de un Programa de Educación en Gerontología desarrollado para Agentes Comunitarios de Salud. **Métodos:** un estudio de intervención (en comparación antes y después) con 111 agentes comunitarios, con una pérdida de 25 (22,5%), que trabajan en 12 unidades de salud de la familia en ciudad en el estado de São Paulo en el 2012. Los datos fueron recogidos a través de cuestionarios: sociodemográficos, contacto con los profesionales con los mayores y la evaluación del conocimiento en gerontología (Palmore-Neri-Cachioni). Programa de Educación en Gerontología desarrollado abarca temas relacionados con el envejecimiento. Para el análisis de los datos se utilizó SAS versión 9.2. **Resultados:** prevalecieron entre estos profesionales, adultos, femenino, casado, completado la escuela secundaria. Mayoría siempre tienen contacto con los mayores y reportaron haber participado de educación gerontológica. El mayor número de respuestas correctas al cuestionario sobre conocimiento gerontológico, aplicado antes, inmediatamente después y tres meses después de que el desarrollo del Programa de Educación en Gerontología, mostró mejor rendimiento en la segunda y tercera solicitudes después del programa. **Conclusión:** educación en gerontológica para agentes comunitarios es fundamental, conforme a lo dispuesto conocimiento puede fortalecer su papel por parte del personal de salud y población, entre sus mayores.

Palabras clave:

Sistemas de Salud
Educación para la salud
Envejecimiento
Gerontología

Introdução

No término do século XX o Brasil teve um acentuado envelhecimento da estrutura etária de sua população. À medida que o ciclo vital se alonga, aumenta a probabilidade de ocorrência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e seus comprometimentos: a grande incidência e prevalência de eventos mórbidos nos idosos resultam em demanda relativamente maior aos serviços de saúde.¹ Considerando o envelhecimento populacional brasileiro, o desafio posto ao Sistema Único de Saúde (SUS) é atender à população de idosos que já apresenta uma ou mais das DCNT e se preocupar em promover assistência preventiva à população que se encontra em fases antecedentes à velhice.²

Na década de 1990 foi oficialmente criada a Estratégia Saúde Família (ESF) visando à descentralização do SUS, com a atenção primária desenvolvida por uma equipe multiprofissional composta por um médico e enfermeiro generalistas, um ou dois técnicos ou auxiliares de enfermagem e quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS).³ Os ACS desempenham diversas ações em saúde, como cadastramento, mapeamento, identificação de microáreas de risco, entre outras, direcionadas aos diversos segmentos etários da população e, entre elas, há aquelas específicas para a população de idosos.⁴

Desta maneira, em estudos realizados por Bezerra et al. e Ferreira & Ruiz, ambos constataram a ausência de conhecimentos gerontológicos pelos agentes comunitários e, a aproximação destes com educações gerontológicas esteve relacionada a melhores desempenhos em questionários aplicados.^{5,6} O aumento da proporção de idosos implica em demandas recorrentes aos serviços de saúde; dentre elas, destaca-se o provimento de educação continuada e permanente em gerontologia aos profissionais de saúde, em especial aos ACS. Compreende-se por educação continuada a transmissão de conhecimentos e a valorização da ciência como fonte para tal, com enfoque nas categorias profissionais e ênfase em promoção de cursos e treinamentos. Já a educação permanente é fundamentada na concepção de educação como transformação e aprendizagem significativa, centrada na valorização do processo de trabalho, da articulação como fonte de aquisição de conhecimento.⁷

É imprescindível a contribuição do ACS no atendimento aos idosos. De acordo com Vecchia³, esse profissional pode tornar-se um catalisador de recursos escondidos na comunidade para ampliar o apoio social, com papel importante na constituição de rede de cuidados no território, aumentando possibilidades de troca de afetos e ajuda pelos membros de uma mesma localidade. Nesse âmbito, os ACS desempenham papel crucial junto à população de idosos, sendo o elo entre unidade de saúde, idosos e demais profissionais que compõem a equipe ESF em busca da promoção da qualidade de vida e bem-estar desses indivíduos.

Esta pesquisa teve como objetivo avaliar o efeito de um Programa de Educação em Gerontologia desenvolvido para Agentes Comunitários de Saúde.

Métodos

Estudo de intervenção com comparação antes e depois, realizado em Lençóis Paulista, SP, município situado no centro-oeste paulista, com população de 61.428 habitantes segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010).⁸ O município possui cobertura de 100% (ESF). A população de estudo totalizava 111 ACS no período da coleta dos dados, atuantes nas 12 unidades de saúde da família, sendo 7 unidades ESF e 5 unidades Estratégia Agentes Comunitários de Saúde (EACS).

Os critérios de inclusão da pesquisa estiveram pautados no consentimento em participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, participação em pelo menos 80% das atividades programadas. Dentre os profissionais, 22,5% não aderiram à pesquisa, principalmente devido a licenças médicas, férias, e por não atenderem a um dos itens do critério de inclusão a pesquisa. Não houve associação estatística entre esses motivos com as diversas variáveis estudadas, como idade, nível de escolaridade, frequência de contato com idosos, entre outras.

Foram utilizados três instrumentos para coleta dos dados. O questionário sociodemográfico objetivou descrever o perfil sociodemográfico dos ACS (idade; sexo; estado civil; nível de escolaridade; anos de trabalho como ACS; renda familiar em salários mínimos) e as questões “participou de algum programa de educação gerontológica envolvendo o tema envelhecimento e velhice?”; “Se sim, você lembra de algum conteúdo aprendido?”

O instrumento Avaliação do contato dos ACS com idosos visou investigar a relação dos agentes com idosos, composto por dez questões - você possui familiares idosos? Você mora/morou com idosos? Com que frequência você tem contato com idosos? Esse contato você caracteriza como sendo (formal, cultivada apenas no trabalho; informal, cultivada apenas na família ou misto, cultivada no trabalho e na família)? Você tem alguma experiência de trabalho com idosos? Se sim, como essa experiência foi adquirida? Qual sua opinião sobre os idosos que você tem contato por meio do trabalho, quanto aos aspectos biológicos, psicológicos e sociais? Quanto você acha que o ACS contribui para que os idosos possam ter um bem-estar e uma qualidade de vida cada vez melhor? Por quê? (Descreva o motivo da resposta assinalada na questão anterior). O que você espera de um programa de educação gerontológica? Ressalta-se que esse instrumento foi criado para auxiliar na pesquisa, com base em questionário semelhante, utilizado em estudo realizado por Ferreira & Ruiz.⁶

Foi empregado o instrumento para avaliação de conhecimentos gerontológicos o questionário Palmore-Neri-Cachioni, validado em 2002 em amostra com 102 professores universitários em estudo intitulado “Quem educa os idosos”. O questionário é uma versão traduzida e adaptada do *Palmore Aging Quiz* (1996), com 25 perguntas de múltipla escolha que abordam temas sobre envelhecimento e velhice, em que o maior número de acertos reflete mais conhecimento nessa área. As questões abrangem os domínios físico (totaliza seis questões), cognitivo (totaliza duas questões), psicológico (totaliza seis questões), social (totaliza sete questões), ainda há as composições, físico/psicológico (totaliza duas questões), físico/psicológico/social e psicológico/social (totalizando uma questão cada).⁹

Foi realizada educação continuada em gerontologia, para todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, com desenvolvimento de um Programa de Educação em Gerontologia (PEG) abordando temas referentes à velhice e ao envelhecimento, aplicado pela própria pesquisadora. Ocorreu no período de 5 dias, com duração de 90 minutos cada encontro, em julho de 2012.

Os temas que compuseram o PEG foram definidos junto à diretoria de saúde do município, aqueles que a pesquisadora julgou importantes e os que faziam parte do questionário de avaliação de conhecimentos gerontológicos. Cinco temas centrais compuseram o PEG: no primeiro encontro foi tratado o tema “envelhecimento humano: possibilidades e desafios”, no qual buscou familiarizar os ACS com as nomenclaturas senilidade e senescência, explicações acerca dos aspectos do envelhecimento, demografia e epidemiologia populacional brasileira; no segundo focou-se nas transformações e declínios nos sistemas cardiovascular, respiratório e musculoesquelético; no terceiro foi desenvolvido o tema doença de Alzheimer, com descrição biológica e fases de evolução da doença, sintomas, tratamentos, prevenções; no quarto foi elucidado o assunto sobre relações familiares e sociais dos idosos versus violência contra o idoso e no quinto, e último encontro, foi explanado o tema finitude, destacando aspectos éticos e reflexivos. Todos os encontros desenvolveram-se por meio de aulas expositivas e dialogadas, com vídeos como atividades complementares e estudos e discussão de casos, de idosos que compunham o cotidiano de trabalho dos ACS.

Previamente, foi feito convite aos agentes comunitários para participação ao programa e instruções para preenchimento dos questionários sociodemográfico e de avaliação do contato dos ACS com idosos. Os locais e datas para desenvolvimento do PEG foram definidos junto aos responsáveis pelos agentes comunitários de cada unidade de saúde, sendo realizados em períodos distintos, até finalizar as 12 localidades. Destaca-se que para avaliar o impacto do programa de educação em gerontologia foi empregado o questionário para avaliação de conhecimentos em relação à velhice em momentos diferentes, aplicado antes, imediatamente após e depois de três meses ao desenvolvimento do programa. O tempo gasto em cada aplicação foi 30 minutos. Os ACS foram informados das reaplicações do questionário, com antecipação.

Todas as análises foram feitas no programa SAS para Windows, versão 9.2 e foi adotado nível de significância de 5% para todos os testes ou p-valor correspondente ($p < 0,05$). As variáveis sociodemográficas quantitativas (idade; renda familiar e tempo de trabalho como ACS) foram analisadas com base nas médias e desvio-padrão. As demais foram categorizadas com base nas frequências e percentuais, encontradas para: estado civil (casados, solteiros, divorciados ou viúvos); nível de escolaridade (ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo) e participação em educação gerontológica (sim ou não).

No questionário de avaliação do contato dos ACS com idosos as variáveis foram categorizadas segundo frequências e percentuais, para: idoso na família, mora/morou com idoso e experiência de trabalho com idosos (sim ou não); frequência de contato com idosos (sempre, às vezes ou nunca); características do contato com idosos (formal, informal ou mista); aquisição da experiência de trabalho com idosos (cotidiano de trabalho como ACS, capacitação do SUS e cotidiano de trabalho ou por meio de cursos/congressos, palestras procuradas por interesse próprio) e contribuição do ACS ao idoso (muito, um pouco ou nada).

No questionário de conhecimentos gerontológicos, cada questão foi avaliada nos momentos (1 e 2, 2 e 3, 1 e 3) com uso do teste qui-quadrado de tendência. O escore final foi avaliado segundo delineamento

em medidas repetidas por meio da análise da variância seguida de teste de comparação múltipla de Tukey ajustado ao delineamento. Os dados foram representados em média, desvio-padrão, máximo e mínimo.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB-UNESP), sob o protocolo CEP 4149-2012.

Resultados

Entre os agentes comunitários predominaram mulheres, casadas, adultos jovens, com ensino médio completo, tempo de trabalho como ACS de 31 meses e com participação em educação gerontológica (Tabela 1).

Na análise do contato dos ACS com idosos predominou que possuem pelo menos um membro idoso na família (87,2%), mora/morou com idosos (62,7%), sempre possuem contato com esses indivíduos (95,3%), sendo a característica desse contato mista (77,9%). A maioria dos agentes afirmou ter experiência de trabalho com idosos (93%), experiência obtida por meio do cotidiano de trabalho (48,1%) e acreditam que contribuem muito para promoção da qualidade de vida de idosos (69%). Os resultados obtidos mediante as avaliações sobre conhecimento gerontológico aos agentes foram relativamente maiores após o desenvolvimento do Programa de Educação em Gerontologia.

Na primeira aplicação do questionário para avaliação de conhecimentos em relação à velhice (antes do desenvolvimento do PEG) houve média de acertos de 10,2 e desvio-padrão de 2,2. Na segunda aplicação do mesmo, desenvolvida imediatamente após o PEG, obteve-se média de 21,1 e desvio-padrão de 1,9 e, na terceira aplicação, ocorrida três meses após o programa, alcançou-se média de 16,4 e desvio-padrão de 3,0.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos Agentes Comunitários de Saúde, Botucatu, SP, 2013.

Variáveis	n	%	Média	Desvio-padrão
Idade (em anos)			34,4	8,73
*Renda			3	1
Tempo de trabalho com ACS (em meses)			31,5	22,6
Sexo				
Feminino	78	90,7		
Masculino	8	9,3		
Estado Civil				
Casados	46	53,4		
Solteiros	25	29,0		
Divorciados	13	15,1		
Viúvos	2	2,3		
Nível de Escolaridade				
Ensino Fundamental Completo	4	4,6		
Ensino Médio Incompleto	2	2,3		
Ensino Médio Completo	68	79,0		
Ensino Superior Incompleto	6	6,9		
Ensino Superior Completo	3	3,4		
Participação em Educação Gerontológica				
Sim	53	61,6		
Não	33	38,3		

* Nota-se o salário mínimo baseia-se no salário mínimo brasileiro vigente no ano de 2012, no valor de R\$ 622,00.

O percentual de acertos nas diferentes aplicações do questionário, para cada questão, também foi significativamente maior após o desenvolvimento do PEG. Destaca-se que os resultados obtidos na terceira aplicação foram maiores se comparado à primeira, exceto para a questão de número 16. Reforça-se a importância de educação continuada em gerontologia para agentes comunitários (Gráfico 1).

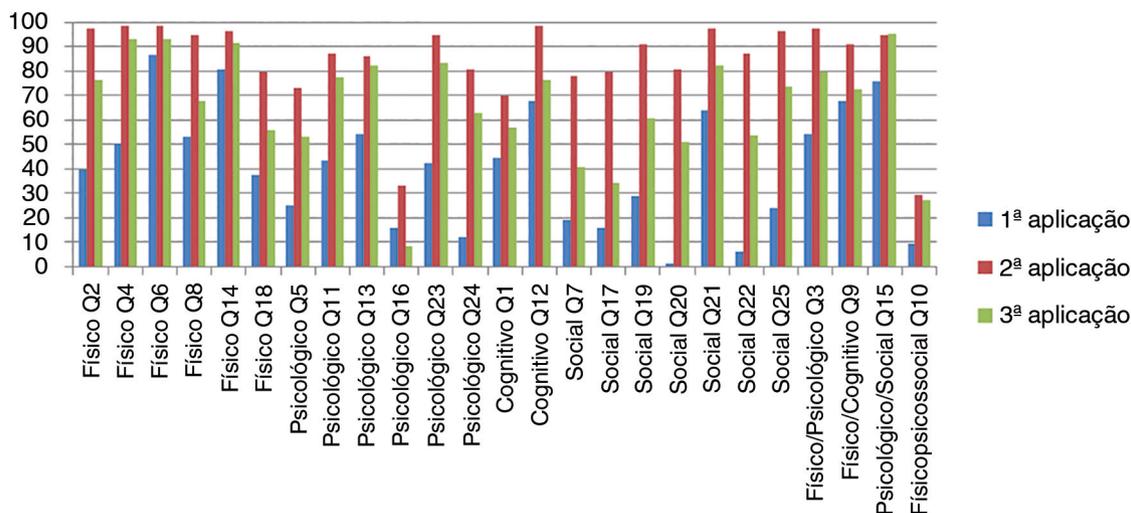


Gráfico 1. Distribuição da frequência relativa de acertos nos diferentes momentos de aplicação do questionário para avaliação de conhecimentos em gerontologia, por questão e domínios, Botucatu, SP, 2013.

Os resultados obtidos mediante a análise de tendência de acertos ao questionário de avaliação de conhecimentos gerontológicos demonstraram maior número de respostas corretas nas aplicações posteriores ao desenvolvimento do PEG, confirmando-se pelo teste de qui-quadrado de tendência ($p < 0,05$). Comparando-se a primeira com a segunda aplicação do questionário, é nítido o aumento de respostas corretas. Na análise da segunda com a terceira aplicação há um decréscimo na quantidade de acertos, entretanto, foi verificado o maior nível de acertos se correlacionada a terceira com a primeira aplicação do mesmo. (Tabela 2).

Antes do desenvolvimento do PEG, os agentes comunitários demonstraram maior percentual de acertos em questões referentes ao domínio físico e, após o programa, obteve-se alto nível de acertos ao questionário relacionado a todos os domínios, sendo estes: físico, cognitivo, psicológico, social e os domínios compostos, físico/psicológico, psicológico/social e físico/psicológico/social.

Discussão

Apesar da amostra estudada não ser representativa da população de ACS de todo o território brasileiro, os dados obtidos acerca desses profissionais quanto ao perfil sociodemográfico e contato com grupo de idosos estão em consonância com aqueles descritos na literatura e provavelmente refletem a situação geral. O perfil dos agentes comunitários foi predominantemente de mulheres, casados, adultos jovens, com escolaridade média completa, como observado em outros estudos desenvolvidos.^{10,11} Quanto a renda familiar e tempo médio de trabalho como ACS, respectivamente, obteve-se três salários mínimos e aproximadamente dois anos e meio de trabalho. Esses dados também foram verificados em outras pesquisas.^{10,11}

Tabela 2. Resultado da análise de tendências das diferentes aplicações do questionário para avaliação de conhecimentos em gerontologia, Botucatu, SP, 2013.

Questões	Domínios	Aplicação 1		Aplicação 2		Aplicação 3		p ¹	p ²	p ³
		N	%	N	%	N	%			
Q1	Cognitivo	37	44,58	54	70,15	48	57,14	<0,0001*	0,0150*	0,0445*
Q2	Físico	33	39,76	76	97,44	64	76,19	<0,0001*	<0,0001*	<0,0001*
Q3	Físico/psicológico	45	54,22	76	97,44	67	79,76	<0,0001*	0,0005*	0,0042*
Q4	Físico	42	50,60	77	98,72	78	92,86	<0,0001*	0,0816	<0,0001*
Q5	Psicológico	21	25,30	57	73,08	44	53,01	<0,0001*	0,0251*	0,0010*
Q6	Físico	72	86,75	77	98,72	78	92,86	<0,0129*	0,0999	0,3988
Q7	Social	16	19,28	61	78,21	34	40,48	<0,0001*	<0,0001*	0,0002*
Q8	Físico	44	53,01	74	94,87	57	67,86	0,5640	0,0009*	0,0246*
Q9	Físico/Cognitivo	56	67,47	71	91,03	61	72,62	<0,0001*	0,0045*	0,0694
Q10	Psicológico/social/Físico	8	9,64	23	29,49	23	27,38	0,1458	0,1420	0,7874
Q11	Psicológico	36	43,37	67	87,01	65	77,38	<0,0001*	0,0750	0,0290*
Q12	Cognitivo	56	67,47	77	98,72	64	76,19	<0,0001*	<0,0001*	0,4007
Q13	Psicológico	45	54,22	67	85,90	69	82,14	<0,0001*	0,5438	0,0004*
Q14	Físico	67	80,72	75	96,15	77	91,67	0,0064*	0,1892	0,0920
Q15	Psicológico/Social	63	75,90	74	94,87	80	95,24	0,0009*	0,6558	0,0014*
Q16	Psicológico	13	15,66	26	33,33	7	8,33	0,0138*	<0,0001*	0,0785
Q17	Social	13	15,66	62	79,49	29	34,52	<0,0001*	<0,0001*	0,2797
Q18	Físico	31	37,35	62	79,49	47	55,95	<0,0001*	0,0017*	0,0404*
Q19	Social	24	28,92	70	90,91	51	60,71	0,0658	0,2027	0,4583
Q20	Social	1	1,20	63	80,77	43	51,19	<0,0001*	0,0010*	<0,0001*
Q21	Social	53	63,86	76	97,44	69	82,14	<0,0001*	0,0015*	0,0077*
Q22	Social	5	6,02	68	87,18	45	53,57	<0,0001*	0,9237	<0,0001*
Q23	Psicológico	35	42,17	74	94,87	69	83,13	<0,0001*	0,0318*	<0,0001*
Q24	Psicológico	10	12,20	63	80,77	53	63,10	<0,0001*	0,0002*	<0,0001*
Q25	Social	20	24,10	75	96,15	62	73,81	<0,0001*	0,0004*	<0,0001*

* Nível descritivo significante em $\alpha \leq 0,05$. Legenda: P¹: valor p referente à tendência de acertos da 1ª aplicação para 2ª aplicação; P²: valor p referente à tendência de acertos da 2ª aplicação para 3ª aplicação; P³: valor p referente à tendência de acertos da 1ª aplicação para 3ª aplicação.

De acordo com dados sobre contato dos ACS com idosos, foi observado que a maioria deles possui um membro idoso na família e já morou ou ainda mora com alguma pessoa idosa. Também expuseram sempre ter contato com idosos, sendo este contato caracterizado como misto, ou seja, estabelecido na rotina de trabalho, bem como no âmbito familiar. Esses dados estão em consonância com os obtidos em estudo realizado por Ferreira & Ruiz, em que 53% dos ACS entrevistados moravam ou moraram com idosos.⁶ Nessa temática, a maioria dos agentes acredita possuir experiência para trabalhar com idosos, disseram ter adquirido experiência no cotidiano de trabalho e por educações gerontológicas oferecidas pelo SUS. Mais da metade deles afirmou já ter participado de alguma capacitação envolvendo o tema sobre idosos. Em outro estudo foi verificado que aproximadamente 45% dos agentes tiveram capacitação em saúde para idosos, contudo, foi observado maior índice de participações em capacitações envolvendo o tema idoso entre aqueles agentes que possuíam maior tempo de trabalho na função.⁶

A propósito de educação gerontológica destinada aos ACS, alguns dos dados obtidos neste estudo remetem à seguinte reflexão: embora a maioria dos agentes afirmasse ter participado de educação em

gerontologia, metade deles alegou ter adquirido experiência na atenção aos idosos, somente por meio do cotidiano de trabalho. Isto se torna preocupante, na medida em que a população de idosos aumenta exponencialmente na sociedade brasileira e os ACS não estejam ainda preparados para atender essa demanda. Segundo Fernandes et al.,¹² em estudo realizado em município paulista, 88% dos ACS da amostra não havia realizado curso na área de gerontologia, apesar de eles referirem bastante contato com idosos. Nesse estudo foi observado que os ACS demonstraram maior conhecimento prévio acerca do domínio físico, diagnosticado pela aplicação do questionário para avaliação de conhecimentos gerontológicos realizada no início do estudo.

Segundo Ferreira & Ruiz,⁶ o maior conhecimento de temas relacionados aos aspectos físicos do envelhecimento e da velhice, em detrimento de aspectos psicológicos, cognitivos e sociais, mostra que, apesar dos ACS estarem inseridos no contexto de vida dos usuários idosos nas unidades de saúde, é preponderante o conhecimento biológico sobre os idosos. Conforme Nunes et al.,¹³ os agentes comunitários, por fazerem parte da equipe de saúde, são levados a se identificar com certos conteúdos e práticas referentes à biomedicina. Pelo convívio com profissionais da saúde, os agentes acabam tendo maior acesso ao saber biomédico e o valorizando mais que o conhecimento popular. A busca de formação técnica confirma essa visão ilusória que com conhecimentos biomédicos estariam mais capacitados para resolver os problemas da comunidade.

Nesse sentido, a educação continuada e ou permanente para agentes comunitários deve munir os de conhecimentos diversos em torno da questão do processo de saúde-doença, incorporando, além da perspectiva biomédica, outros saberes que o habilitem na interação com as famílias e no reconhecimento de suas necessidades.¹³ A preocupação quanto à educação continuada em saúde destinada ao ACS é manifestada pelo próprio agente, como evidenciada no estudo realizado por Marzari et al.,¹⁴ em que um dos entrevistados relatou que “o que nos falta é embasamento teórico para informar a população”. Imediatamente após o desenvolvimento do programa de educação em gerontologia foi reaplicado o instrumento para avaliação de conhecimentos gerontológicos, sendo nesse momento verificado o alto índice de acertos em praticamente todas as questões que o compunham. Apesar de este resultado ser esperado, todavia possibilita a reflexão da importância de educação continuada com essa finalidade, aos agentes comunitários.

Segundo Ferreira & Ruiz,⁶ a capacitação prévia em envelhecimento, para ACS, esteve relacionada aos melhores resultados obtido com aplicação do mesmo questionário. E ainda conforme Neri & Jorge,¹⁵ em estudo realizado com alunos de educação física, pedagogia, enfermagem e medicina, mostrou que a aproximação teórica dos estudantes com temas sobre envelhecimento também produziu maior acerto ao questionário. No presente estudo, a falta de continuidade no desenvolvimento do programa de educação em gerontologia, que constou do total de cinco encontros, foi um dos determinantes para diminuição no nível de acertos ao questionário, entretanto, outros motivos poderiam estar associados como, por exemplo, ao baixo nível de escolaridade representado por 4,6% dos ACS. Tal fato reflete um limitante do estudo, como também a inaplicação do instrumento de avaliação em conhecimentos gerontológicos em outros períodos, bem como a impossibilidade de análise do impacto da educação gerontológica na assistência prestada pelos agentes aos idosos.

Entretanto, verificou-se que na terceira aplicação do questionário, ocorrida três meses após o desenvolvimento da educação gerontológica, obtiveram-se níveis de acerto maior, em todos os domínios, do que na primeira aplicação do mesmo, que ocorreu antes do programa. Exceto para a questão de número 16, que tratava do tema sobre emoção comparando-se jovens e idosos, enquadrada no domínio psicológico. Mediante esse fato, em estudo realizado por Cachioni,¹⁶ com aplicação do mesmo questionário em sua amostra, a autora pôde constatar menor nível de acertos demonstrado em questões de domínio psicológico e social. No presente estudo tal fato talvez possa ser explicado pela insistência dos agentes em assinalar a resposta que melhor condizia às experiências de trabalho com idosos.

Essa perspectiva, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps) enfoca a educação no serviço como o tipo de formação “mais apropriado para produzir as transformações nas práticas e nos contextos de trabalho, fortalecendo a reflexão na ação, o trabalho em equipe e a capacidade de gestão sobre os próprios processos locais”.¹⁷ Conforme Bachilli,¹⁸ a figura do agente comunitário de saúde surge das comunidades no contexto da atenção primária em saúde no Brasil, sem qualquer bagagem técnica para o pleno exercício de suas atividades, assumindo a importante função de interlocução entre equipe de saúde e comunidade local.

Assim, focar as competências na atuação junto ao idoso objetiva novos recortes do conhecimento e sua contextualização no processo social do envelhecimento e na prestação de serviços. Inclui a capacidade de atuação frente à imprevisibilidade e diversidade de situações, almeja o trabalho em equipe interdisciplinar e mobilização de conteúdos diversos buscando atuação integral ao nível do profissional de saúde, das estruturas organizacionais, dos arranjos políticos.¹⁹ Desta maneira, ressalta-se a necessidade de estudos futuros com enfoque nos agentes comunitários na perspectiva de promoção de educação continuada e/ou permanente em temas gerontológicos, visando à atenção ao idoso com qualidade.

Conclusão

Oferecer educação continuada em gerontologia, ou seja, temas específicos sobre envelhecimento e velhice, para agentes comunitários de saúde é necessário e funciona, visto que há lacunas em conhecimento gerontológico por esses profissionais. Uma vez providos de conhecimentos, os agentes podem reforçar seu papel mediante a equipe de saúde e população, dentre ela os idosos.

Referências

1. Lebrão ML, Duarte YAO. SABE- Saúde, Bem-Estar e envelhecimento - o projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003, p. 75-91.
2. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011;377(9781):1949-61. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60433-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60433-9)
3. Vecchia MD. A saúde mental no Programa da Saúde da Família: estudo sobre práticas e significações de uma equipe (Dissertação de mestrado). Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual São Paulo, Júlio de Mesquita Filho, Botucatu; 2006.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Guia Prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 69p [Acesso 13 Ago 2015]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/guia_pratico_saude_familia

5. Bezerra AFB, Espírito Santo ACG, Batista Filho M. Concepções e práticas do agente comunitário de saúde na atenção à saúde do idoso. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(5):809-15. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000500017>
6. Ferreira VM, Ruiz T. Atitudes e conhecimentos de agentes comunitários de saúde e suas relações com idosos. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(5):849-3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000500011>
7. Peduzzi M, Guerra DAD, Braga CP, Lucena FS, Silva, JAM. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de unidades básicas de saúde em São Paulo. *Interface Comun Saúde Educ*. 2009;13(30):121-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000300011>
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro, 2010. 125p [Acesso 13 Ago 2015]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/default_caracteristicas_religiao_deficiencia.shtml
9. Harris DK, Changas PS, Palmore EB. Palmore's first facts on aging quiz in a multiple-choice format. *Educ Gerontol*. 1996;22(6):575-89. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/0360127960220605>
10. Ferraz L, Aertz DRGC. O cotidiano do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Rev Ciência Saúde Coletiva*. 2005;10(2):347-55. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000200012>
11. Ursine BL, Trella CS, Nunes EFPA. O agente comunitário de saúde na estratégia saúde da família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2010;35(122):339-27. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572010000200015>
12. Fernandes HCL, Pavarini SCI, Barham EJ, Mendiondo MSZ, Luchesi BM. Envelhecimento e demência: o que sabem os agentes comunitários de saúde? *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(3):782-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300033>
13. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(6):1646-39. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000600018>
14. Marzari CK, Junges JR, Selli L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. *Rev Ciên Saúde Coletiva*. 2011;16(1):880-73. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700019>
15. Neri AL, Jorge MD. Atitudes e conhecimentos em relação à velhice em estudantes de graduação em educação e em saúde: subsídios ao planejamento curricular. *Estud Psicol*. 2006;23(2):127-37. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2006000200003>
16. Cachioni M. Quem educa os idosos?: um estudo sobre professores de Universidades da terceira idade. Campinas: Alínea; 2003. p.155-75.
17. Pedrosa IL, Lira GA, Oliveira B, Silva MS, Santos MB, Silva EA, et al. Uso de metodologias ativas na formação técnica do agente comunitário de saúde. *Trab Educ Saúde*. 2011;9(2):319-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462011000200009>
18. Bachilli RG, Scavassa AJ, Spiri WC. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(1):51-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000100010>
19. Motta LB, Aguiar AC. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(2): 363-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200012>

A informação na consulta presencial em Medicina Geral e Familiar: classificações segundo a ICPC-2 e anotações livres para a memória futura no SOAP

Information available in general practice/family medicine consultations: coding and annotations for future use

La información en la consulta médica presencial en Medicina General y Familiar: clasificaciones según ICPC-2 y apuntes libres para la memoria futura en el SOAP

Luiz Miguel Santiago. Administração Regional de Saúde do Centro, IP (ARSC). Coimbra, Portugal. Universidade da Beira Interior. Covilhã, Portugal. lmsantiago@netcabo.pt. (autor correspondente)

Rosa Carvalho. USF Topázio, ARSC do Centro. Coimbra, Portugal. rosa.moura.carvalho@gmail.com

Philippe Botas. USF Topázio, ARSC do Centro. Coimbra, Portugal. phbotas@gmail.com

Paula Miranda. USF Topázio, ARSC do Centro. Coimbra, Portugal. paula.ricardo.miranda@gmail.com

Catarina Matias. USF Topázio, ARSC do Centro. Coimbra, Portugal. catarinaismatias@gmail.com

Ana Rita Simões. USF Topázio, ARSC do Centro. Coimbra, Portugal. anaritasims@gmail.com

Carolina Pereira. USF Topázio, ARSC do Centro. Coimbra, Portugal. carolinaduarteperreira@gmail.com

Maria Glória Neto. USF Topázio, ARSC do Centro. Coimbra, Portugal. lola.neto@gmail.com

Resumo

Objetivos: assumindo a obrigatoriedade de classificação ICPC-2 em cada consulta, conhecer a informação, em consultas passadas pelo método de Weed-SOAP segundo o gênero e idade de quem consulta o médico (consultante ou paciente), caracterizando o nível de registo pelo método SOAP em Subjetivo (S) - classificação e anotações - em Objetivo (O) anotações sobre o estado do paciente, em Avaliação (A) da classificação e em Plano (P) da classificação e anotações. **Métodos:** estudo observacional, transversal em outubro de 2012, em amostra aleatorizada das consultas presenciais de dois médicos orientadores de internato de especialidade, em três meses sorteados do 1º semestre de 2012, e em quatro dias sorteados em cada mês, em amostra representativa com intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 6%. Utilizou-se estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** amostra de 318 consultas, n=149 (46,9%) no gênero masculino, n=61 (19,2%) no grupo etário <18 anos e n=194 (61,0%) no ≥18 e <65 anos, ns por grupos etários e gênero. Em S, há classificação em 98,7% e anotação em 47,2% das consultas; Em O, verificamos “As anotações demonstram o estado do paciente” em 66,0% e “As anotações são explícitas e entendíveis” em 79,9%; em A, 97,8% das consultas têm classificação; Em P, há classificação em 96,5% e anotações explicando o plano em 23,0% das consultas. Distribuição sem significado por grupo etário para as variáveis estudadas. É mais frequente haver no gênero feminino em S “As anotações são explícitas e entendíveis” e em P “Há classificação de procedimentos”. **Conclusão:** há campo para mais completa coleta da informação na consulta, permitindo, assim, melhor conhecimento de cada consulta e caso para o futuro.

Palavras-chave:

Referência e Consulta
Classificação Internacional
de Atenção Primária
Registros Médicos

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
6/2014 (ARSC) aprovado em
27/02/2014.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.

Recebido em: 20/10/2013.
Aprovado em: 04/08/2015.

Como citar: Santiago LM, Carvalho R, Botas P, Miranda P, Matias C, Simões AR, Pereira C, Glória Neto M. A informação na consulta presencial em Medicina Geral e Familiar: classificações segundo a ICPC-2 e anotações livres para a memória futura no SOAP. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(36)1-8. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(36\)840](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(36)840)

Abstract

Objectives: assuming the mandatoriness of ICPC2 classification in every consultation, the objective of this study was to ascertain the frequency of this type of classification in past consultations. This analysis was performed using the Weed-SOAP method, where Subjective (S) is measured by classifications and annotations, Objective (O) by annotations, Avaliation (A) by classification, and Plan (P) by classification and annotations. **Methods:** a cross-sectional observational study was performed in October 2012, with a 95% confidence interval and 6% error margin, on a representative random sample of consultations conducted on 4 random days of 3 random months of the first semester of 2012, and data were analyzed using descriptive and inferential statistics. **Results:** among the sample of 318 consultations, 149 (46.9%) were with male patients and 61 (19.2%) were aged under 18 years, while 194 (61.0%) were aged 18 or above but under 65 years, after sorting by age groups and gender. In terms of S, 98.7% of consultations had an ICPC-2 classification and 47.2% had an annotation; in terms of O, 66.0% had an annotation demonstrating the state of the patient and 79.9% were explicit; in terms of A, 97.8% had a classification; and in terms of P, 96.5% had a classification and 23.0% had an annotation explaining the plan. There was no statistically significant difference by age group for the studied variables. However, for gender, women had more “Clear and explicit” annotations in S, and “Classification of plan” instances in P. **Conclusion:** more complete recall of information in consultations is required in order to gain better knowledge about individual consultations and patients for future use.

Keywords:

Referral and Consultation
International Classification
of Primary Care
Medical Records

Resumen

Objetivos: asumiendo la obligatoriedad de clasificar con la ICPC-2 en cada consulta, conocer la información, en consultas tras-efectuadas pelo método Weed-SOAP según el género y edad de quien consulta al médico (los pacientes), caracterizando el nivel de registro por el método SOAP en Subjetivo (S) - clasificación y anotaciones - en Objetivo (O) apuntes sobre el estado del paciente, en Evaluación (A) de la clasificación y en Pleno (P) de la clasificación y apuntes. **Métodos:** estudio observacional, transversal en octubre del 2012, en muestra aleatoria de las consultas presenciales de dos médicos tutores de residencia de la especialidad, por tres meses sorteados del 1º semestre del 2012 y en cuatro días sorteados en cada mes, en muestra representativa con intervalo de seguridad del 95% y margen de error del 6%. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial. **Resultados:** muestra de 318 consultas, n=149 (46,9%) en el género masculino, n=61 (19,2%) en el grupo de edad <18 años y n=194 (61,0%) en el ≥18 y <65 años, ns por grupos de edad y género. En S, hay clasificación en el 98,7% y apuntes en el 47,2% de las consultas; En O, verificamos “Los apuntes demuestran el estado del paciente” en 66,0% y “Los apuntes son explícitos y comprensibles” en el 79,9%; en A, el 97,8% de las consultas tienen clasificación; En P, hay clasificación en el 96,5% y apuntes explicando el plan en el 23,0% de las consultas. Distribución sin significado por grupo de edad para las variables estudiadas. Es más frecuente haber en el género femenino en S “Los apuntes son explícitos y comprensibles” y en P “Hay clasificación de procedimientos”. **Conclusión:** hay campo para un recogido de informaciones más completo, permitiendo de esta manera, mejor conocimiento de cada consulta en el futuro.

Palabras clave:

Remisión y Consulta
Clasificación Internacional
de la Atención Primaria
Registros Médicos

Introdução

A informação do ocorrido em um contato entre médico e paciente deve ser guardada para memória futura quer na forma da escrita do ocorrido - a que chamaremos de anotações -, quer na forma de alocação de conhecimento alfa-numérico - a que chamaremos de classificação - quer numa simbiose entre as duas.

Em Portugal, segundo o Código Deontológico da ordem dos Médicos,¹ compete ao médico, artigo 68º ponto 2, a obrigação de segredo e segundo o artigo 69º ponto 5 “*A guarda, o arquivo e a superintendência nos processos clínicos dos doentes...*”. Já quanto ao âmbito do segredo profissional, o Código refere no artigo 77º, ponto 2 “*A ficha clínica do doente, que constitui a memória escrita do Médico, pertence a este e não àquele...*”. Segundo a Lei nº 46/2007 de 24 de Agosto,² “*A comunicação de dados de saúde é feita por intermédio de médico...*” o que implica a sua existência e devido exercício de zelo na sua elaboração, atualização e guarda e a Lei nº 12/2005 de 26 de Janeiro³ com o título “*Informação genética pessoal e informação de saúde*”, no seu artigo 2º, diz que “*Para os efeitos desta lei, a informação de saúde abrange todo o tipo de informação directa ou indirectamente ligada à saúde...*”, referindo o artigo 3º (Propriedade da informação de saúde) que “*1 - A informação de saúde, incluindo os dados clínicos registados, resultados de análises e outros exames subsidiários, intervenções e diagnósticos, é propriedade da pessoa...*”.

No ambiente da consulta de Medicina Geral e Familiar (MGF),⁴⁻⁹ o sistema de coleção de informação é realizado de uma forma sistemática segundo a organização de Subjetivo (S) - as queixas, sinais ou sintomas

do paciente ou as suas necessidades para o momento, ou seja, o lado psicossocial da consulta que pode ser também bio, Objetivo (O), em que se realiza o assentamento do colhido na consulta quer física quer psiquicamente, a Avaliação (A), o capítulo do diagnóstico que o médico realiza e o Plano ou Procedimento (P), conjunto de informação relativa ao que se realizou e se pede ou se solicita que o paciente faça.

Os registros na consulta poderiam ser realizados apenas com anotações. No entanto, a uniformização da informação levou à criação de sistemas de classificação com atribuição de códigos alfa-numéricos a entidades nosológicas (CID) reconhecendo, desde 2003, a OMS, a ICPC-2 como a melhor forma de codificar em MGF.¹⁰ Esta classificação permite não só codificar a doença que o médico diagnostica como também o motivo para a consulta e o conjunto de pedidos, de informação e de atos realizados para um paciente num contato médico-paciente. No capítulo do diagnóstico (A) ICPC-2 e CID 10 são emparelháveis.

Existe debate quanto à profundidade e à extensão em que a ICPC-2 deve ser utilizada em MGF,¹¹⁻¹⁴ por ser o próprio a realizar a classificação, ao contrário do ambiente hospitalar em que há uma comissão de classificação e quanto à classificação em S e em P pela eventual alteração que possa colocar no processo da consulta por o médico passar algum tempo a olhar para a tela de um computador, apesar de não se perceber qual a diferença entre olhar para a tela e olhar para uma folha de papel onde se escreve com caligrafia por vezes ilegível.

A consulta em MGF necessita boa percepção e eventual classificação, da agenda de problemas do doente, implica uma boa semiologia, exige correta classificação dos problemas diagnosticados e obriga ao conhecimento do plano desenhado, bem como dos procedimentos realizados num paciente.

Os campos S, A e P podem ser classificados para memória futura sobre o que aconteceu numa consulta. Este conhecimento, bem como as anotações porventura esclarecedoras da classificação, até por haver situações em que a classificação não cobre todas as queixas, é importante que seja reconhecido pelo médico, bem como por outros médicos que venham a ter contato posterior com o consulente. Mesmo o paciente, ao ter acesso aos seus dados, pode e deve perceber o que foi anotado pelo médico. De fato, quando questões legais possam surgir, só a boa informação registada poderá dirimir problemas ou dúvidas.

A este propósito, o Conselho Nacional de Ética Para as Ciências da Vida¹⁵ no seu “Parecer Sobre Informação de Saúde e Registos Informáticos de Saúde”, refere:

Que os dados de saúde, enquanto dados sensíveis referentes à intimidade da pessoa, são reservados e sujeitos a dever de confidencialidade” e que “em qualquer altura do seu relacionamento com as instituições de saúde ou com profissionais de saúde qualquer cidadão tenha direito, podendo fazê-lo por escrito, a que determinado dado clínico relativo a si próprio (desde que imposições legais baseadas em razões de Saúde Pública o não impeçam) seja considerado absolutamente reservado e, conseqüentemente, vedado a outros acessos para além do acesso pelo profissional a quem foi voluntariamente transmitido. Para tanto, o profissional ou a instituição de saúde deverá, no momento do registo, ou logo que tal se torne possível, dar conhecimento à pessoa desse direito.

Dada a presente organização de recolha de informação na consulta, é necessário perceber como tal recolha deve ser feita para se perceber do que se tratou numa consulta. A classificação pode ajudar a estudos científicos, pois padroniza. Já a anotação é importante, para se poder melhor perceber a agenda de problemas, ter a descrição do estado do consulente e perceber-se o que foi delineado e/ou acordado com o consulente.^{4,6,10}

Numa unidade de formação em pré e pós graduado em Medicina Geral e Familiar, na qual, por princípio, todos os campos do método Weed-SOAP devem ser classificados, surge a necessidade de realizar trabalho que permita saber a frequência, num ambiente de consultas efetuadas no passado e segundo o gênero dos pacientes e a sua idade da informação colocada no prontuário de registro clínico.

Objetivos

- Conhecer os registros em S através da classificação e/ou da explicitação das anotações;
- Conhecer as anotações em O percebendo se estas demonstram o estado do consulente e se são explícitas e entendíveis;
- Conhecer a informação em A pela classificação;
- Conhecer os registros em P para saber se há classificação de procedimentos e anotações que explicitem o plano.

Métodos

Estudo observacional, transversal analítico em amostra aleatorizada das consultas presenciais de dois médicos orientadores de internato de especialidade e de seus seis internos de especialidade em MGF. Por consulta presencial entende-se aquela em que o paciente esteve com o médico em consultório e, segundo o sistema português de taxas moderadoras, como tal faturada.

Dos primeiros seis meses de 2012, por sorteio sem reposição, foram selecionados três meses para estudo - fevereiro, abril e junho. Para cada mês, conhecido o número de consultas realizadas nesse mês pelo conjunto dos médicos em estudo, percebeu-se o número médio de consultas por dia. Foi calculado o tamanho da amostra de consultas a estudar para população finita, com um intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro de 6%, como sendo de 332 consultas. Foi então conseguido o número de dias a estudar para representação de tamanho amostral, tendo sido, por cada mês, sorteados sem reposição os quatro dias a estudar. No Quadro 1, são mostrados os valores que acima são referidos. O número de consultas e a sua elegibilidade em função dos critérios acima foram retirados do Sistema de Informação das Unidades de Saúde (SINUS).

A análise dos dados, sigilosos e pertencentes aos pacientes e da guarda dos médicos, foi realizada em outubro de 2012, sempre pelos mesmos observadores, que registraram em impresso próprio. A folha de recolha de dados não continha campos relativos nem ao dia nem ao médico cujo trabalho era estudado. Foram destruídos os papéis de sorteio e não houve, nunca, qualquer identificação dos consulentes cujas consultas foram estudadas. Foram considerados os seguintes grupos etários: <18 anos; ≥18 e <65 anos e ≥65 anos. Foi obtido parecer positivo da Comissão de Ética da ARSC, nº 6/2014, 27/02/2014.

Quadro 1. Explicitação do cálculo do tamanho da amostra de consultas a estudar.

Número de consultas presenciais	2383
Número efetivo de dias de consulta	59
Tamanho da amostra de consultas presenciais a estudar	332
Número médio de consultas presenciais por dia	22
Número de dias a estudar	12
Número de dias por mês	4

Foram estudadas a existência de classificação ICPC2 em S, A e P e a existência de anotações clínicas em S, O, A e P.

Foi utilizada estatística descritiva e não paramétrica pelo teste do χ^2 e de Kruskal-wallis, definindo-se diferença com significado para valor de $p < 0,05$.

Resultados

Segundo o Quadro 2, foi estudada uma amostra de 318 consultas, sendo $n=149$ (46,9%) no gênero masculino, $n=61$ (19,2%) ao grupo etário menor de 18 anos, $n=194$ (61,0%) ao grupo etário ≥ 18 e < 65 anos e $n=63$ (19,8%) ao grupo etário ≥ 65 anos, não havendo diferença significativa na distribuição de grupos etários por gênero.

No Quadro 3, mostramos a distribuição das variáveis medidas no global, sendo de destacar a elevada proporção com classificação realizada e as baixas frequências de anotações explicando códigos.

No Quadro 4, mostramos os resultados encontrados em função do gênero e do grupo etário, bem como a diferença estatística. Apenas se verificam diferenças significativas entre homem e mulher quanto a “As anotações são explícitas e entendíveis” em O e “Há classificação de procedimentos” em P que são mais frequentes no sexo feminino.

Discussão

Não sendo frequente em Portugal a necessidade de, em Tribunal ou outra instância, um médico ter de provar o que de fato realizou numa consulta, é, no entanto, frequente um médico verificar falta de informação suficiente para entender o que no passado ocorreu com um paciente seu. De fato, a memória do que aconteceu numa consulta é, por via da importância relativa atribuída a ir a uma consulta, mais

Quadro 2. Distribuição da amostra por gênero/grupo etário.

	Masculino(*) n (%)	Feminino(*) n (%)	Total n (%)
<18 anos	31 (20,8)	30 (17,8)	61 (19,2)
≥ 18 e < 65 anos	87 (58,4)	107 (63,3)	194 (61,0)
≥ 65 anos	31 (20,8)	32 (18,9)	63 (19,8)
Total	149 (100)	169 (100)	318 (100)

(*) $p=0,868$.

Quadro 3. As variáveis medidas para a constatação do ambiente de percepção da informação na consulta.

Capítulo	Variável	n (%)
S	Classificação	314 (98,7)
	A anotação explica classificação	150 (47,2)
O	As anotações demonstram o estado do consulente	210 (66,0)
	As anotações são explícitas e entendíveis	254 (79,9)
A	Há classificação(ões) que permita(m) pensar em diagnóstico	311 (97,8)
P	Há classificação de procedimentos/plano	307 (96,5)
	Há anotações que explicitem o plano	73 (23,0)

Quadro 4. Distribuição das variáveis em função do gênero e do grupo etário.

		Gênero		p	Grupo etário			p
		♂ n (%)	♀ n (%)		1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	
S	Há classificação do motivo de consulta	147 (98,7)	167 (98,8)	0,640	59 (96,7)	192 (99,0)	63 (100)	0,237
	A anotação é explícita	71 (47,7)	79 (46,7)	0,480	23 (37,7)	102 (52,6)	25 (47,2)	0,053
O	As anotações demonstram o estado do paciente	95 (63,8)	115 (68,0)	0,246	33 (54,1)	131 (67,5)	46 (73,0)	0,067
	As anotações são explícitas e entendíveis	110 (73,8)	144 (85,2)	0,008	47 (77,0)	157 (80,9)	50 (79,4)	0,800
A	Há classificação de diagnóstico	145 (97,3)	166 (98,2)	0,431	60 (98,4)	189 (97,4)	62 (98,4)	0,850
P	Há classificação de procedimentos	139 (93,3)	168 (99,4)	0,003	60 (98,4)	187 (96,4)	60 (95,2)	0,627
	Há anotações explícitas de plano e procedimentos	37 (24,8)	36 (21,3)	0,270	15 (24,6)	49 (25,3)	9 (14,3)	0,188

Nota: Grupo etário: 1: <18 anos; 2: ≥18 e <65 anos; 3: ≥65 anos.

marcada para o paciente que para o médico. E se este não tiver o cuidado de anotar ao menos os tópicos do que colheu, informou, planejou e aconselhou a um paciente, poder-lhe-á acontecer a confrontação futura, por um colega, por um paciente, ou por si mesmo, sobre o que terá acontecido.¹¹

Esse é o fulcro do trabalho presente em que, através de uma lógica meramente quantitativa de verificação da existência de informação em consultas passadas, se procura perceber a frequência da informação que definimos como importante segundo as premissas do método Weed-SOAP.^{8,9}

Metodologicamente, as questões éticas de reserva de confidencialidade foram devidamente acauteladas, ao serem os médicos de cada ficheiro a verificar a informação e ao não serem conhecidos os dias de consulta estudados, por as folhas de sorteio terem sido destruídas. As questões de deontologia foram também acauteladas ao serem os próprios a estudar o seu desempenho, assim querendo, com este seu trabalho, aprender e melhorar.

Como viés, podemos considerar o de interpretação do próprio trabalho, ao ser a informação de “A anotação explica classificação”, “As anotações demonstram o estado do consulente”, “As anotações são explícitas e entendíveis” e “Há anotações que explicitem o plano” criticamente revista por um médico para as consultas efetuadas por vários médicos em cada um dos dois arquivos. Como limitação do estudo, podemos encontrar o fato de a amostra ser de tamanho ligeiramente inferior ao calculado (318 em 332), o que poderemos explicar, apenas, por questão de particularidades dos dias examinados.

Uma pesquisa efetuada no Índice de Revistas Médicas Portuguesas *on-line* em 20 de outubro de 2012 não mostrou qualquer artigo nesta área quando pesquisamos pelas palavras-chave, informação e/ou classificação e/ou anotação na área da MGF ou noutra área médica.

Assim, os resultados presentes devem ser lidos com a máxima cautela.

A avaliação realizada foi apenas a da existência ou não de informação e não da sua qualidade. Da mesma forma, este trabalho não deve ser lido como de avaliação de qualidade.

Este trabalho deve ser entendido como o início da descoberta de uma “lista de verificação positiva” para que, numa consulta, se realizem, pelo menos e sistematicamente, as atividades condizentes para que no futuro esteja disponível a informação necessária para que o médico, outros médicos e o paciente percebam o que se passou num contato médico-paciente.

Dado o já longo tempo de trabalho em MGF de alguns dos autores, os presentes pontos de análise foram pensados como os de mais relevante reflexão para cada capítulo do método de coleta e organização da informação.

Partindo da premissa de que todas as consultas devem ter classificação, neste trabalho podemos verificar que a classificação pela ICPC-2 está presente na quase totalidade das consultas efetuadas no ambiente do Sistema de Apoio ao Médico (SAM) (o programa de informática que utilizamos) e utilizando o método de Weed-SOAP nos campos S, A e P. Já as anotações aparecem em menor frequência.

De fato, só há anotações explicativas de classificação em S em 47,8% das consultas, sendo este capítulo da maior importância para o conhecimento da agenda dos problemas levados pelo paciente para o contato com o médico. Como explicação para este fenômeno, podemos apenas pensar que os médicos preferem classificar a anotar, devendo para o futuro haver o cuidado de anotar, pois uma classificação nem sempre consegue explicitar bem uma queixa.

Já quanto ao campo O, “As anotações demonstram o estado do consulente” surgem em 66,9% das consultas que têm classificação em S e “As anotações são explícitas e entendíveis” surgem em 80,9% das consultas. Estes resultados são interessantes na ótica da explicação do estado do paciente. Os registros da semiologia foram enquadrados na lógica da explicitação e compreensibilidade. Não conseguimos demonstrar as razões pelas quais não estão sistematicamente realizados.

Em P “Há anotações que explicitem o plano” apenas em 36,90%. Tal parece ser claramente uma insuficiência, pois em MGF muita informação é passada ao paciente, muitas propostas são realizadas e muitos contratos terapêuticos são estabelecidos com alvos definidos a atingir.

Para as diferenças entre gêneros, não podemos encontrar qualquer explicação. Pelos grupos etários considerados e apesar de não haver diferenças significativas, sempre salientamos que é nos mais jovens que há mais anotações quanto ao plano a seguir, o que será eventualmente devido à transmissão de conselhos às mães em consultas de saúde infantil.

É possível que haja excessivo enfoque na classificação perdendo-se eventual qualidade de informação linguística e semiológica sobre o motivo e consulta, sobre avaliação e sobre o plano.¹¹⁻¹⁴

Conclusões

Numa análise e 318 consultas, verifica-se:

Em S, 98,7% das consultas tiveram classificação e há anotações explicativas de classificação em 47,8%.

Em O, em 66,0% das consultas as anotações demonstram o estado do consulente e em 79,9% as anotações são explícitas e inteligíveis.

Em A, há classificação(ões) que permita(m) pensar em diagnóstico em 97,8% das consultas;

Em P, há classificação de procedimentos ou plano em 96,5% das consultas e há anotações que explicitem o plano em 23,0%.

Parece haver campo para uma mais completa coleta da informação na consulta, sendo este trabalho um alerta a todos para a importância de uma boa e adequada mistura de classificação e anotações a realizar em cada consulta em todos os campos do método de Weed-SOAP para que, em plenitude se possa perceber e comparar toda a informação na consulta.

Referências

1. Ordem dos Médicos. Código Deontológico [Internet]. Lisboa: OM; c2006-2009 [acesso em 2012 Out 26]. Disponível em: <https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=9c838d2e45b2ad1094d42f4ef36764f6&id=cc42acc8ce334185e0193753adb6cb77> Portuguese
2. Decreto-Lei n.º 46/2007 (PT). Diário da República, 1.ª série - N.º 163 - 24 de Agosto de 2007 [acesso em 2012 Oct 27]. Disponível em: http://dgarq.gov.pt/files/2008/09/46_2007.pdf no seu artigo Artigo 7.º
3. Decreto-Lei n.º 12/2005 (PT). Diário da República, 1.ª série - N.º 18 - 26 de Janeiro de 2005 [acesso em 2012 Out 26]. Disponível em: <http://www.cnpd.pt/bin/legis/nacional/Lei12-2005.pdf>
4. Ramos V. A consulta em 7 passos. A consulta: pilar central da medicina geral e familiar. Lisboa: VFBM Comunicação; 2008.
5. Caeiro R. Registros clínicos em medicina familiar. Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul; 1991.
6. Queiroz MJ. SOAP Revisitado. *Rev Port Clin Geral*. 2009;25(2):221-7.
7. Rodrigues JG. Por que consultam os utentes o seu médico de família? *Rev Port Clin Geral* 2000;16(4):442-52.
8. Weed LL. Medical records that guide and teach. *N Engl J Med*. 1968;278(11):593-600. DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM196803142781105>
9. Weed LL. Medical records that guide and teach. *N Engl J Med*. 1968;278(12):652-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM196803212781204>
10. Comissão de Classificações da Organização Mundial de Ordens Nacionais, Academias e Associações Académicas de Clínicos Gerais/Médicos de Família. Classificação Internacional de Cuidados Primários. 2a ed. Comissão de Classificações da WONCA; 2011 [acesso em 2012 Oct 26]. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/apmcg_ICPC%20v%201.7.pdf
11. Braga R. Os registos clínicos e a codificação. *Rev Port Med Geral Fam*. 2012;28(3):155-6.
12. Pinto D, Corte-Real S. Codificação com a classificação internacional de cuidados primários (ICPC) por internos de medicina geral e familiar. *Rev Port Clin Geral Fam*. 2010;26(4):370-82.
13. Melo M. O uso da ICPC nos registos clínicos em medicina geral e familiar. *Rev Port Med Geral Fam*. 2012;28(4):245-6
14. Pinto D. Classificar motivos de consulta e procedimentos com a ICPC na prática clínica? *Rev Port Med Geral Fam*. 2012;28(4):247-8.
15. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Parecer sobre informação de saúde e registos informáticos de saúde. Portugal: 2011 [acesso em 2012 Out 15]. Disponível em: http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1318269169_CNECV%20P_60_2011%2010.10.11.pdf

Accuracy of weighing infants with the diaper on in primary health care

Acurácia da pesagem de lactentes com a fralda na atenção primária à saúde

Exactitud del pesaje del niño pequeño con el pañal en la atención primaria de salud

Leonardo Ferreira Fontenelle. Santa Casa de Misericórdia School of Medicine (EMESCAM). Vitória, ES, Brasil. leonardof@leonardof.med.br
(Corresponding author)

Marcelo Alves Ribeiro. Santa Casa de Misericórdia School of Medicine (EMESCAM). Vitória, ES, Brasil. ribeiro.alvesmar@bol.com.br

Rafael de Almeida Lecco. Santa Casa de Misericórdia School of Medicine (EMESCAM). Vitória, ES, Brasil. rafaellecco@hotmail.com

Tatiana Feltmann Alves. Cassiano Antonio Moraes Hospital (HUCAM), Federal University of Espírito Santo (UFES). Vitória, ES, Brasil. tatiefeltmann@yahoo.com

Abstract

Objective: to estimate the bias introduced by weighing infants with the diaper on in primary health care. **Methods:** we enrolled infants who were about to be weighed at a primary care center and weighed each infant twice - once without the diaper and once with the diaper on - after the scale had been tared with a dry diaper. The bias was calculated, as the percentage difference in weight, by first subtracting the no-diaper weight from the diaper-on weight and then dividing the result by the no-diaper weight. **Results:** we enrolled 30 infants from July 23 to August 1, 2013. Most infants were present for a scheduled medical doctor's visit, and their diapers had been changed less than 45 minutes before. The mean percentage difference in weight was 0.3% (95% confidence interval, 0.2% to 0.5%). **Conclusion:** we found a substantial agreement between the two weighing techniques. The bias (that is, loss of accuracy) introduced by weighing infants with the diaper on compared favorably with the precision of the standard technique and the physiological variability of the infants' weights. Our findings suggest that weighing infants with the diaper on may be a valid technique for the cross-sectional assessment of the nutritional status in primary health care settings. However, further research is needed before it is used for the longitudinal assessment of the weight velocity.

Keywords:

Validity of Tests
Body Weight
Infant
Primary Health Care
Child Health Services

Resumo

Objetivo: estimar o viés introduzido pela pesagem de lactentes com fralda na atenção primária à saúde. **Métodos:** recrutamos lactentes que estavam para ser pesados numa unidade básica de saúde e pesamos cada lactente duas vezes: uma sem fralda, e outra com fralda, depois de a balança ter sido tarada com uma fralda seca. O viés foi calculado como a diferença percentual de peso, subtraindo o peso sem fralda do peso com fralda, e então dividindo o resultado pelo peso sem fralda. **Resultados:** recrutamos 30 lactentes entre os dias 23 de julho e 1º de agosto de 2013. A maioria estava lá para uma consulta médica agendada, e tinha tido sua fralda trocada havia menos de 45 minutos. A diferença percentual de peso média foi 0,3% (intervalo de confiança de 95%, 0,2% a 0,5%). **Conclusão:** houve concordância substancial entre as duas técnicas de pesagem. O viés (isto é, perda de acurácia) introduzido pela pesagem de lactentes com a fralda se compara favoravelmente à precisão da técnica padrão e à variabilidade fisiológica do peso dos lactentes. Pesagem de lactentes com a fralda parece ser uma técnica válida para a avaliação transversal do estado nutricional na atenção primária à saúde, apesar de mais pesquisa ser necessária antes de ela ser usada para a avaliação longitudinal da velocidade de ganho de peso.

Palavras-chave:

Validade dos Testes
Peso Corporal
Lactente
Atenção Primária à Saúde
Serviços de Saúde da Criança

Cite as: Fontenelle LF, Ribeiro MA, Lecco RA, Alves TF. Accuracy of weighing infants with the diaper on in primary health care. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(36):1-8.
[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(36\)978](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(36)978)

Funding:

none declared.

Ethical approval:

EMESCAM, 231.202, 03/26/2013.

Competing interests:

none declared.

Provenance and peer review:

externally reviewed.

Received: 07/22/2014.

Accepted: 08/06/2015.

Resumen

Objetivo: estimar el sesgo introducido por el pesaje de niños pequeños con el pañal en la atención primaria de salud. **Métodos:** se incluyó a los niños pequeños que estaban a punto de ser pesados en un centro de salud, y se pesó cada niño dos veces: una vez sin pañal, y una vez con pañal, después de que la balanza había sido tarada con el pañal seco. El sesgo se calculó como la diferencia porcentual de peso, restando el peso sin pañal del peso con pañal y luego dividiendo el resultado por el peso sin pañal. **Resultados:** fueron seleccionados 30 niños pequeños entre el 23 de julio y el 1 de agosto del 2013. La mayoría estaba allí para una visita médica programada, y habían tenido el pañal cambiado a menos de 45 minutos antes. La diferencia porcentual de peso media fue del 0,3% (intervalo de confianza del 95%, 0,2% hasta 0,5%). **Conclusión:** existe un acuerdo sustancial entre las dos técnicas de pesaje. El sesgo (es decir, pérdida de exactitud) introducido por el pesaje de niños pequeños con el pañal se compara favorablemente con la precisión de la técnica estándar y la variación fisiológica del peso de los niños pequeños. Pesar niños pequeños con el pañal parece ser una técnica válida para la evaluación transversal del estado nutricional en la atención primaria de salud, aunque se necesite más investigación antes de que ella sea utilizada para la evaluación longitudinal de la velocidad de peso.

Palabras clave:

Validez de las Pruebas
Peso Corporal
Lactante
Atención Primaria de Salud
Servicios de Salud del Niño

Introduction

Because growth curves were constructed by weighing infants without any clothes,^{1,2} it is usually recommended that the diaper is removed before weighing infants.³⁻⁶ Nevertheless, in busy primary care centers infants are often weighted with their diaper on, and then the weight of the diaper is discounted. This is supported by a World Health Organization (WHO) manual from 1995, which recommends that the infant is weighed “with or without a diaper... If a diaper is worn, its weight is subtracted from the observed weight”,¹ based on an anthropometric standardization manual.⁷

Even if the weight of a dry diaper is discounted, urine contained in the diaper should bias the weighing upward. However, no study ever measured that bias (that is, loss of accuracy) in the context of ambulatory child health care. Our objective in this study was to estimate the bias due to weighing infants with the diaper on in primary health care.

Methods

Participants

We estimated the bias due to weighing infants with the diaper on by means of the lack of agreement between two weighings: one with the diaper on (after taring the scale with a dry diaper identical to that used by the infant) and another, without a diaper. We included children aged under 24 months who were already going to be weighed in a primary care center. We included infants only if they had a dry diaper for taring the scale, and excluded those who urinated or passed stools between the two weighings.

The infants were enrolled in a primary care center that implements the Family Health Strategy (ESF - *Estratégia Saúde da Família*) in the city of Vitória (Espírito Santo state, Brazil). As in other ESF primary care centers, physicians and nurses from ESF perform scheduled and urgent (same-day) assistance to people of all ages, including infants. The chosen primary care center usually has a pediatrician, but she was in vacation when the data were collected. Other professionals also serve infants (dentists, a social worker, a psychologist, speech therapists), but their visits are not preceded by weighing. All families enrolled in the cited primary care center live within a thousand meters away, mostly without any geographical barriers on their way.

Measures

The infants were weighed on a digital scale that belongs to the primary care center, model 109-E (Welmy), with 5g accuracy, which calibration is monthly verified by the Municipal Health Secretariat. One of the authors (LFF), a family and community physician experienced in providing primary health care, had especially trained two other authors (MAR and RAL), medical students, for data collection.

One of the authors (MAR) addressed the infants' parents (or guardians) at the time they were going to be weighed. He then obtained written informed consent, and collected through interview data about the infants (gender, date of birth, gestational age at birth) and context (time elapsed since latest diaper change; if weighing was to be followed by an visit; if it was urgent; and which professional would be consulted). If the parent/guardian wasn't sure about an answer, data was checked in the child health record. (This booklet is distributed by the Ministry of Health to all newborns, and health professionals write down information about birth, growth, development and vaccination.) Afterward, another author (RAL) weighed the infants with standardized technique.⁷

Both weighings were performed immediately one after the other, with the same scale. To prevent that a possible systematic difference between the first and second weighings would bias the measure of interest, some infants were first weighed without a diaper and then with the diaper on (after the scale was tared to the weight of the dry diaper) and others were weighed inversely. The weighing order was determined by a random computer-generated sequence.

Considering that an agitated infant might have various "stable" weights, we adopted a technique to minimize the arbitrariness in the weight choice. During the weighing, one of the authors (RAL) was positioned so that he could not read the weight on the digital display, and when he thought the infant was quiet enough, he warned the colleague (MAR), who then had to write down the first value which was accompanied by the stability indicator light.

Temperature and humidity in the city were obtained by the hourly monitoring of a web page (<http://www.redemet.aer.mil.br>), maintained by the Brazilian Air Force Meteorology Network Command. Our protocol included the description of both variables for the period of data collection as a whole. However, considering the little time between changing the diaper and weighing, we chose to include among the variables for each infant the latest values of temperature and humidity.

Statistical analysis

We calculated the bias as the lack of agreement, that is, as the percentage difference between the weight with the diaper on (discounting the dry diaper) and the weight without a diaper:

$$\text{difference} = \frac{(\text{weight with diaper} - \text{weight without diaper})}{\text{weight without diaper}} \quad (1)$$

Considering a urine output of 3.4ml/kg/h (standard deviation: 1.3ml/kg/h),⁸ time since the last diaper change varying uniformly between 15 minutes and 3 hours, and a further imprecision in weighing expressed by a mean difference of 2.35g (standard deviation: 4.62g)⁹ for infants who weighed 3,500g, we estimated that 9 infants would be enough to achieve 95% power to reject the null hypothesis of no difference in weight

between infants with and without diaper, with α of 0.05. Even so, we chose a sample size of 30 infants, to ensure that the sampling error of the mean would have a normal distribution, as well as to provide greater statistical power for the association analysis.

We inspected the distribution of the percentage difference in weight around its mean through a scatter plot of the percentage difference in weight *versus* the mean of the two weighings. Since the distribution was asymmetrical, we used the 2.5 and 97.5 percentiles to estimate the 95% concordance interval between the weighings, namely, the range containing the percentage difference in weight for 95% of infants.¹⁰

We used the same scatter plot to assess the assumption that the percentage difference in weight does not depend on the weight of the infant.^{10,11} We used the Pearson correlation test to assess the same assumption, and also the assumptions that the percentage difference in weight was not associated with the order of the infant within the sample, or to their weighing order (with or without a diaper).

We estimated the hourly increase in the percentage difference in weight by simple linear regression, fixing the intercept at zero to avoid dilution bias due to the imprecision in the parent's report of the time elapsed since the last diaper change. We also used simple linear regression to explore for associations between the percentage difference in weight and the infant's age (corrected for preterm birth, when appropriate) or gender; reason for weighing (which could be associated with different times elapsed since the last diaper change); and weather conditions (which could interfere with insensible water loss and thus with urine output).

We would handle missing data by using only complete cases, but there was no missing data point.

In order to analyze the data we used the standard components of the statistical computing environment R, version 3.0.1 (R Core Team, Vienna, Austria).

The research was approved by the EMESCAM Research Ethics Committee (Certificate of Presentation for Ethical Consideration n^o 11608613.9.0000.5065), and authorized by the Municipal Secretariat of Health of Vitória. After the conclusion of the research, the authors presented preliminary research results for the infants' families.

Results

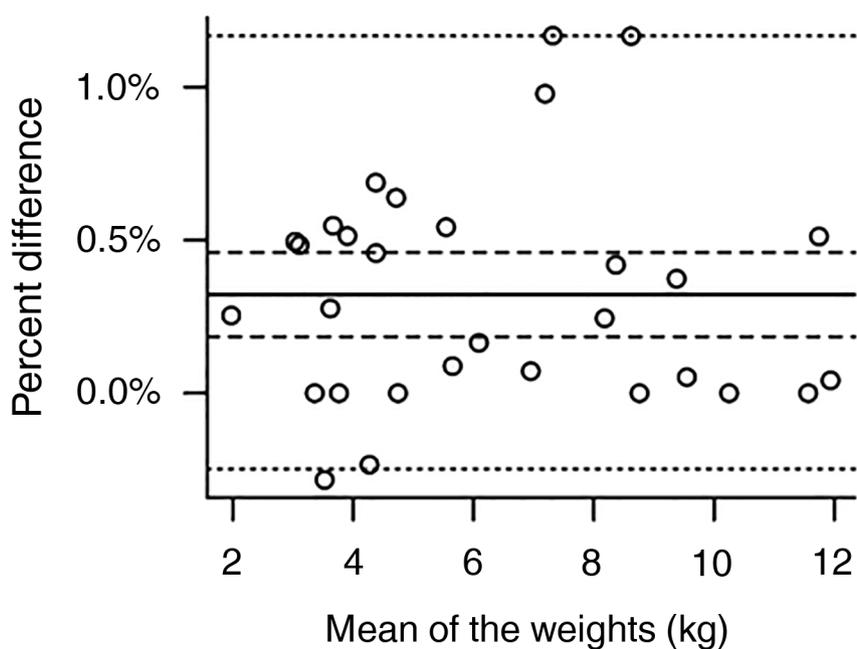
Enrollment took place on weekdays between July 23 and August 1st, 2013. Although we were not able to enroll strictly consecutive infants, we did invite most infants weighed in the primary care center during the period, from all the opening hours (7 am to 8 pm). From the 37 infants whose parents or guardians we approached, one refused to participate in the study; five did not carry a dry diaper; none urinated or passed a stool between weighings; and one was more agitated and had to be released without being weighed twice to avoid delaying the visit. At the end, the sample consisted of 30 infants (81% of those invited). There were no adverse events related to weighing with the diaper on.

The infants had a mean corrected age of 4.3 months, and little more than half were male (Table 1). Most infants were being weighed because of a subsequent scheduled medical doctor's visit at the primary care center. Mean time since last diaper change was 36 minutes (range 5min to 2h). Mean temperature was 26° C (range, 21° C to 29° C), and mean relative humidity was 67% (range, 33% to 83%).

The mean percentage difference in weight was 0.3% (95% confidence interval [CI], 0.2% to 0.5%, $p < 0.01$) (Graph 1). The percentage difference had an asymmetric distribution, with a median of 0.3% and a 95% concordance interval from -0.2% to 1.2%.

Table 1. Sample description

Characteristic	N (%)
Gender	
Male	17 (57%)
Corrected age (months)	
0	9 (30%)
1 - 2	9 (30%)
3 - 5	3 (10%)
6 - 11	6 (20%)
12 - 23	3 (10%)
Weighing is for a subsequent visit	
Yes	28 (93%)
Whose visit?	
Doctor's	25 (89%)
Nurse's	3 (11%)
Visit is for an urgent problem	
Yes	2 (7%)
Time since last diaper change	
5 or 10m	9 (30%)
20min	7 (23%)
30min or 35min	7 (23%)
40min or 1h	2 (7%)
1½ h or 2h	5 (17%)



Graph 1. Bland & Altman scatter plot for the agreement between the diaper-on weight (discounting the weight of a dry diaper) and the weight without a diaper. Solid line indicates mean percentage difference, dashed lines indicate 95% confidence interval for this mean, and dotted lines indicate 95% concordance interval.

The percentage difference in weight was not associated either with the infant weight (Graph 1; $p=0.95$), or with his/her position in the sequence of the sample ($p=0.26$), or with which weighing had been done first (with or without diaper; $p=0.06$).

For every hour elapsed since the diaper had been changed, the infants' percentage difference in weight increased by 0.37 percentage points (95% CI, 0.20 to 0.54; $p<0.001$).

Percentage difference in weight was not associated with gender ($p=0.68$) or age ($p=0.39$); it was not associated with whether the infant was being weighed for a visit ($p=0.27$), whether the visit was for an urgent problem ($p=0.78$) or whether if the visit was a doctor's or a nurse's visit ($p=0.71$); and it was not associated with temperature ($p=0.50$) or humidity ($p=0.48$).

Discussion

In the context of primary health care, weighing infants with their diaper on introduces a bias of +0.3%, even after taring the scale with a dry diaper identical to the one used by the infant. This would mean, for instance, a difference of 10g in an infant weighing 3,000g.

This bias is zero when the diaper has just been changed, and increases 0.37 percentage points with every hour, which is compatible with a previously reported urine output of 3.4ml/kg/h.⁸

There are no consensual limits that we are aware of for how much bias is acceptable in weighing infants for clinical purposes. Understanding the bias as a loss of accuracy, we may assess its magnitude by comparing it with the degree of reliability of weighing infants without a diaper. The lack of reliability can be divided into two components: imprecision of the measurement technique and physiological variability of what is being measured.¹²

We can assume that measurement imprecision was an important component of the variability we found in the percentage difference in weight. Among 30 infants, 6 had a difference of zero (including one with 2 hours since latest diaper change) and 2 other infants had a negative difference between the weight with the diaper on and the weight without it. Unfortunately, we were not able to directly estimate the weighing precision because in that busy primary care center it was not feasible to weigh each infant four times (two with the diaper on, and two without it). On the other hand, the WHO Multicenter Growth Reference Study provides a more direct estimate of the measurement imprecision in the weighing of infants. In that study, 4.0% of the newborn weighings and 6.8% of the weighings in the longitudinal component of the study had to be repeated due to a difference between examiners that was greater than 100g.² In comparison, in our study only 1 (3%) infant had a difference of 100g between the weighing techniques, and none had any greater difference. This suggests that the loss of accuracy due to weighing the infant with the diaper on is not larger than the imprecision of the standard weighing technique.

We can also compare the loss of accuracy due to weighing the infant with the diaper on with the physiological variability of the infants weight. Although meals and bowel movements are sources of variability of weight, no anthropometry manual recommends weighing infants at a specific time in relation to them. In exclusively breastfed infants aged 4-26 weeks, each meal has a mean weight of 101g,¹³ which is much more than the mean difference in weight of 30g we found in the same age group between the weighing techniques. Furthermore, infants from Myanmar aged 12-23 months have stools with a mean weight of

Table 2. Comparison between variability due to bowel movements and bias due to urine in the diaper, when weighing infants.

Age group	Mean weight (interval) of feces ¹⁵	Mean weight (interval) of urine in the diaper ^a
1 week	4g (0 to 48)	5g ^b
2 to 4 weeks	11g (0 to 40)	9g (-10 to 20)
1 to 12 months	17g (2 to 98)	25g (-10 to 100)
13 to 24 months	35g (4 to 180)	22g (0 to 60)

^a Difference between weighing the infant with the diaper on (after taring the scale with a dry diaper) and without the diaper; data from this study ^b Sample consisted of a single infant.

83g,¹⁴ which again is much more than the mean difference in weight of 22g we found in the same age group between the weighing techniques. Finally, infants from the United Kingdom have stools with mean weights¹⁵ similar to the mean differences in weight we found for each age group (Table 2). In summary, the loss of accuracy due to weighing infants with the diaper on is not larger than the physiological variability of the infants weight.

Our estimates should only be generalized to settings where infants arrive for weighing up to about 2 hours after their diaper had been changed. We believe this description fits most primary care centers, but not necessarily other infant health services. Furthermore, one should be careful when generalizing these results to places with significantly different weather conditions. The effect of weather conditions was a secondary measure in our study, and the apparent lack of association might be due to low statistical power.

We realize that, in clinical practice, it would be much easier to simply discount a previously estimated diaper weight, instead of taring the scale with a dry diaper as we did. In our study, we decided to tare the scale for every infant because we could not depend on knowing the manufacturer and exact model for each infant's diaper, and the scale was not meant for weighing single diapers by themselves. If the conclusions of this study are ever translated into clinical practice, the actual bias will depend on how accurately the diaper weight was estimated.

Finally, it is important to underline that this study relates to single episodes of weighing, not to the estimation of weight velocity, which is an integral component of the longitudinal assessment of the nutritional status.

Conclusion

This study has confirmed that weighing infants with the diaper on in primary health care leads to bias, that is, reduces the accuracy in weighing, even if the weight of the dry diaper is carefully subtracted. However, this loss of accuracy is small if we take into consideration the imprecision of the standard weighing technique and the physiological variability resultant from the infants' meals and bowel movements. Weighing infants with the diaper on seems to be a valid technique for the cross-sectional assessment of the nutritional status in primary health care, even though more research is needed before it is used for the longitudinal assessment of the weight velocity.

Acknowledgments

The authors would like acknowledge Municipal Health Secretariat of Vitória for allowing us to use their pediatric scale.

References

1. WHO Expert committee on physical status: the use and Interpretation of Anthropometry. Annex 2. In: Physical status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO Expert Committee. Geneva: World Health Organization; 1995. p.424-38.
2. de Onis M, Onyango AW, Van den Broeck J, Chumlea WC, Martorell R. Measurement and standardization protocols for anthropometry used in the construction of a new international growth reference. *Food Nutr Bull.* 2004;25(1 Suppl):S27-36.
3. Sucupira ACSL, Zuccolotto SMC. Semiologia da criança normal. In: Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA, Okay Y, eds. *Pediatria básica: Tomo1: pediatria geral e neonatal.* 9a ed. São Paulo: Sarvier; 2002. p.148-57.
4. Aerts DRG de C, Giugliani ERJ. Vigilância do estado nutricional da criança. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, eds. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.* 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.180-9.
5. Lopes LA, Weffort VRS, Patin RV, Dantas Filho S, Palma D. Avaliação do estado nutricional. In: Lopez FA, Campos Júnior D, eds. *Tratado de pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria.* Barueri: Manole; 2010. p.1605-22.
6. Keane V. Assessment of growth. In: Kliegman R, Stanton BF, Schor NF, Geme III JWS, Behrman RE, eds. *Nelson textbook of pediatrics.* Philadelphia: Elsevier/Saunders; 2011. p.39. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-1-4377-0755-7.00013-0>
7. Gordon CC, Chumlea WC, Roche AF. Stature, Recumbent Length, and Weight. In: Lohman TG, Roche AF, Martorell R, eds. *Anthropometric standardization reference manual.* Champaign: Human Kinetics Books; 1988. p.3-8.
8. Brown KH, Creed de Kanashiro H, del Aguila R, Lopez de Romana G, Black RE. Milk consumption and hydration status of exclusively breast-fed infants in a warm climate. *J Pediatr.* 1986;108(5 Pt 1):677-80. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3476\(86\)81040-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3476(86)81040-X)
9. Johnson TS, Engstrom JL, Gelhar DK. Intra- and interexaminer reliability of anthropometric measurements of term infants. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 1997;24(5):497-505. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00005176-199705000-00001>
10. Bland JM, Altman DG. Measuring agreement in method comparison studies. *Stat Methods Med Res.* 1999;8(2):135-60. doi: 10.1177/096228029900800204
11. Bland JM, Altman DG. Comparing methods of measurement: why plotting difference against standard method is misleading. *Lancet.* 1995;346(8982):1085-7. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(95\)91748-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(95)91748-9)
12. Mueller WH, Martorell R. Reliability and accuracy of measurement. In: Lohman TG, Roche AF, Martorell R, eds. *Anthropometric standardization reference manual.* Champaign: Human Kinetics Books; 1988. p.83-6.
13. Kent JC, Mitoulas LR, Cregan MD, Ramsay DT, Doherty DA, Hartmann PE. Volume and frequency of breastfeedings and fat content of breast milk throughout the day. *Pediatrics.* 2006;117(3):e387-95. DOI: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2005-1417>
14. Myo-Khin, Thein-Win-Nyunt, Kyaw-Hla S, Thein-Thein-Myint, Bolin TD. A prospective study on defecation frequency, stool weight, and consistency. *Arch Dis Child.* 1994;71(4):311-3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/adc.71.4.311>
15. Lemoh JN, Brooke OG. Frequency and weight of normal stools in infancy. *Arch Dis Child.* 1979;54(9):719-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/adc.54.9.719>

Conhecimento de puérperas sobre identificação e prevenção do acidente loxoscélico

Puerperal women's knowledge on the identification and prevention of loxoscelic accidents

Conocimiento de las puérperas sobre la identificación y prevención de accidentes loxoscélicos

Guilherme Luiz Pacher Schmitz. Universidade Positivo (UP). Curitiba, PR, Brasil. guilhermelpschmitz@hotmail.com

Ignatz Rohrbacher. Universidade Positivo (UP). Curitiba, PR, Brasil. ignatz.rohrbacher@gmail.com. (Autor correspondente)

Carlos Júnio da Silva Corrêa. Universidade Positivo (UP). Curitiba, PR, Brasil. carlos_junio100@hotmail.com

Aglaher Mayra Stocco da Silva. Universidade Positivo (UP). Curitiba, PR, Brasil. aglaherstocco@yahoo.com.br

Cerlei Fátima Franzoi. Universidade Positivo (UP). Curitiba, PR, Brasil. cfranzoi@onda.com.br

Faigha Barbosa Parzianello. Universidade Positivo (UP). Curitiba, PR, Brasil. faighaa@hotmail.com

Jarbas Pereira Silva. Universidade Positivo (UP). Curitiba, PR, Brasil. jar_bass@yahoo.com.br

Felipe Franchini Rezende. Universidade Positivo (UP). Curitiba, PR, Brasil. felipefranchini@hotmail.com

Carlos Frederico Oldenburg Neto. Universidade Positivo (UP). Curitiba, PR, Brasil. coldenburg@uol.com.br

Resumo

Objetivos: este estudo teve como objetivo identificar o grau de conhecimento que puérperas possuíam a respeito da aranha *Loxosceles*, sua picada e conduta no caso de acidente com elas ou seus filhos. **Métodos:** estudo transversal quantitativo, que utilizou um questionário estruturado abrangendo perfil socioeconômico, conhecimento sobre aranha-marrom e o loxoscelismo. Foram incluídas pacientes em puerpério imediato, considerado entre o primeiro e décimo dia do parto, internadas na maternidade do Hospital do Trabalhador em Curitiba-PR, entre julho e outubro de 2011. Participaram 208 puérperas, das quais oito foram excluídas porque os questionários foram preenchidos de forma incorreta. Os dados obtidos foram tabulados no programa *Microsoft Excel 2007*[®] e analisados pelos testes χ^2 e Exato de Fisher. **Resultados:** sobre o conhecimento da aranha, 61% das puérperas afirmaram reconhecer a aranha e apontaram a imagem correta. Sobre a conduta em caso de acidente, 87,5% responderam a conduta correta, porém apenas 37% apontaram a sintomatologia correta. Hipóteses testadas mostraram que idade, escolaridade e acidente loxoscélico prévio são diretamente proporcionais ao conhecimento das participantes ($p < 0,05$). **Conclusão:** a maioria das puérperas pesquisadas conhecia a aranha-marrom e grande parte reconhecia a lesão provocada pela picada, mas a gravidade da lesão foi superestimada. Contraditoriamente, o conhecimento dos sintomas foi pequeno, o que pode levar ao atraso do tratamento delas mesmas ou dos seus filhos. O conhecimento da aranha foi diretamente relacionado à idade, escolaridade e a acidente loxoscélico prévio.

Abstract

Objectives: this study aimed to identify puerperal women's level of knowledge about the *Loxosceles* spider, its bite, and their own conduct in the event of a loxoscelic accident involving them or their children. **Methods:** this was a quantitative cross-sectional study using a structured questionnaire that included the socioeconomic profile of the participants, and knowledge about the brown spider and *loxoscelism*. Participants included postpartum women (between the first to tenth day of delivery), admitted to the maternity ward of the Hospital do Trabalhador, Curitiba-PR, between July and October 2011. From a total of 208 postpartum women, eight were excluded because the questionnaires were filled incorrectly. Data were tabulated using *Microsoft Excel 2007*[®] and analyzed using the χ^2 test and Fisher's exact test. **Results:** regarding the knowledge about the spider, 61% of the participants said that they knew the spider and identified the correct picture. About their conduct in case of loxoscelic accidents, 87.5% gave appropriate responses, but only 37% identified the correct symptoms. Hypothesis testing revealed that age, education, and prior experience of loxoscelic accidents were directly proportional to the participants' knowledge ($p < 0.05$). **Conclusion:** most of the women surveyed could identify the brown spider and largely recognized the spider's bite injury, but they overestimated its severity. On the contrary, they had little knowledge about the symptoms, which may lead to delayed treatment for them or their children. The participants' knowledge about the spider was directly related to age, education, and prior experience of a loxoscelic accident.

Como citar: Schmitz GLP, Rohrbacher I, Corrêa CJS, Silva MAS, Franzoi CF, Parzianello FB, Silva JP, Rezende FF, Oldenburg Neto CF. Conhecimento de parturientes sobre identificação e prevenção do acidente loxoscélico. 2015;10(36):1-8. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(36\)778](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(36)778)

Palavras-chave:

Aracnismo
Mordeduras e Picadas de Insetos
Saúde Pública
Prevenção de acidentes
Educação em Saúde

Keywords:

Arachnidism
Insect Bites and Stings
Public Health
Accident Prevention
Health Education

Fonte de financiamento: declaram não haver.

Parecer CEP: 345/2011 (SESA/HT).

Conflito de interesses: declaram não haver.

Procedência e revisão por pares: revisado por pares.

Recebido em: 08/07/2013.

Aprovado em: 06/03/2014.

Resumen

Objetivos: este estudio tuvo como objetivo identificar el grado de conocimiento que las púerperas tenían respecto la araña *Loxosceles*, su picadura y la conducta en el caso de un accidente con ellas o sus hijos. **Métodos:** estudio transversal cuantitativo en que se utilizó un cuestionario estructurado con el perfil socio-económico, el conocimiento sobre la araña marrón y el *Loxoscelismo*. Las pacientes incluidas fueron aquellas en el período inmediatamente posterior al parto, del primero hasta el décimo día puerperal, admitidas en la Maternidad y Hospital del Trabajador en Curitiba- PR, entre julio y octubre del 2011. Participaron 208 púerperas, de las cuales ocho fueron prohibidas debido a que sus cuestionarios fueron completados incorrectamente. Los datos fueron tabulados en *Microsoft® Excel 2007* y analizados mediante el Test de χ^2 y Exacto de Fisher. **Resultados:** respecto al conocimiento de la araña, el 61% de las madres dijeron reconocer la araña y apuntaron a la imagen correcta. Acerca de la conducta en caso de accidentes, el 87,5% respondieron la conducta correcta, pero sólo el 37% identificaron los síntomas correctos. Las hipótesis testadas mostraron que la edad, la educación y el accidente loxoscélico anterior son directamente proporcionales a los conocimientos de las participantes ($p < 0,05$). **Conclusión:** la mayoría de las mujeres encuestadas conocía la araña marrón y en gran parte reconoció el daño causado por la picadura, pero sobrestimaron la gravedad de las lesiones. Paradójicamente, el conocimiento de los síntomas fue pequeño, lo que puede llevar al retraso del tratamiento para sí mismas o para sus hijos. El conocimiento sobre la araña estuvo directamente relacionado con la edad, la educación y el accidente loxoscélico anterior.

Palabras clave:

Aracnidismo
Mordeduras y Picaduras
de Insectos
Salud Pública
Prevención de Accidentes
Educación en Salud

Introdução

O envenenamento provocado pela picada de aranhas do gênero *Loxosceles* é chamado de loxoscelismo, doença mais comumente causadora de uma lesão que regride sem tratamentos específicos, e raramente uma síndrome necrotizante-hemolítica.¹⁻³ O loxoscelismo representa mais de 50% dos acidentes notificados anualmente por aracnídeos no Brasil, principalmente nos estados do Sul, onde responde sozinho por 44% destas notificações, sendo um importante tema para ser discutido dentro da Atenção Primária à Saúde (APS).^{4,5} O número de acidentes loxoscélicos vem aumentando nas últimas décadas, o que está relacionado a fatores como o grande e crescente número de aranhas, devido principalmente ao processo de urbanização desordenado, moradias que favorecem sua instalação e proliferação, e ao desconhecimento da população com relação à aranha e às lesões por ela provocadas.⁶⁻⁸ A frequência de picadas por *Loxosceles*, principalmente *L. Intermedia*, mostra correlação com a área da cidade, sendo que a maior parte é na zona urbana (74,4%), atingindo mais pessoas entre 20 e 49 anos (60,5%), com predomínio do sexo feminino (61%).^{9,10}

Dentre os casos de loxoscelismo notificados, segundo estudo de Marques, em 33,9% não foram registradas as circunstâncias acerca da picada, enquanto que 23,4% das vítimas relataram não ter percebido onde ocorreu a picada; 14,4% estavam dormindo; 12,9% estavam dentro da casa; e 9,8% estavam se vestindo.⁵ Quanto ao tratamento do loxoscelismo, constata-se maior efetividade da soroterapia para as formas cutâneas graves, quando realizada até 24 horas após o acidente, e maior eficácia da corticoterapia nas lesões leves ou iniciais quando feita até 48 horas após o acidente, justificando a importância da identificação precoce da lesão e a procura por auxílio médico.^{2,9} O desenvolvimento de tratamentos mais efetivos é dificultado pelo fato de não haver um conhecimento adequado do mecanismo de ação do veneno, mas tratamentos novos estão em estudo e mostraram bons resultados *in vitro*, como o uso do eculizumab.^{11,12}

As púerperas foram escolhidas como participantes deste estudo pelo fato de a mulher ser geralmente a principal responsável pelo ambiente domiciliar e cuidado dos filhos, e também pelo fato de a maior incidência de acidentes ocorrer entre mulheres, além de acidentes graves entre crianças.^{9,11} O ambiente hospitalar, particularmente os leitos da maternidade, foi escolhido por prover maior número de participantes e facilitar a aplicação dos questionários. O objetivo deste estudo foi identificar o grau

de conhecimento que puérperas possuem a respeito da *Loxosceles*, sua picada e conduta no caso de acidente com elas ou seus filhos.

Métodos

Foi realizado um estudo transversal quantitativo entre julho e outubro de 2011. O instrumento para coleta de dados foi um questionário estruturado com escala de mensuração quantitativa, preenchido pelos pesquisadores durante uma entrevista. O questionário continha 25 perguntas objetivas abrangendo perfil socioeconômico (faixa etária, escolaridade, renda familiar mensal, bairro, habitação), perguntas sobre a aranha-marrom (identificação, visualização no cotidiano, habitat) e sobre o loxoscelismo (identificação da lesão, contato direto com acidente loxoscélico e seguimento corporal acometido, situação propícia ao acidente, sazonalidade, gravidade, sintomatologia, complicações, conduta ao suspeitar do acidente, conhecimentos gerais sobre loxoscelismo). Imagens foram utilizadas nas questões que envolviam identificação da lesão e da aranha. Após a conclusão do questionário, todas as questões foram explicadas às participantes. Todas as participantes assinaram e receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

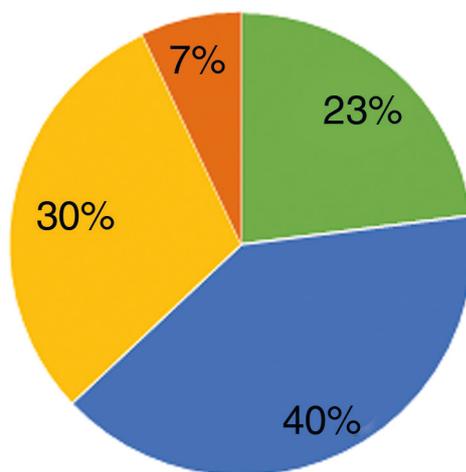
A população estudada foi do tipo não probabilística de voluntários, com um intervalo de confiança de 95%, margem de erro de 5% e um “n” de 208 participantes, das quais oito foram excluídas. Foram incluídas pacientes em puerpério imediato, considerado entre o primeiro e décimo dia do parto, internadas na maternidade do Hospital do Trabalhador em Curitiba-PR, entre julho e outubro de 2011, que concordaram em participar e assinaram o TCLE. Foram excluídos oito questionários preenchidos de forma incorreta ou incompleta. Os dados obtidos foram tabulados no programa *Microsoft Excel 2007*[®] e analisados pelos testes χ^2 e teste Exato de Fisher. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital do Trabalhador sob o protocolo número CEP-SESA/HT 345/2011.

Resultados

Com relação aos dados obtidos no questionário, constatou-se que a faixa etária prevalente foi a de mulheres entre 19 e 25 anos (Gráfico 1), o grau de escolaridade mais prevalente foi o ensino médio completo/incompleto (Gráfico 2) e a renda média familiar mensal foi de 2,7 salários mínimos. De acordo com a distribuição geográfica, os bairros citados pelas entrevistadas foram divididos em dois grupos: periféricos (88%) e centrais (12%). O tipo de habitação mais prevalente foi o de casas de alvenaria (64,5%).

Sobre o reconhecimento da aranha-marrom, as participantes foram questionadas se reconheceriam a aranha, e depois se solicitou que indicassem a imagem correta da aranha no questionário. A maioria (61%) afirmou reconhecê-la e apontou a imagem correta, enquanto 12% apenas afirmaram reconhecê-la, e 27% não a reconheceram. As puérperas que afirmaram já ter visto a aranha-marrom em casa ou local de trabalho somaram 64%, e 36% afirmaram ter alguém próximo e/ou ter sido picada por aranha-marrom; destes, os segmentos corporais mais acometidos foram coxa e perna.²

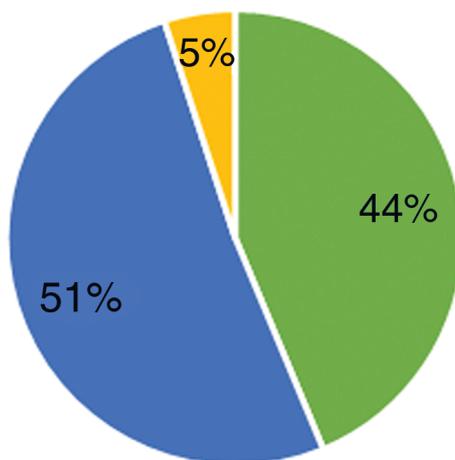
Sobre o reconhecimento da lesão ocasionada pela aranha-marrom, as participantes foram questionadas se reconheceriam a lesão, e depois solicitadas que indicassem a imagem correta da lesão no questionário. A maioria declarou não reconhecê-la (67,5%), enquanto 20,5% afirmaram reconhecê-la e apontaram a imagem correta; 12% apenas afirmaram reconhecer a lesão.



- 13 a 18 anos (n=46)
- 19 a 25 anos (n=80)
- 26 a 35 anos (n=60)
- 36 a 45 anos (n=14)

n=200

Gráfico 1. Idade das participantes.



- Ensino fundamental completo/in completo (n=88)
- Ensino médio completo/incompleto (n=102)
- Ensino superior completo/incompleto (n=10)

n=200

Gráfico 2. Escolaridade das participantes.

Quanto ao local mais provável para encontrar uma aranha-marrom, a maioria (86,5%) respondeu corretamente que este local é atrás de quadros e armários. Quanto à situação que envolve o acidente loxoscélico, o maior grupo (79%) respondeu corretamente que é mais comum durante a troca de roupa. Sobre a relação entre a incidência do acidente loxoscélico, a época do ano e a temperatura, o maior grupo (61%) respondeu corretamente que ocorrem mais acidentes nos meses mais quentes do ano. Quanto à gravidade do acidente loxoscélico, o maior grupo (78%) respondeu incorretamente que ela é sempre grave.

Sobre a sintomatologia mais provável no loxoscelismo, apenas 37% responderam corretamente “dor, queimação e vômito”. Quanto às complicações prováveis, apenas 36% responderam corretamente “perda tecidual e insuficiência renal”. Quanto à conduta ao suspeitar de acidente loxoscélico, o maior grupo (87,5%) respondeu corretamente “capturar a aranha e procurar ajuda médica”.

Por meio da estratificação da população estudada em grupos segundo o perfil obtido com o questionário, puderam-se comparar fatores que possuem relação positiva ou negativa com o grau de conhecimento geral sobre a aranha-marrom e o loxoscelismo. A análise dos dados mostrou que quanto maior a faixa etária das entrevistadas, maiores as taxas de reconhecimento da aranha-marrom, de conhecimento sobre a situação provável que envolve o acidente e da conduta correta ao suspeitar-se da picada por aranha-marrom ($p < 0,05$) (Gráfico 3).

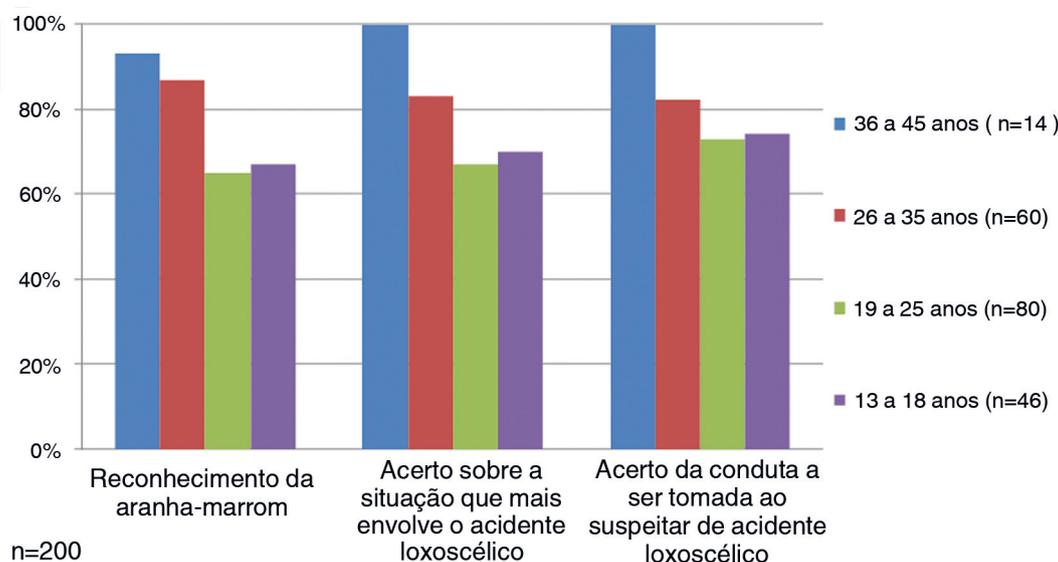


Gráfico 3. Respostas corretas sobre o reconhecimento da aranha-marrom, conhecimento sobre a situação que envolve o acidente e a conduta a ser tomada ao suspeitar de acidente loxoscélico, estratificadas por faixa etária em anos ($p < 0,05$).

A análise dos dados também mostrou uma relação positiva entre a escolaridade das participantes e as taxas de reconhecimento da aranha, de conduta correta ao suspeitar-se da picada e de conhecimentos gerais sobre o loxoscelismo ($p < 0,05$) (Gráfico 4).

Observou-se que quando a entrevistada reconheceu corretamente a imagem da aranha-marrom, suas taxas de acerto nas questões que abordavam o reconhecimento da lesão provocada pela aranha-marrom, *habitat* e situação provável que envolve o acidente loxoscélico foram maiores ($p < 0,05$), conforme Gráfico 5.

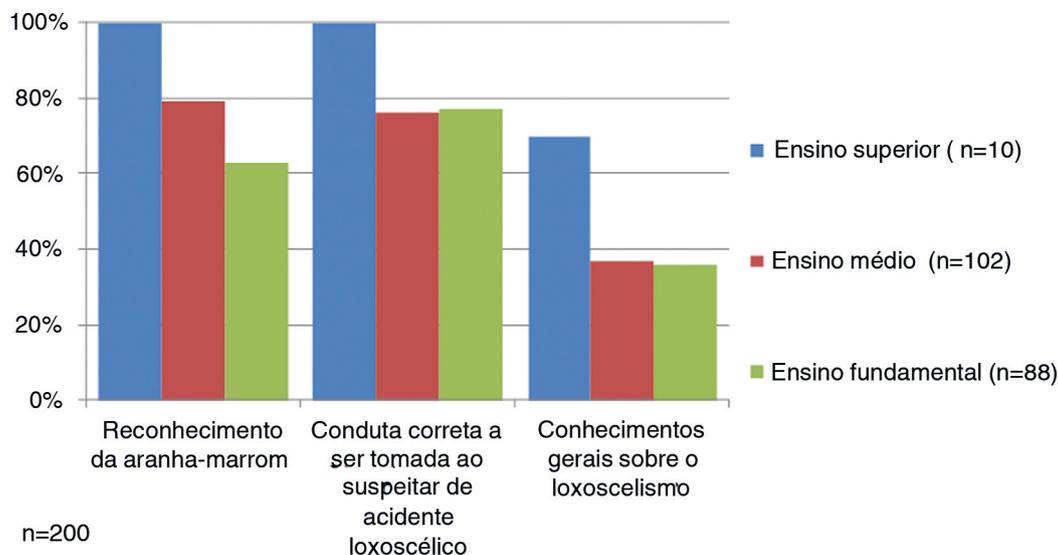


Gráfico 4. Respostas corretas sobre o reconhecimento da aranha-marrom, a conduta a ser tomada ao suspeitar de acidente loxoscélico e os conhecimentos gerais sobre o loxoscelismo, estratificadas por nível de graduação ($p < 0,05$).

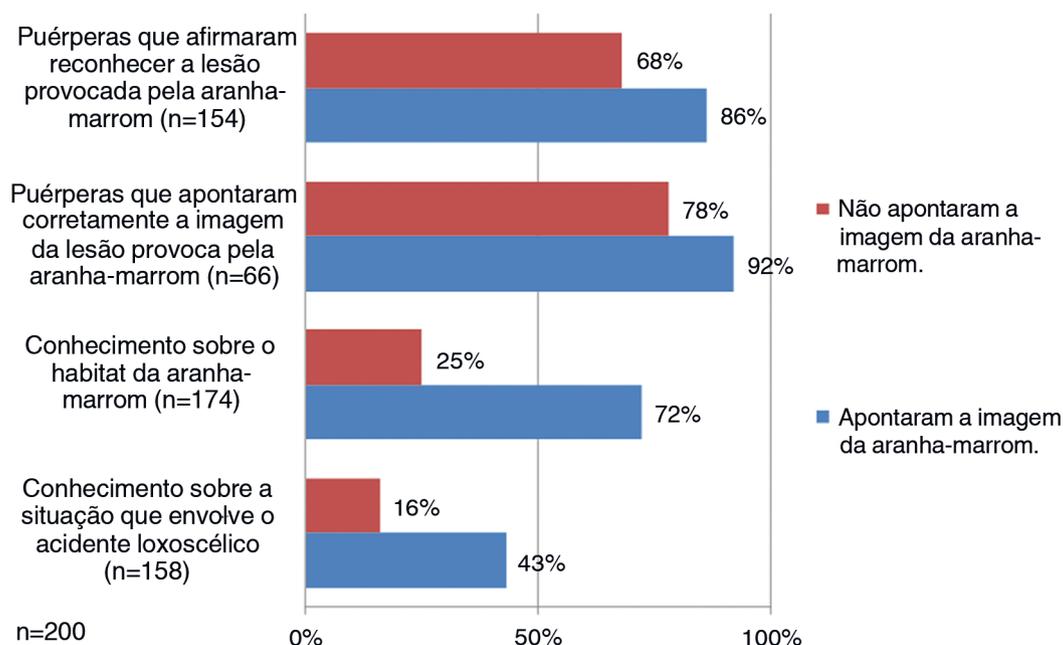


Gráfico 5. Respostas corretas sobre o reconhecimento da lesão provocada pela aranha-marrom, habitat e situação provável que envolve o acidente loxoscélico, estratificadas pelo reconhecimento correto versus não reconhecimento da imagem da aranha-marrom ($p < 0,05$).

Outra relação observada foi o fato de as entrevistadas que tiveram contato direto com o acidente loxoscélico (ter sofrido e/ou conhecer alguém que tenha sofrido o acidente) terem obtido taxas de acerto maiores nas questões que abordam o reconhecimento da aranha-marrom, terem visto uma aranha-marrom em casa ou local de trabalho e terem reconhecido a lesão provocada pela aranha-marrom - situação provável que envolve o acidente loxoscélico e conduta correta ao suspeitar-se da picada por aranha-marrom, quando comparadas às entrevistadas que nunca tiveram contato direto ($p < 0,05$).

Discussão

O Sul do Brasil é a região que mais notifica acidentes por animais peçonhentos, sendo que dois terços são causados por aranhas do gênero *Loxosceles*. Metade desses acidentes ocorreu na região metropolitana de Curitiba (RMC), mantendo uma incidência de 150 casos para cada 100.000 habitantes.²

O contato com a aranha-marrom nos domicílios da RMC é comum,^{1,2} o que se mostrou verdadeiro pelo fato de 33,5% das pesquisadas afirmarem que elas ou pessoas próximas já haviam tido algum contato com a aranha. A maioria das participantes afirmou conhecer a aranha e apontou a imagem correta no questionário, ocorrendo algo semelhante com a lesão provocada pela aranha, em que poucas afirmaram conhecê-la, mas 63% apontaram a imagem correta da lesão inicial no questionário. O presente estudo concordou com a literatura em relação ao segmento corporal mais acometido pela picada da aranha, que foi coxa e perna.² A sazonalidade das aranhas é descrita na literatura e este estudo mostrou também que as participantes reconhecem essa particularidade.¹³

A maioria das participantes julgou o acidente loxoscélico invariavelmente grave, o que sugere um ponto de desconhecimento e trabalho em educação para as equipes das Unidades Básicas de Saúde ou de Estratégia Saúde da Família (ESF), já que são o primeiro local de atendimento e notificação das picadas.^{1,2} A maioria das lesões regride sem tratamento específico e requer apenas cuidados com a ferida ou pequenos desbridamentos de pele.³ O acidente grave é incomum, e um estudo isolado mostrou maior incidência de hemólise mediada pela toxina de *L. reclusa* em crianças.¹¹

Foi possível constatar um aumento progressivo de assertividade das participantes conforme o aumento da faixa etária nas questões sobre a identificação da aranha-marrom, situação mais provável para uma picada e sobre a primeira conduta ao suspeitar de uma picada ($p < 0,05$). Houve também um aumento percentual de questões corretas conforme o maior grau de escolaridade nas questões sobre identificação da aranha e a primeira conduta ao suspeitar de um acidente loxoscélico ($p < 0,05$). A literatura afirma que a educação sobre o loxoscelismo é uma importante ferramenta na prevenção de acidentes, e este trabalho concorda e sugere que a vivência das pacientes e a escolaridade também são importantes.^{6,14}

A porcentagem de acertos das questões foi maior entre as participantes que já haviam sido picadas ou que tiveram alguém próximo que foi picado, nas questões sobre a identificação da aranha-marrom, lesão provocada, situação mais provável para picada e primeira conduta ao se suspeitar de um acidente ($p < 0,05$). Isso sugere que a experiência e/ou convivência influenciam no conhecimento destes assuntos, associado à maior preocupação sobre sua potencial gravidade.^{5,15} Este estudo possui a limitação de ter sido feito com grupo específico de amostra não probabilística, estando sujeito ao viés de memória e de seleção.

Conclusões

A maioria das puérperas pesquisadas conhecia a aranha-marrom e grande parte reconhecia a lesão provocada pela picada, mas a gravidade da lesão foi superestimada pelas participantes da pesquisa. Contraditoriamente, o conhecimento dos sintomas provocados foi pequeno, o que pode levar ao atraso do tratamento delas ou dos seus filhos. Os resultados mostraram que o conhecimento da aranha está diretamente relacionado à idade, à escolaridade e a acidente loxoscélico prévio.

Referências

1. Guimarães AB. Análise peptidômica comparativa das peçonhas de duas espécies de aranha marrom: *Loxosceles laeta* e *Loxosceles intermedia* [Dissertação de mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília, Instituto de Química, Programa de Pós-Graduação; 2009. Disponível em: http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/8874/1/2009_AlineBarbosaGuimaraes.pdf
2. Silva EM. Loxoscelismo no estado do Paraná: análise epidemiológica dos acidentes causados por *Loxosceles Heinecken* & *Lowe*, 1832 no período de 1993 a 2000 [Dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/zoonoses_intoxicacoes/anim_pec/Loxoscelismo_no_Pr.pdf
3. Juckett G. Arthropod bites. *Am Fam Physician*. 2013;88(12):841-7. PMID: 24364549
4. Brasil. Ministério da Saúde. Acidentes por animais peçonhentos - Aranhas - Informações Técnicas. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=39277
5. Silva EM, Souza Santos R, Fischer ML, Rubio GBG. *Loxosceles* spider bites in the state of Paraná, Brazil: 1993-2000. *J Venom Anim Toxins Incl Trop Dis*. 2006;12(1):110-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1678-91992006000100009>
6. Pinto LR, Mendonça F, Araujo WM. A influência das variações térmicas nos acidentes loxoscélicos em Curitiba/PR. *Rev Bras Climatol*. 2009;5:55-69.
7. Vetorello ML. A influência da temperatura, umidade relativa do ar e radiação solar na incidência dos acidentes loxoscélicos em Curitiba, Paraná, Brasil, no período de 1998 a 2001 [Dissertação de especialização]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Biológicas, Departamento de Patologia; 2002.
8. Pinto LR. Loxoscelismo em Curitiba: uma abordagem geográfica [Dissertação de mestrado]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Terra, Departamento de Geografia; 2009.
9. Brasil. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Acidentes loxoscélicos - protocolo técnico e fluxo de atenção em Curitiba. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde; 2006 [Acesso 16 Ago 2015]. Disponível em: http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/institucional/arquivos/protocolos/protocolo_001.pdf
10. Trentini RP. Histórico do loxoscelismo e sua ocorrência no município de Curitiba - Paraná [Dissertação de especialização]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Terra, Programa de pós-graduação; 2002.
11. Gehrie EA, Nian H, Young PP. Brown Recluse spider bite mediated hemolysis: clinical features, a possible role for complement inhibitor therapy, and reduced RBC surface glycoprotein A as a potential biomarker of venom exposure. *PLoS One*. 2013;8(9):e76558. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0076558>
12. Tambourgi DV, Gonçalves-de-Andrade RM, van den Berg CW. Loxoscelism: From basic research to the proposal of new therapies. *Toxicon*. 2010;56(7):1113-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.toxicon.2010.01.021>
13. Rader RK, Stoecker WV, Malters JM, Marr MT, Dyer JA. Seasonality of brown recluse populations is reflected by numbers of brown recluse envenomations. *Toxicon*. 2012;60(1):1-3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.toxicon.2012.03.012>
14. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Colet*. 2000;5(1):163-77. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100014>
15. Brasil. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. Manual de diagnóstico e tratamento de acidentes por animais peçonhentos. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

“A gente sente que precisa e pode...”: os desafios para a inclusão da saúde mental na Atenção Básica

“We feel that we need to and we can...”: challenges for the inclusion of mental health care in primary health care

“Sentimos que necesitamos y podemos ...”: los desafíos de la inclusión de la salud mental en la atención primaria

Carina Robles Angelini. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Campinas, SP, Brasil. carinaangelini@gmail.com
(Autora correspondente)

Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia-Bava. (Caccia-Bava MCG). Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Social. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, SP, Brasil. mcbava@fmrp.usp.br

Resumo

A política de saúde mental brasileira enfatiza a necessidade de inclusão do cuidado da saúde mental desde o nível primário de atenção à saúde, em uma rede diversificada de cuidado coordenado e humanizado. **Objetivos:** compreender como os trabalhadores das equipes de saúde da família dimensionam e organizam suas práticas de cuidado ao doente mental. **Métodos:** estudo qualitativo em que foi utilizado grupo focal como método de coleta e o Construcionismo Social como referencial teórico para análise. **Resultados:** embora reconheçam a dificuldade de mudar o foco de cuidado da doença para a pessoa, os profissionais percebem a necessidade de mudança e as potencialidades da ESF ressaltando que “há algo mais que se pode fazer”. **Conclusão:** as potencialidades da ESF podem ser ativadas com investimentos nas interações interpessoais e na construção de novos saberes, e os processos de mudança devem ser disparados por toda a equipe além do NASF e das equipes de saúde mental.

Abstract

The Brazilian mental health policy emphasizes the need for mental health care to be included in all levels of health care, from primary to tertiary, including emergency care and therapeutic residences. This policy has guided the construction of a diverse network of coordinated and humanized assistance for patients with mental illness. **Objectives:** the objective of this study is to understand how family health team workers position themselves and organize their practices in regard to mental health care. **Methods:** focus group sessions with a family health team were used to collect qualitative data, and social constructionism was used as the theoretical framework for analysis. **Results:** professionals recognize that there is a need for a change of focus from the disease to the person, but this seems to be difficult to achieve. However, professionals recognize the potentiality of this need and that “there is something else that I can do”. **Conclusion:** the potential of the ESF can be activated through investment in interpersonal interactions and the construction of new knowledge, and the processes of change should be triggered by the whole team, rather than just the NASF and mental health teams.

Resumen

La política brasileña para la salud mental enfatiza la necesidad de incluir el cuidado a la salud mental desde su atención primaria hasta la terciaria en una red diversa de asistencia coordinada hacia pacientes con enfermedades mentales. **Objetivos:** conocer el discurso de los trabajadores de equipos de la salud familiar es importante para entender cómo se posicionan y organizan sus prácticas en el cuidado a los enfermos mentales. **Métodos:** estudio cualitativo mediante sesión de grupo focal con un equipo de salud de la familia y con el construccinismo social como un marco teórico para el análisis. **Resultados:** aunque se reconozca la necesidad de cambio del cuidado de la enfermedad para la persona, los profesionales reconocen la potencialidad de la ESF, resaltando que “hay algo más que se puede hacer”. **Conclusión:** el potencial de la ESF se puede activar con investimentos en las relaciones interpersonales y en la construcción de nuevos conocimientos, y los procesos de cambio deben ser disparados por todo el equipo, además del NASF y de los equipos de salud mental.

Como citar: Angelini CR, Caccia-Bava MCG. “A gente sente que precisa e pode...”: os desafios para a inclusão da saúde mental na Atenção Básica. 2015;10(36):1-9.
[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(36\)1033](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(36)1033)

Palavras-chave:

Saúde Mental
Estratégia Saúde da Família
Atenção Primária à Saúde

Keywords:

Mental Health
Family Health Strategy
Primary Health Care

Palabras clave:

Salud Mental
Estrategia de Salud Familiar
Atención Primaria de Salud

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
8388/2006 (HCPRP), aprovado em 09/10/2006.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.

Recebido em: 29/10/2014.

Aprovado em: 15/07/2015.

Introdução

A reformulação do modelo brasileiro de assistência em saúde mental teve início há mais de 30 anos, mas seus desdobramentos são atuais e refletem na política de saúde da Atenção Básica e da Saúde Mental. O Ministério da Saúde ofereceu o suporte legislativo para a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)¹ e uma das diretrizes para a constituição dessa rede é a inclusão do cuidado da saúde mental desde o nível primário de atenção até o especializado, incluindo atenção às urgências e a implantação de vários dispositivos de desinstitucionalização.

Nesse sentido, pontos estruturantes da Política Nacional de Atenção Básica² são convergentes com os pressupostos da desinstitucionalização preconizados pela reforma psiquiátrica. Ambos reconhecem a complexidade do processo saúde-doença com seus elementos complementares e indissociáveis que envolvem o corpo, o contexto sociocultural, a capacidade das pessoas de lidarem com as adversidades da vida, o grau de participação social e o exercício de cidadania.³

Essas concepções apontam para a complexidade das demandas que a Atenção Básica deve lidar e por isso é necessário o investimento em espaços de diálogos que ampliem a responsabilização das equipes em práticas de saúde diferentes das tradicionais. Caso contrário, práticas automatizadas podem dificultar a implantação de ações de fortalecimento da atenção à saúde mental na Atenção Básica.⁴

Anterior à formulação da RAPS e com o objetivo de qualificar e ampliar a resolutividade das ESF, em 2008 foi adotada a estratégia do apoio matricial e formalizada a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O apoio matricial deve oferecer suporte técnico para ampliação das ações das equipes e favorecer mudanças na atitude e na atuação dos profissionais, incluindo ações interssetoriais e interdisciplinares.⁵ No entanto, uma das limitações para a ação das equipes matriciais é a participação e o envolvimento dos trabalhadores das unidades de saúde, seja pela organização do processo de trabalho ou pela concepção de cuidado.⁶

A presença de equipes como NASF, a proximidade entre profissionais da saúde mental e da ESF, assim como a intensidade das articulações entre as equipes podem favorecer mudanças nas formas de abordagem dos transtornos mentais ao longo do tempo.⁷

O presente artigo é derivado de uma dissertação de mestrado e teve como objetivo acessar os sentidos construídos pelos profissionais de saúde da ESF sobre o cuidado em saúde mental de maneira a identificar os desafios para a implementação de ações em saúde mental na Atenção Básica.

Método: a construção e análise do material

Foi realizado um estudo qualitativo exploratório com uma equipe de saúde da família em um município do interior do Estado de São Paulo. Inicialmente, procedeu-se à aproximação com a unidade de saúde e com a equipe para conhecer a estrutura física, o fluxo de atendimento e também o território no qual estava inserida. Para estas atividades, foram realizadas quatro visitas à unidade de ESF.

O grupo focal foi a técnica de coleta dos dados escolhida, pois fornece dados de natureza qualitativa e prioriza os contatos horizontais entre os participantes.⁸ Ocorreu em sessão única, na própria unidade de saúde, na sala de reuniões e durou 1 hora e 20 minutos. O estudo contou com uma

amostra proposital: a equipe que mais encaminhou pacientes ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no ano anterior. Todos da equipe aceitaram participar, totalizando 12 pessoas, além da pesquisadora que conduziu o grupo.

Pretendeu-se acessar os sentidos sobre o cuidado ao portador de transtorno mental grave e os disparadores da conversa foram introduzidos no grupo de forma dinâmica com objetivo de manter o foco da conversa e facilitar o fluxo de ideias: 1 - “o que vem à mente quando ouvem as palavras: doente mental ou louco?”, 2 - “existem pessoas que consideram doentes mentais na área de abrangência da ESF?”, 3 - “como é o contato da ESF com essas pessoas?”, 4 - “na opinião da equipe, qual é o local e o tipo do cuidado que devem ser oferecidos ao portador de transtorno mental grave?”, 5 - “quem deve ser o responsável pelo cuidado a eles?”, 6 - “a equipe conhece a rede de serviços de saúde mental do município?”, 7 - “quais são os recursos que a equipe possui e quais recursos não possuem para o cuidado em saúde mental?”.

O estudo utilizou o Construcionismo Social como referencial teórico-metodológico, que entende a realidade como socialmente construída nas e pelas interações sociais. Nesta abordagem, o conhecimento é o produto de uma determinada época e alguns conceitos usualmente tratados como verdades absolutas podem ser relativizados.⁹ Ao se assumir esta concepção, considera-se o conhecimento que as pessoas têm da realidade e, abre-se para a construção de diferentes versões de uma determinada realidade.¹⁰

Para o desenvolvimento deste estudo, a linguagem foi valorizada e preocupou-se, sobretudo, em conhecer como as pessoas falam, explicam os fatos e suas experiências de trabalhadores, como se posicionam e planejam suas ações. O material de análise da pesquisa foi o registro da audiogravação do grupo focal e anotações de campo. A análise dos resultados consistiu em: 1 - transcrição *verbatim* e edição do material audiogravado em editor de texto; 2 - imersão nos conteúdos e atenção no processo conversacional do grupo; 3 - tematização sequencial das conversas e 4 - construção de sínteses temáticas.

Após leitura do material transcrito, foram recortados momentos do grupo que pudessem evidenciar como os participantes descreveram e se posicionaram em relação aos temas. A identificação e escolha das categorias de análise partiram do processo ativo de aproximação da pesquisadora com o material coletado.

Da leitura do conteúdo transcrito foram construídas duas categorias gerais que refletiam o objetivo do trabalho: a) o doente mental e b) o cuidado da equipe dirigido a ele. A partir dessas duas categorias, emergiram categorias temáticas que refletiam os sentidos construídos pelo grupo sobre: quem são os doentes mentais; os desafios do cuidado; o trabalho da equipe de ESF e as potencialidades da equipe.

A abordagem teórica utilizada considera que os sentidos são construídos em atividades relacionais, fruto da conversa entre as pessoas. Dessa forma, há uma interdependência entre o observador e universo observado e não é possível uma separação entre o pesquisador e o contexto.¹¹

Este estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (HCPRP nº 8388/2006). Aos participantes foram esclarecidos os objetivos da pesquisa e foi respeitada a disponibilidade, a voluntariedade e interesse em participar. Para preservação do sigilo, os nomes foram trocados por nomes fictícios.

Análise e discussão dos resultados

A partir do material foram selecionados trechos da conversa grupal que, por meio do processo de tematização sequencial, possibilitaram observar os sentidos produzidos pelo grupo.

O doente mental: conseguir “olhar com os olhos da alma”

O grupo relatou situações vivenciadas no dia-a-dia da equipe. Dentre essas, o caso do senhor Juliano que, “um dia arrancou o telhado da casa”.

Carla: E ele tirou o telhado da casa porque ele já estava louco, né? Aí caiu uma chuva terrível aqui no bairro e molhou tudo que ela tinha dentro da casa [...] Foi feito Boletim de Ocorrência... Então, está gerando uma série de problemas [...] Podia morrer logo.

Os repertórios interpretativos iniciais utilizados pelo grupo deram sentido ao doente mental como aquele que possui comportamentos agressivos, reações imprevisíveis e constrangedoras. Ao falarem sobre o convívio social do doente mental, os estereótipos da incapacidade e da periculosidade apareceram. Esse dado não difere do que observaram outros autores^{4,12} e a permanência destes pode impedir a superação da situação de segregação e isolamento do doente mental.

A fala de Carla foi o ponto de partida para que relatos de casos difíceis ocorressem e a doença, os sintomas e os diagnósticos foram a referência para compreender os pacientes e justificar suas condutas. Isso reflete o quanto a perspectiva do modelo biomédico consolida modelos explicativos de determinadas doenças.¹³

Carla: Esse senhor, ele é esquizofrênico, né, doutora?

Adriana: [...] eu só tinha visto ele como hipertenso, mas não com o transtorno mental.

O olhar que colocou o paciente em uma condição fixa de hipertenso excluiu a possibilidade de que o mesmo pudesse adoecer mentalmente. Isso pode ocorrer porque, tradicionalmente, as intervenções baseadas em práticas nosológicas consideram somente “um” problema¹⁴ e quando várias deficiências ou desvantagens impedem o diagnóstico único de um paciente e dificultam a inclusão dele em um programa específico de saúde, o manejo fica mais difícil, como relatado abaixo:

Ana: [...] é um transtorno mental, mas ela é depressiva, tem síndrome do pânico, tem um monte de coisa junta, diabética, hipertensa, blá, blá, blá, sabe?

À medida que o grupo conversava sobre os casos, despontava o reconhecimento da complexidade do cuidado na Atenção Básica e os desafios colocados no dia-a-dia. Cuidar das pessoas em seus contextos de vida é altamente complexo¹⁵ e exige adequações constantes e projetos terapêuticos singulares. Por outro lado, a multiplicidade dos vínculos e dos acontecimentos nos espaços onde as pessoas vivem podem ser exploradas e podem gerar uma produção de cuidado mais comprometida com os sujeitos de forma mais integral.¹⁶

Dessa forma, olhar para a pessoa e para seu sofrimento e reconhecer a complexidade e a necessidade de cuidado pode favorecer os vínculos entre pacientes e equipes. Além disso, o sofrimento pode ser objeto da Atenção Primária, principalmente quando se trata do manejo de condições crônicas de saúde.¹⁷ Nesse sentido, é tão importante para a equipe de saúde saber como a pessoa vive, sofre e que recurso utiliza para lidar com seu adoecimento, quanto o diagnóstico para se definirem as condutas.

Nesse sentido, a conversa fluida do grupo promoveu sentidos sobre a possibilidade de “olharem com os olhos da alma” e reconhecerem novas formas de cuidado no contexto comunitário:

Lia: Olhar com os olhos da alma, né? [...] porque, assim, às vezes você começa a conversar com uma pessoa, [...] que tem essas dificuldades, e aí você vai prestando atenção em algumas coisas e vai se comunicando de um jeito que você entende [...] você vê que é uma pessoa que sofre.

Lia era uma Agente Comunitária de Saúde e foi por meio de sua fala que surgiu no grupo um olhar diferente que pode estimular uma atuação contínua e personalizada de cuidado, pois reflete a transformação da concepção de saúde não como ausência de doença, mas como possibilidades de vida. Quando o foco de cuidado fica centrado na doença, a distância entre os profissionais de saúde e a pessoa que adocece inviabiliza a compreensão e invenção de novas formas de trocas e diálogos.¹⁸

As versões sobre o cuidado: “fica assim, de mãos atadas”

Enquanto circulava a ideia de que o doente mental era uma pessoa perigosa, foram expressos sentimentos de medo, de impotência e de incapacidade e a angústia de não saber o que fazer.

Ana: Angústia

Patrícia: Eu acho que é angústia mesmo... você não sabe nem como conversar com a pessoa desse jeito [...].

Lia: Eu tenho um sentimento de incapacidade. [...] É uma coisa muito ruim... é não saber o que fazer, não saber como tratar, não saber [...] Você fica assim de mãos atadas, mesmo.

Ana: Não, é essa sensação que ela falou de incapacidade, de impotência, né?

Adriana: (...) a gente não sabe realmente abordar, [...] Realmente falta um preparo mesmo. Eu acho que a gente precisa de preparo.

Márcia: ... de medo, tem hora.

O reconhecimento da lacuna entre a necessidade das pessoas e as ferramentas de cuidado disponíveis pode ocorrer quando se está fixado em práticas restritas à formação tradicional de cada profissão. Elas são importantes, mas a abertura para práticas colaborativas, o “fazer junto” pode favorecer a criatividade para o manejo dos casos difíceis.^{19,20} Além disso, as articulações em busca de contatos que façam sentido para cada família/paciente são fundamentais e podem promover ao mesmo tempo a cidadania e a saúde.²¹

O Processo de Trabalho: “a gente sente que precisa e pode, mas não dá”

A compreensão de que a organização e uso do tempo e do espaço favorecem a gestão do cuidado na atenção básica, apontou para as possibilidades da equipe. O desejo de cuidar, mas “não saberem por onde começar”, foram relatados.

Adriana: eu acho que o maior problema aqui é quando a gente tem que trabalhar o paciente que tem um transtorno grave igual o dele. Eu acho que é justamente a gente conseguir estabelecer um vínculo. Porque é que nem a Renata falou: “Ele fica no mundo dele”, [...] e a gente mesmo não consegue entrar no mundo dele e trazer ele para a realidade.

A aproximação entre paciente e equipe fica atemorizante quando os profissionais se sentem incapazes de curá-lo e parece haver uma tendência que privilegia ações pontuais de alívio dos sintomas agudos na tentativa de resolver um problema crônico.²² Isso coloca a doença e, não o sujeito, em evidência e favorece

a cristalização das ações de cuidado centradas nos procedimentos e não nas pessoas. Mas a prática de cuidado pautada no princípio da integralidade deve caminhar para além de silenciar o sintoma ou tratar uma disfunção²¹ e isso não quer dizer que os procedimentos medicamentosos (prescrição de psicofármacos) não sejam importantes no manejo das doenças mentais.

A exploração de outras tecnologias de cuidado como grupos, atendimentos no domicílio, atividades e articulações no território favorecem a transformação do processo de trabalho da equipe,²³ mas sem que possam operar de um novo modo, a atitude de ouvir o outro, de ficar mais próximo perde prioridade diante da grande demanda na unidade.

Luciana: Não, a gente consegue dar mesmo uma atenção quando eles vêm aqui na unidade [...]. Agora, você ir atrás, você não consegue dar conta disso, né, porque tem outros “n” casos [...]. Você acaba ficando muito preso aqui dentro da unidade, né? [...] em função de você ficar só ali atendendo, atendendo, atendendo.

Renata: A gente sente que precisa e pode, mas não dá.

Ana: É a organização do trabalho é que tá precisando né?

Com relação a esse aspecto, não é suficiente a disponibilidade pessoal e isolada dos profissionais de saúde, mas a organização do processo de trabalho e envolvimento da equipe como um todo é fundamental.

Em relação às demandas de cuidado em saúde mental, há necessidade de adoção de práticas mais integrativas que favoreçam a escuta para além das demandas explícitas relacionadas a uma determinada doença ou problema de saúde.²⁴

Ana: a partir do momento que você dá atenção pro paciente, ter uma escuta ampliada desse paciente. Aqui acho que o que todos nós temos é que todo mundo acolhe o paciente, não é só o acolhimento médico, mas o acolhimento da ACS na própria casa do paciente. Isso são recursos que a gente tem aqui.

Nesse sentido, o papel do agente comunitário de saúde (ACS) foi considerado como um recurso potente da equipe, pois ele tem a oportunidade de se vincular e conhecer outras necessidades que não estejam restritas a uma determinada doença. Ao fazer isso, vai além dos recursos institucionalizados e oferece uma atenção integral desenvolvendo papel fundamental no processo de cuidado na perspectiva da desinstitucionalização proposto pela política de saúde mental. Isso tudo é prática de cuidado da saúde mental, é prática de cuidado integral:²¹ manter o compromisso com a vida e a cidadania dos sujeitos em lugares onde é possível o resgate de sua autonomia e a reconstrução de sua vida e de sua história.²²

As potencialidades da equipe: “há algo mais que eu posso fazer”

Ana trouxe para perto o desejo de fazer algo diferente e valorizar ações de mudança a partir da exploração dos recursos já disponíveis na equipe, mas que às vezes não são explorados.

Ana: eu fico me perguntando... a gente precisa melhorar, é bom ter essa troca. [...] A gente tem esse movimento entre nós. Então esse movimento que eu fico pensando: “Será que não precisa melhorar mais? Será que mais eu posso fazer? Eu acho que é isso que precisa com o paciente de saúde mental também, né? Não sei, da minha parte, assim, eu acho que eu poderia fazer mais.

Renata: A sensação é essa, quando a gente sente que faz um pouquinho, nossa!. [...] mas não é assim que acontece, né?

Débora: Você tem até a sensação de tudo que você fez certo deu errado naquele dia.

Renata: Isso! Aí você pega o carro para ir embora e vai pensando, entendeu? Além de tudo isso que falaram, eu às vezes sinto até uma carga assim, um negócio. Me sinto também incompetente, sabe? Não sei me comunicar, mas acho que é isso!

A dificuldade de comunicação expressa pela participante marca a intensidade afetiva dos relatos do grupo e a forma dos profissionais e equipe lidarem com os sentimentos pode ser a ferramenta facilitadora ou obstrutora do cuidado. A necessidade de ajuda para que a equipe possa fazer o cuidado de um jeito diferente e se sentir potente ficou evidente. Foi apontada a falta de apoio de uma equipe de saúde mental no cotidiano, de capacitação e de espaços de trocas.

Nesse sentido, é importante reconhecer o limite da atenção básica quando são necessárias intervenções psiquiátricas especializadas em momentos pontuais de crises. Afinal, a desinstitucionalização não pode significar desassistência psiquiátrica²⁵ e, em alguns casos, é necessário proximidade de uma equipe que auxilie no desenvolvimento de intervenções específicas, de forma próxima e intensiva.⁷

No trecho abaixo, as falas apontam para as potencialidades do trabalho conjunto como um recurso que fortalece e motiva as ações da equipe.

Ana: [...] a gente se abre e se coloca a novos conhecimentos. Quando a gente vive a nossa dificuldade, né, a gente ter alguém.... Então eu acho que colocando a gente vai encontrando as respostas. Eu acho que a gente podia fazer sempre isso [...] Eu me sinto sempre respaldada com esse trabalho de equipe. [...] Trabalhar assim é ótimo, né! É o que eu quero na vida (risos).

Foi valorizada a presença de toda a equipe, as discussões de caso e o planejamento de ações. Nesse sentido, as propostas que sustentam o trabalho de articulação entre profissionais da saúde mental e atenção básica, seja das equipes de saúde mental ou do NASF, são desafiadoras. Não se trata de incluir profissionais especialistas na Atenção Básica, mas o desafio é construir e fazer juntos, planejando ações que alinhem o processo de trabalho e que favoreça que todos da equipe sejam valorizados.⁵

Considerações finais

Embora atualmente se reconheça a necessidade de apoio e formação permanente das Equipes de Saúde da Família e da importância dos NASFs, a implementação do cuidado da saúde mental na Atenção Básica é tarefa desafiadora e este estudo pode respaldá-las. Além disso, algumas das potencialidades encontradas pelos profissionais participantes podem apontar caminhos para a superação de dificuldades.

Todavia, há que se considerar limitações do estudo relacionadas ao desenho do mesmo. Por ser um estudo qualitativo e com uma equipe de saúde apenas, trata-se de uma investigação em um contexto e em uma realidade definida e os resultados devem ser utilizados com parcimônia, pois trazem recortes de encontros pontuais e com uma equipe de saúde da família também delimitada. Muito embora outros autores tenham observado resultados semelhantes,⁴ os achados não são generalizáveis para outros contextos, mas podem subsidiar outros estudos exploratórios sobre o tema.

Outra limitação do estudo é o fato da pesquisadora, na ocasião da coleta de dados, ser uma psicóloga e trabalhadora de um serviço de saúde mental (CAPS), que mesmo não se posicionando como *expert* no assunto discutido pelo grupo, foi colocada no lugar de interlocutora privilegiada que pudesse ouvir as necessidades da equipe.⁹ Nesse sentido, a pesquisadora estava incluída no grupo e sua presença mudava o contexto da equipe e convidava o grupo para falar sobre sentimentos, desejos e medos em relação ao cuidado do doente mental.

Os resultados desse estudo, contudo, refletem alguns dos desafios para a inserção do cuidado à saúde mental na Atenção Básica. A mudança do modelo de atenção, em especial ao doente mental, é um grande desafio para as políticas públicas sobre o tema. Há reconhecimento por parte dos profissionais da necessidade de mudança, mas parece ser difícil mudar o foco de cuidado da doença para a pessoa e assim as ações, quando acontecem, são isoladas e desarticuladas.⁴

Com isso, sentimentos de medo, impotência e incapacidade podem ser paralisantes para a não exploração de outras tecnologias de cuidado. Todavia, os profissionais reconhecem que “há algo mais que se possa fazer”, como as ações desenvolvidas pelo agente comunitário de saúde na vinculação e conhecimento das necessidades dos pacientes. Essas potencialidades podem ser ativadas com investimentos nas interações interpessoais e na construção de novos saberes. Para tanto, é necessário que as responsabilidades nos processos de mudança sejam assumidas por toda a equipe e o papel do NASF ou das equipes de saúde mental ganha destaque na estimulação de diálogos horizontalizados e permanentes com atenção especial ao processo de trabalho das equipes.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 3.088 de 23 de Dezembro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 2488 de 21 de outubro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
3. Figueiredo MD, Campos RO. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciêns Saúde Coletiva*. 2009;14(1):129-38. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100018>
4. Neves R, Dimenstein M, Paulon S, Nardi H, Bravo O, Galvão V, et al. A saúde mental no sistema único de saúde do Brasil: duas realidades em análise. *Av Psicol Latinoam*. 2012;30(2):356-68.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
6. Moraes APP, Tanaka O. Apoio matricial em saúde mental: alcances e limites na atenção básica. *Saude Soc*. 2012; 21(1):161-70. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000100016>
7. Binotto AL, Santos LL, Lourosa QL, Sant'Anna SC, Zanetti ACG, Forster AC, et al. Interface saúde da família & saúde mental: uma estratégia para o cuidado. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2012;7(23):83-9. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf7\(23\)132](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf7(23)132)
8. Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis*. 2009;19(3):777-96. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>
9. Guanaes C. A construção da mudança em terapia de grupo: um enfoque construcionista social. São Paulo: Vetor; 2006.
10. Spink MJP, Frezza RM. Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da Psicologia Social. In: Spink MJP, org. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano. 2a ed. São Paulo: Cortez; 2000.
11. Grandesso MA. O individual e o social: em busca da complexidade. In: Grandesso MA. Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000. p.104-16.
12. Boarini ML, Quijo I. A Reforma psiquiátrica e as andorinhas. *Rev Dep Psicol*. 2007;19(2):369-379.

13. Vasconcelos I, Lins SLB, Vargas GC, Ribeiro KCS. Concepções loucura um traçado histórico-cultural: uma com o construcionismo social. *Mental*. 2010;8(14):49-63.
14. Alves D. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: Pinheiros R, Mattos RA, eds. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2001. p.167-76.
15. Lancetti A. *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec; 2006.
16. Rodrigues ES, Moreira MIB. A interlocução da saúde mental com atenção básica no município de Vitória/ES. *Saúde Soc*. 2012;21(3):599-611. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000300007>
17. Brasil. Organização Mundial da Saúde. *Cuidados Inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação, relatório mundial*. Brasília; 2003.
18. Kinoshita R. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta A, ed. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 2001. p.55-9.
19. Correia VR, Barros S, Colvero LA. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(6):1501-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600032>
20. Mielke FB, Olchowsky A. Saúde mental na estratégia de saúde da família: a avaliação de apoio matricial. *Rev Bras Enferm*. 2012;63(6):900-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000600005>
21. Mattos R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: Pinheiros R, Mattos R, eds. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2001. p.39-64.
22. Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;24(3):180-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892008000900004>
23. Camuri D, Dimenstein M. Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. *Saúde Soc*. 2010;19(4):803-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000400008>
24. Mielke FB, Olchowsky A. As ações de saúde mental na estratégia de saúde da família e as tecnologias em saúde. *Esc Anna Nery*. 2011;15(4):762-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000400015>
25. Vecchia MD, Martins STF. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. *Interface Comun Saúde Educ*. 2009;13(28):151-64.

Dyslipidemia and cardiovascular risk in Afro-descendants: a study of the Quilombola communities in Maranhão, Brazil

Dislipidemia e risco cardiovascular em afrodescendentes: um estudo em comunidades quilombolas do Maranhão, Brasil

La dislipidemia y el riesgo cardiovascular en los afrodescendientes: un estudio sobre comunidades quilombolas de Maranhão, Brasil.

Maria do Carmo Lacerda Barbosa. Federal University of Maranhão (UFMA). São Luís, MA, Brasil. carminha13032009@hotmail.com
(Corresponding author)

José Bonifácio Barbosa. Federal University of Maranhão (UFMA). São Luís, MA, Brasil. josebbarbosa@uol.com.br

Luis Felipe Alves Guerra. Federal University of Maranhão (UFMA). São Luís, MA, Brasil. l.felipeguerra@hotmail.com

Mirza Ferreira Lima Barbosa. Federal University of Maranhão (UFMA). São Luís, MA, Brasil. mirzaflima@hotmail.com

Felipe Lacerda Barbosa. Federal University of Maranhão (UFMA). São Luís, MA, Brasil. fl_barbosa@hotmail.com

Raphael Lacerda Barbosa. Federal University of Maranhão (UFMA). São Luís, MA, Brasil. raphael_lacerda.b@hotmail.com

Dayane Lima Guida. Federal University of Maranhão (UFMA). São Luís, MA, Brasil. dayaneguida@yahoo.com.br

Maylla Luanna Barbosa Martins. Federal University of Maranhão (UFMA). São Luís, MA, Brasil. maylla_martins@yahoo.com.br

Eliete Bouskela. Federal State University of Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. eliete_bouskela@yahoo.com.br

Maria do Desterro Soares Brandão Nascimento. Federal University of Maranhão (UFMA). São Luís, MA, Brasil. cnsd_ma@uol.com.br

Gabriel Sandrin de Oliveira Melo. Federal University of Maranhão (UFMA). São Luís, MA, Brasil. gabrielsandrim@hotmail.com

Mariana Marques da Silva Castro. Federal University of Maranhão (UFMA). São Luís, MA, Brasil. mariana.marques.castro@hotmail.com

Abstract

Objective: to evaluate the prevalence of cardiovascular risk factors associated with dyslipidemia in Quilombola communities in Maranhão, Brazil. **Methods:** a cross-sectional study was performed from February 2010 to November 2011. A total of 202 individuals belonging to the Quilombola communities in Codó, Maranhão were assessed. Risk factors associated with dyslipidemia and metabolic syndrome (MS) were evaluated. **Results:** the results showed a high prevalence of dyslipidemia (72.28%) and hypertension (43.07%). Isolated hypertriglyceridemia (38.61%) with normal levels of high-density lipoprotein cholesterol and low-density lipoprotein cholesterol was present in most individuals. Furthermore, the prevalence of MS and the estimated cardiovascular risks were low in this population. **Conclusion:** dyslipidemia, at the expense of triglycerides, and hypertension was highly prevalent. However, the frequency of other risk factors for cardiovascular events was low. A low prevalence of MS and cardiovascular risk according to the Framingham score for cardiovascular diseases was also identified.

Keywords:

Dyslipidemias
Cardiovascular Diseases
African Continental
Ancestry Group
Ethnicity and Health

Funding:

Maranhão Technological
Research and Development
Foundation; Office of the
Vice-Chancellor of the University
of Maranhão; Northeast
Biotechnology Network.

Ethical approval:

not necessary.

Competing interests:

none declared.

Provenance and peer review:

externally reviewed.

Received: 04/26/2014.

Accepted: 08/07/2015.

Cite as: Barbosa MCL, Barbosa JB, Guerra LFA, Barbosa MFL, Barbosa FL, Barbosa RL, et al. Dyslipidemia and cardiovascular risk in Afro-descendants: a study of the Quilombola communities in Maranhão, Brazil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(36):1-10.
[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(36\)925](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(36)925)

Resumo

Objetivos: avaliar os fatores de risco cardiovascular associados à dislipidemia em comunidades quilombolas do Maranhão, Brasil. **Métodos:** um estudo transversal foi realizado no período de fevereiro de 2010 a novembro de 2011 em 202 indivíduos pertencentes às comunidades quilombolas de Codó-MA. Avaliaram-se os fatores de risco associados à dislipidemia e síndrome metabólica (SM). **Resultados:** o estudo mostrou alta prevalência de dislipidemia (72,28%) e de hipertensão arterial (43,07%). Houve predomínio de hipertrigliceridemia isolada (38,61%) com valores de lipoproteína de alta densidade e lipoproteína de baixa densidade normais na maioria dos indivíduos. A prevalência de síndrome metabólica e o risco cardiovascular estimado foram baixos nesta população. **Conclusão:** houve grande prevalência de dislipidemia, à custa de triglicérides, e hipertensão; entretanto, a frequência de outros fatores de risco para eventos cardiovasculares foi baixa. Uma baixa prevalência de SM e de risco cardiovascular, segundo o escore de Framingham para doenças cardiovasculares, também foi identificada.

Palavras-chave:

Dislipidemias
Doenças Cardiovasculares
Grupo com Ancestrais do Continente Africano
Origem Étnica e Saúde

Resumen

Objetivos: evaluar los factores de riesgo cardiovascular asociados con dislipidemia en comunidades quilombolas de Maranhão, Brasil. **Métodos:** un estudio transversal se realizó entre febrero del 2010 hasta el noviembre del 2011 en 202 individuos pertenecientes a comunidades quilombolas de Codó-MA. Se evaluaron los factores de riesgo asociados con la dislipidemia y el síndrome metabólico (SM). **Resultados:** el estudio mostró una alta prevalencia de la dislipidemia (72,28%) y de la hipertensión (43,07%). Hipertrigliceridemia aislada (38,61%) con valores de lipoproteínas de alta densidad y lipoproteínas de baja densidad normales estuvieron presentes en la mayoría. La prevalencia del síndrome metabólico y riesgo cardiovascular estimado fue bajo en esta población. **Conclusión:** hubo una alta prevalencia de dislipidemia, a expensas de los triglicéridos e hipertensión, no obstante, la frecuencia de otros factores de riesgo de eventos cardiovasculares fue baja. Una baja prevalencia de SM y el riesgo cardiovascular según la puntuación de riesgo de Framingham para la enfermedad cardiovascular también se ha identificado.

Palabras clave:

Dislipidemias
Enfermedades Cardiovasculares
Grupo de Ascendencia Continental Africana
Origen Étnico y Salud

Introduction

Quilombolas are descendants of enslaved Africans in Brazil who have preserved their traditions over time.¹ These traditions include kinship practices; culinary tradition; religiosity; artistic expression; and political, economic, and social organization.² According to the Black Culture Center (*Centro de Cultura Negra*), there are 527 Quilombola communities in the state of Maranhão, concentrated mainly in the regions of Baixada Ocidental, Baixada Oriental, Munin, Itapecuru, Mearim, Gurupi, and Baixo Parnaíba.³

In the secular domain, the Quilombola communities survive through babassu agroextractivism and animal husbandry.⁴ The Quilombola diet includes milk and babassu oil extracted from palm seeds.⁵⁻⁷ The communities are impoverished and face challenges in accessing health and education services,⁸ conditions that threaten the survival of this population.

A recent study evaluated the effects of babassu oil on microvascular permeability and leukocyte-endothelial interactions induced by ischemia/reperfusion using hamster cheek pouch microcirculation as an experimental model. The results suggested that unrefined babassu oil reduced microvascular leakage and protected against histamine-induced effects in postcapillary venules.⁹

Excess weight and dyslipidemia are well-established risk factors for developing cardiovascular disease (CVD).^{10,11} Coronary artery disease (CAD) is associated with increased serum concentrations of total cholesterol (TC) and low-density lipoprotein cholesterol (LDL-c) as well as reduced serum high-density lipoprotein cholesterol (HDL-c) concentrations.^{12,13}

Recent changes in the lifestyle and diet of the Quilombola communities have increased the risk of such diseases as hypertension, obesity, and dyslipidemia.¹⁴

Our group has developed a study in these communities to evaluate the cardiovascular risk factors, lifestyle habits, and influence of babassu product consumption in their diet. Because these rural communities have unique characteristics, it will also be important, in the future, to obtain specific information regarding their genetic and environmental predisposition to cardiovascular risk factors.

Therefore, the purpose of the present study was to evaluate, for the first time, the factors associated with dyslipidemia in a rural Quilombola population in the state of Maranhão.

Methods

A cross-sectional study was conducted following approval by the research ethics committee of the University Hospital of the Federal University of Maranhão (*Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - UFMA*), protocol nº 403/09. We evaluated individuals who participated in the Maranhão Outreach Project from February 2010 to November 2011. The project was named "Promotion and Prevention in Health: Comprehensive Care for the Quilombola Communities of Codó-MA". It was implemented in the communities of Santo Antônio dos Pretos, Mocarongo, and Cipoal dos Pretos, located approximately 330 km from São Luis, the capital of Maranhão. This study used a convenience sample. The population of the three Quilombola communities consists of 161 families with a total of 322 individuals aged 20 to 70 years.^{1,3} The following were considered as inclusion criteria: being black, belonging to one of the black communities in the study, being between 20 and 70 years of age, and having daily supplements of almond coconut and babassu oil derivatives for at least 10 years. The final sample consisted of 202 individuals who came to the health clinic during the study field surveys.

All individuals were given an informed consent form, and signatures and fingerprints were obtained for consent to participate in the study. Clinical and anthropometric evaluation data and blood biochemical analyses were examined. The name, gender, age, skin color, education, personal medical history, smoking status, alcohol use, blood pressure, abdominal circumference, weight, body mass index (BMI), fasting blood sugar, triglycerides (TG), TC, HDL-c, and LDL-c were recorded for each participant.

The blood collection, normalization parameters, and diagnostic criteria of dyslipidemias were according to the norms of the IV Brazilian Guidelines on Dyslipidemia and Prevention of Atherosclerosis.¹¹ The biochemical analyses were performed using ADVIA 1650 equipment. The LDL-c concentrations were calculated using the Friedewald formula.¹¹

The dependent variable was the lipid profiles of the participants. The participants were categorized into two groups, one consisting of individuals with dyslipidemia and the other consisting of those with normal lipid profiles. The independent and categorical variables included age (<30, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79, or >80 years), gender (male and female), education in years of study: illiterate, up to 5 years, up to 9 years, or more than 9 years), alcohol use (yes or no), smoking status (nonsmoker, ex-smoker, or smoker), hypertension (yes or no), BMI (low weight, normal weight, overweight, or obese), waist circumference (normal or abnormal), and fasting blood sugar (normal or abnormal).

Individuals who reported alcohol consumption, regardless of the type or amount of alcohol consumed, were considered alcohol users. Individuals who reported smoking were considered to be smokers regardless of the number of cigarettes smoked. Passive smokers were not considered to be smokers.

Blood pressure was measured according to the VI Brazilian Guidelines on Hypertension.¹⁵ Individuals who used antihypertensive medications and those with a systolic blood pressure ≥ 140 mmHg and/or a diastolic blood pressure ≥ 90 mmHg were considered to have hypertension.

A portable, platform-style Plenna digital scale with a 150-kg capacity was used to measure body weight. All participants were weighed on an empty stomach and wearing only underwear. A portable Altura Exata stadiometer with a scale from 0 to 220 cm and divisions of 0.1 cm was used to measure height. All participants were barefoot during this measurement.

BMI (weight/height²) was calculated according to the World Health Organization recommendations for evaluating nutritional status.¹⁶ The participants were categorized as follows: low weight (BMI less than 18.5 kg/m²), normal weight (BMI between 18.5 kg/m² and 24.9 kg/m²), overweight (BMI between 25 kg/m² and 29.9 kg/m²), and obese (BMI greater than 30 kg/m²).¹⁷

The abdominal circumference, which reflects visceral fat, was measured using the median point between the outer side of the final rib and the iliac crest as reference. The circumference was measured using an inelastic measuring tape. The measurement was taken with the participant in an upright standing position, chest uncovered, at the end of exhalation.¹⁸ Men were considered to be at risk when the abdominal circumference was ≥ 90 cm, and women were considered to be at risk when the circumference was ≥ 80 cm. These cutoff values were proposed for the people of South America by the International Diabetes Federation (IDF).¹⁹ A Cescorf inelastic measuring tape was used to measure the circumference. The tape could measure up to 150 cm. The fasting blood sugar was considered to be abnormal when it was ≥ 100 mg/dL.¹⁹

Metabolic syndrome (MS) was diagnosed based on the guidelines from the National Institute of Health in the National Cholesterol Education Program, the Adult Treatment Panel III report, and the IDF. Abdominal circumference, TG, HDL-c, blood pressure, and fasting blood sugar were considered to be risk factors.¹¹ The IDF criteria were adopted in the present study.

The statistical analyses were performed using Stata/SE 9.0 for Windows (Stata Corporation, College Station, Texas, USA). A χ^2 test was employed to analyze the relationship between two categorical variables. If the resulting p value was < 0.05 , we subsequently applied a partitioning χ^2 test. The coefficient of correlation was categorized as weak if it was between 0.1 and 0.3, moderate if it was between 0.31 and 0.6, and strong if it was greater than 0.61. A t-test for independent samples was used to compare the numerical variables between groups. A Poisson regression model was used for the multivariate analysis.²⁰ In this analysis, all independent variables associated with the dependent variable ($p < 0.20$) in the univariate model were considered in the multivariate model. The Poisson regression was performed using the stepwise with backward elimination technique. In the final adjusted model, a p value < 0.05 and a confidence interval of 95% were considered significant.

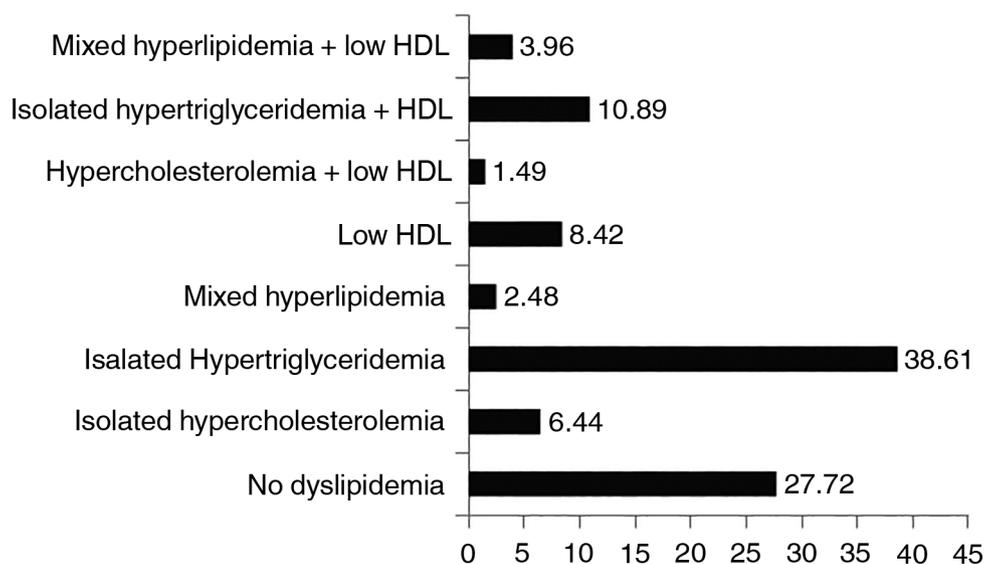
Results

First, we analyzed the sociodemographic characteristics and life habits of the sample. Of the 202 participants, 119 (58.91%) were female, and 83 (41.09%) were male. The participants had an average age of 51.14 years. Individuals with no education were predominant within our sample (79.70%). Many had a history of smoking (52.48%) and consumed alcoholic beverages (59.20%). According to our data, 72.86%

belonged to the quilombola community of Santo Antonio dos Pretos; 16.83%, the community of Cipoal dos Pretos; and 10.89%, the community of Mococongo.

The anthropometric evaluation showed that 48.02% of the participants were of normal weight. In addition, 34.65% were overweight, and 12.87% were obese. The analyses also revealed that 55.94% of the participants had increased abdominal circumference. Hypertension (43.07%) and dyslipidemia (72.28%) were highly prevalent in the sample; 17.33% exhibited hyperglycemia. None of them were under antihypertensive, antidiabetic or lipid-lowering treatment.

The lipid profiles of the participants are shown in Graph I. Individuals with dyslipidemia had a high prevalence of isolated hypertriglyceridemia (38.61%). The mean values of the lipid measures were as follows: TG, 163 ± 60 ; TC, 206 ± 0.5 ; HDL-c, 50.64 ± 11.16 ; LDL-c, 121.67 ± 49 ; VLDL-c, 33.06 ± 14.75 ; TG/HDL-c, 3.35 ± 1.55 ; and TC/HDL-c, 4.21 ± 1.10 . The serum concentrations of HDL-c and LDL-c were normal in most individuals (73.27% and 85.64%, respectively). Most individuals (73.76%) did not meet the IDF criteria for MS.



Graph 1. Classification of the lipid profile of the participants according to the IV Brazilian Guidelines on Dyslipidemia.

The non-adjusted results of the association between sociodemographic factors and lifestyle with dyslipidemia and of the association between the physiological factors and the presence of dyslipidemia demonstrate that the chance of having dyslipidemia was greater among individuals who smoked (21%) and had hypertension (25%) than among individuals without these risk factors.

Table 1 shows the adjusted results of the association between the socioeconomic, lifestyle, and physiological factors with the presence of dyslipidemia. The results show a significant association between MS and dyslipidemia (odds ratio (OR)=1.55; confidence interval (CI) 1.10-1.28). Dyslipidemia was not significantly associated with hypertension, smoking, or education.

The association between the presence of MS and the socioeconomic and lifestyle factors was also analyzed. In the adjusted analysis, male were less likely to have MS, and advanced age was associated with a higher chance of this syndrome (Table 2). In these communities, the majority of the individuals had a low chance of myocardial infarction and death within 10 years, according to the Framingham assessments (Graph 2).

Table 1. Multivariate analysis. Factors associated with the presence of dyslipidemia.

Characteristics	Dyslipidemia	Adjusted OR (95% CI)	p
Metabolic syndrome			<0.01
No	94 (64.38)	1.00	
Yes	52 (35.62)	1.55 (1.10-2.18)	
Arterial hypertension			0.81
No	75 (51.37)	1.00	
Yes	21 (48.63)	1.04 (0.72-1.51)	
Smoking			0.78
Nonsmoker	65 (44.52)	1.00	
Ex-smoker	17 (11.64)	0.92 (0.54-1.59)	
Current smoker	64 (43.84)	1.20 (0.74-1.71)	
Education			0.80
Incomplete primary education	14 (9.59)	1.00	
Complete/half complete primary education	8 (5.48)	1.11 (0.76-2.47)	
No education	124 (84.93)	1.33 (0.76-2.34)	

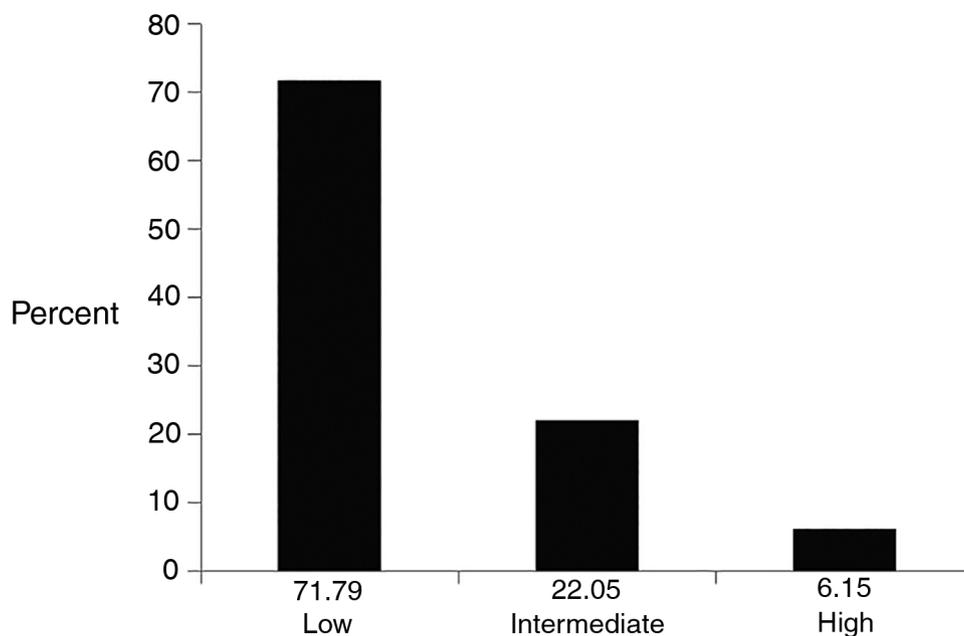
Table 2. Multivariate analysis. Factors associated with the presence of metabolic syndrome.

Characteristics	Nonadjusted OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	p
Gender			0.001
Female	1.00		
Male	0.42 (0.23-0.74)	0.32 (0.16-0.63)	
Alcohol use			0.63
No	29 (54.72)	1.00	
Yes	24 (54.28)	0.86 (0.47-1.57)	
Age			<0.001
20-39 years	1.00		
40-49 years	3.60 (1.28-10.12)	3.91 (1.29-11.81)	
50-59 years	3.34 (1.15-9.62)	4.10 (1.31-12.78)	
60-69 years	3.24 (1.08-9.70)	3.98 (1.22-12.99)	
70-79 years	5.76 (1.98-16.78)	6.87 (2.06-22.91)	
>80 years	8.75 (3.05-25.06)	13.76 (3.62-52.27)	

Discussion

The present study evaluated the factors associated with dyslipidemia and cardiovascular risk in the Quilombola communities of Codó in the state of Maranhão. The representation of the study sample reinforces the internal validity of the study. Our sample comprised 202 individuals from small black communities (161 registered families). The community of Santo Antonio dos Pretos is the largest expansion in terms of area and number of families.^{1,3} Thus, the general applicability of the results for the Quilombola population in the studied municipality is also ensured.

The current study is relevant because it describes a population of Brazilian Afro-descendants with a rural and homogenous lifestyle. One of the main risk factors for CVD is hypercholesterolemia.



Graph 2. Distribution of the individuals according to the Framingham score.

Hypercholesterolemia is potentiated by obesity, sedentary lifestyle,²¹ and other factors such as smoking, hypertension, poor eating habits, and family history.¹¹

Dyslipidemia was primarily associated with isolated hypertriglyceridemia (mean, 163 ± 60 mg/dL). It was not associated with an increased prevalence of hyperglycemia or obesity. The serum concentrations of HDL-c and LDL-c were normal in most individuals (73.27% and 85.64%, respectively). There was no significant association between dyslipidemia and hypertension, smoking, and education. Thus, 71.79% of the individuals had a low risk of myocardial infarction and death within 10 years according to the Framingham score. This analysis excluded individuals older than 79 years. According to Lotufo,²² the Framingham score is useful in CVD prevention practices within the clinical and epidemiological contexts. However, it does not take diet, weight, and physical activity into consideration, and this analysis was not considered in our study.

The low cardiovascular risk of the sample and the HDL-c levels presented are similar to those found in the literature.²³ There is evidence that risk factors for CVD, such as hypertension and smoking, are present in Afro-descendants. However, Afro-descendants, especially male afro-descendants, did not show a larger difference in mortality as a result of coronary disease. The increase in HDL-c may be protective against cardiovascular risk. In the present study, the main difference concerning lipid pattern was the presence of hypertriglyceridemia.²³

It is difficult to compare our data with the prevalence of MS in other Afro-descendant communities in Brazil. These studies, particularly lipid profile studies, are scarce. Medeiros is one of the few studies that have examined the remaining Quilombola communities in the state of Amapá.²⁴ They found a low prevalence of MS and fewer independent CVD risk factors among Quilombolas than among non-Quilombolas.

Barbosa et al., in 2010, studied MS in 719 patients at the Outpatient Cardiology Care in the city of São Luís, the capital of the state of Maranhão and found an elevated prevalence of MS. The prevalence

was higher among individuals with low income and advanced age.²⁵ The study sample had a different sociodemographic profile than that in our study. Barbosa et al. evaluated an urban population.²⁵ In contrast, the Quilombola communities reported here are essentially rural. This may explain the difference in the identified prevalence of MS. Lifestyle and eating habits may contribute to these differences.

The data on hypertension in our study did not differ from those in the literature. The prevalence of hypertension was high. Lopes analyzed hypertension as one of the risk factors for CVD.²⁶ He showed that several international and Brazilian studies consistently reported a greater prevalence of hypertension in the black population than in the white population. Another cross-sectional study was conducted by the Brazilian Surveillance System of Chronic Disease Risk Factors and Protection in 2006 using a telephone survey approach (Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico; VIGITEL). The frequency of self-reported arterial hypertension was 21.6%. This frequency increased with age, decreased with higher education, and was elevated in individuals with dark skin.²⁷

Otherwise, studies have shown that physical activity is an important protective factor against CVD.^{28,29} Physical activity increases adiponectin concentrations in the plasma, which, in turn, increases insulin sensitivity and decreases the levels of interleukin 6 and tumor necrosis factor- α .^{30,31} In Quilombola communities, women perform agroextractivism, and men are responsible for farming activities. However, we do not quantify the energy expense demanded by these activities.

Conclusions

This study has shown that the Afro-descendants of the Quilombola communities in the Maranhão countryside showed a high prevalence of hypertension and dyslipidemia characterized by increased TG. The frequency of other independent risk factors for cardiovascular events was low, as well as the prevalence of MS and cardiovascular risk according to the Framingham score for cardiovascular diseases.

References

1. Fundação Palmares: Comunidades Quilombolas [on line] [cited 2015 Ago 26]. Available from: http://www.palmares.gov.br/?page_id=37551
2. Reis M. Dimensão sócio cultural. In: Revista Palmares. Edição Especial; 2010. p. 45 [on line] [cited 2015 Ago 26]. Available from: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2011/02/revista-edo.pdf>
3. Comissão Pró-Índio de São Paulo: Comunidades Quilombolas no Brasil [on line] [cited 2015 Ago 26]. Available from: <http://www.cpis.org.br>
4. Shiraishi Neto J. Babaçu livre: conflito entre legislação extrativa e práticas camponesas. In: Almeida AWB, eds. Economia do Babaçu: levantamento preliminar de dados. São Luís: Thiphografia; 2000.
5. Brasil. Ministério do Meio Ambiente. Valoração econômica da biodiversidade. Brasília: Ministério do Meio Ambiente; 2000. p.37-8.
6. Clement CR, Lleras PE, Leeuwen J. O potencial das palmeiras tropicais do Brasil: acertos e fracassos das últimas décadas. *Agrociencia Uruguay*. 2005;9(1/2):67-71.
7. Pinheiro CUB. Palmeiras do Maranhão (Onde Canta o Sabiá). São Luís: Editora Aquarela; 2011. 232p.
8. Mesquita BA. As mulheres agroextrativistas do Babaçu: a pobreza a serviço da preservação do meio ambiente. *Rev Pol Públ*. 2008;12(1):53-61.

9. Barbosa Mdo C, Bouskela E, Cyrino FZ, Azevedo AP, Costa MC, de Souza Md, et al. Effects of babassu nut oil on ischemia/reperfusion-induced leukocyte adhesion and macromolecular leakage in the microcirculation: observation in the hamster cheek pouch. *Lipids Health Dis.* 2012;11:158. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1476-511X-11-158>
10. Polanczyk CA. Cardiovascular risk factors in Brazil: the next 50 years! *Arq Bras Cardiol.* 2005;84(3):199-201. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2005000300001>
11. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol.* 2007;88(Suppl 1):1-19.
12. Chien KL, Lin HJ, Hsu HC, Chen MF. Lipid-related residual risk and renal function for occurrence and prognosis among patients with first-event acute coronary syndrome and normal LDL cholesterol. *Lipids Health Dis.* 2011;10:215. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1476-511X-10-215>
13. National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. *Circulation.* 2002;106(25):3143-421.
14. Angeli CB. Susceptibilidade genética e outros fatores de risco associados ao sobrepeso e à obesidade em populações afro-descendentes do Vale do Ribeira [Tese de doutorado]. São Paulo: Instituto de Biociências da Universidade de São Paulo; 2008. 212p.
15. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol.* 2010;951(Suppl 1):1-51.
16. Holt R. The Food and Agriculture Organization/World Health Organization expert report on diet, nutrition and prevention of chronic diseases. *Diabetes Obes Metab.* 2003;5(5):354.
17. World Health Organization. Global database on body mass index [on line] [cited 2015 Ago 26]. Available from: http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
18. Janssen I, Katzmarzyk PT, Ross R. Body mass index, waist circumference, and health risk: evidence in support of current National Institutes of Health guidelines *Arch Intern Med.* 2002;162(18):2074-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.162.18.2074>
19. Alberti KG, Zimmet P, Shaw J. Metabolic syndrome--a new world-wide definition. A Consensus Statement from the International Diabetes Federation. *Diabet Med.* 2006;23(5):469-80. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1464-5491.2006.01858.x>
20. Tadano YS, Ugaya CML, Franco AT. Método de regressão de Poisson: metodologia para avaliação do impacto da poluição atmosférica na saúde populacional. *Ambient Soc.* 2009;12(2):241-55. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-753X2009000200003>
21. Bergmann ML, Bergmann GG, Halpern R, Rech RR, Constanzi CB, Alli LR. Associated factors to total cholesterol: school based study in southern Brazil. *Arq Bras Cardiol.* 2011;97(1):17-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2011005000065>
22. Lotufo PA. Framingham score for cardiovascular diseases. *Rev Med (São Paulo).* 2008;87(4): 232-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v87i4p232-237>
23. Zoratti R. A review on ethnic differences in plasma triglycerides and high-density-lipoprotein cholesterol: is the lipid pattern the key factor for the low coronary heart disease rate in people of African origin? *Eur J Epidemiol.* 1998;14(1):9-21. DOI: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1007492202045>
24. Medeiros ALCL. Síndrome metabólica em idosos quilombolas e não-quilombolas no Estado do Amapá [Dissertação de mestrado]. Brasília: Universidade Católica de Brasília; 2009. 88p.
25. Barbosa JB, Silva AAM, Barbosa FF, Monteiro Júnior FC, Figueiredo Neto JA, Nina VJS, et al. Síndrome metabólica em ambulatório cardiológico. *Arq Bras Cardiol.* 2010;94(1):46-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010000100009>
26. Lopes AA. Raça e hipertensão arterial. *HiperAtivo.* 1996;3:153-62.
27. Ferreira SR, Moura EC, Malta DC, Sarno F. Frequency of arterial hypertension and associated factors: Brazil, 2006. *Rev Saude Publica.* 2009;43 Suppl 2:98-106. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000900013>

28. Fernandes RA, Christofaro DGD, Casonatto J, Codogno JS, Rodrigues E, Cardoso M, et al. Prevalência de dislipidemia em indivíduos fisicamente ativos durante a infância, adolescência e idade adulta. *Arq Bras Cardiol.* 2011;97(4):317-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2011005000083>
29. Nunes Filho JR, Debastiani D, Nunes AD, Peres KG. Prevalence of cardiovascular risk factors in adults living in Luzerna, Santa Catarina, in 2006. *Arq Bras Cardiol.* 2007;89(5):289-93. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2007001700007>
30. Balducci S, Zanuso S, Nicolucci A, Fernando F, Cavallo S, Cardelli P, et al. Anti-inflammatory effect of exercise training in subjects with type 2 diabetes and the metabolic syndrome is dependent on exercise modalities and independent of weight loss. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2010;20(8):608-17. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.numecd.2009.04.015>
31. Carrel AL, McVean JJ, Clark RR, Peterson SE, Eickhoff JC, Allen DB. School-based exercise improves fitness, body composition, insulin sensitivity, and markers of inflammation in non-obese children. *J Pediatr Endocrinol Metab.* 2009;22(5):409-15. DOI: <http://dx.doi.org/10.1515/JPEM.2009.22.5.409>

Uso de plantas medicinais por usuários do serviço público de saúde do município de Ijuí/RS

Medicinal plant use by patients using the public health service of the city of Ijuí, Rio Grande do Sul, Brazil

El uso de plantas medicinales por los usuarios del servicio público de salud del municipio de Ijuí/RS

Christiane de Fátima Colet. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Ijuí, RS, Brasil. chriscolet@yahoo.com.br
(Autora correspondente)

Claudia Angélica Nunes Cavalheiro. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Ijuí, RS, Brasil.
claudia@unijui.edu.br

Gislaine Tisott Dal Molin. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Ijuí, RS, Brasil. gmolin@gmail.com

Aline Willens Cavinatto. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Ijuí, RS, Brasil.
alinecavinatto@yahoo.com.br

Morgana Schiavo. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Ijuí, RS, Brasil. morganaschiavo@yahoo.com.br

Karin Hepp Schwambach. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Ijuí, RS, Brasil. karinhepp@yahoo.com.br

Karla Renata Oliveira. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Ijuí, RS, Brasil. karla@unijui.edu.br

Resumo

Este estudo buscou descrever o uso de plantas medicinais por usuários do Serviço Público de Saúde do município de Ijuí/RS. **Métodos:** trata-se de estudo transversal, com questionário estruturado, aplicado aos usuários que buscam atendimento no Serviço Público de Saúde do município de Ijuí/RS, nas unidades da Secretaria Municipal de Saúde/Unidade de Saúde do Centro - UESF -, que atende os bairros Luis Fogliatto e Alvorada, e UESF do Meio-Rural. A coleta de dados ocorreu entre março a setembro de 2012 e foi aprovado pelo CEP/UNIJUÍ. **Resultados:** dos 446 entrevistados, 81,0% utilizam plantas e 71,5% afirmaram utilizá-las por indicação de familiares. As espécies mais citadas foram: *Achyrocline satureioides* D.C. (Lam.) (marcela) 22,8%, *Matricaria chamomilla* L. (camomila) 13,5%, *Lippia alba* (Mill.) N.E. Br. ex Britton & P. Wilson (cidreira) 9,7%. Quanto às indicações terapêuticas atribuídas às plantas, as mais citadas foram as doenças do trato gastrointestinal, sistema nervoso, distúrbios metabólicos, aparelho respiratório e hipertensão. Algumas destas indicações não encontraram embasamento científico na literatura pesquisada. **Conclusão:** entende-se necessária a capacitação dos profissionais da área da saúde para garantir a correta orientação ao usuário, bem como o fomento à pesquisa com plantas medicinais para embasar a implementação de políticas públicas de fitoterapia.

Abstract

This study evaluated the use of medicinal plants by users of the Public Health Service of the city of Ijuí, Rio Grande do Sul, Brazil. **Methods:** this cross-sectional study used a structured questionnaire administered to users who sought care in the Public Health Service of the city of Ijuí in units of the Municipal Health Unit/Health Center - UESF serving the Luis Fogliatto, and Alvorada neighborhoods and UESF Meio-Rural. Data collection occurred between March and September 2012 and was approved by the Ethics Research Committee of UNIJUÍ. **Results:** of the 446 respondents, 81.0% used medicinal plants, and 71.5% said they did so following the advice of family members. The most cited species were *Achyrocline satureioides* D.C. (Lam.) (marcela), *Matricaria chamomilla* L. (chamomile), and *Lippia alba* (Mill.) N.E. Br. ex Britton & P. Wilson (bushy matgrass), which were used by 22.8%, 13.5%, and 9.7% of the respondents, respectively. The indications most attributed to the plants were diseases of the gastrointestinal tract and nervous system, metabolic disorders, respiratory problems, and hypertension. Some of these indications were not identified by a review of the scientific literature. **Conclusion:** it is necessary to train health professionals to ensure that correct advice is given to users and to foster research on medicinal plants to support the implementation of public policies on phytotherapy.

Como citar: Colet CR, Cavalheiro CAN, Molin GTD, Cavinatto AW, Schiavo M, Schwambach KH, Oliveira KR. Uso de plantas medicinais por usuários do serviço público de saúde do município de Ijuí/RS. 2015;10(36):1-13. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(36\)930](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(36)930)

Palavras-chave:

Plantas Medicinais
Etnobotânica
Atenção Primária à Saúde
Farmácia

Keywords:

Medicinal Plants
Ethnobotany
Primary Health Care
Pharmacies

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
UNIJUI, 031/2012, 12/02/2012.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.
Recebido em: 01/05/2014.
Aprovado em: 07/08/2015.

Resumen

Este estudio describe el uso de plantas medicinales por los usuarios del Servicio de Salud Pública del municipio de Ijuí/RS. **Métodos:** estudio transversal mediante un cuestionario estructurado administrado a los usuarios que buscan atención en el Servicio de Salud Pública del municipio de Ijuí/RS, en unidades de la Unidad de Salud/Centro de Salud Municipal - UESF servir barrios Luis Fogliatto y Alvorada y UESF Meio-Rural. La recolección de datos tuvo lugar entre marzo y septiembre del 2012 y fue aprobado por el IRB/UNIJUI. **Resultados:** de los 446 encuestados, el 81,0% utilizan plantas y el 71,5% dijo que utilizan por indicación de la familia. Las especies más frecuentes fueron *satureioides Achyrocline* (marcela) 22,8%, *Matricaria recutita* (manzanilla) 13,5%, *Lippia alba* (limón) 9,7%. En cuanto a las indicaciones asignadas a las plantas más citadas fueron: tracto gastrointestinal, el sistema nervioso, trastornos metabólicos, respiratorios, hipertensión y otros. Algunas de estas indicaciones no se encontraron en la literatura científica. **Conclusión:** se entiende la formación necesaria de los profesionales de la salud para asegurar la orientación correcta para el usuario, así como el fomento de la investigación de plantas medicinales para apoyar a la implementación de políticas públicas en la medicina herbal.

Palabras clave:

Plantas Medicinales
Etnobotânica
Atención Primaria de Salud
Farmacia

Introdução

O uso de plantas medicinais é uma alternativa para a manutenção da saúde, além da prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças físicas e mentais.¹ Estes recursos são uma prática comum nos países em desenvolvimento, nos quais a situação socioeconômica restringe o acesso aos serviços de saúde e o uso tradicional de plantas torna-se, muitas vezes, a única terapia disponível. Além disso, o uso de plantas medicinais está relacionado à valorização da biodiversidade.²

Estudos indicam que o cuidado de saúde com produtos a base de plantas medicinais seja favorável à saúde humana, desde que o usuário tenha conhecimento sobre sua finalidade, riscos e benefícios.² A utilização de plantas medicinais pode desencadear efeitos adversos, sendo estes decorrentes de inúmeros fatores, como, por exemplo, falta de conhecimento sobre as condições de cultivo, incorreta identificação farmacobotânica, informações insuficientes sobre reações adversas, esquema posológico, tempo de uso da terapia, e em especial, as interações medicamentosas.³

Desta forma, torna-se importante conhecer o perfil de uso de plantas pela população, qualificar o conhecimento da mesma sobre estas terapias e relacionar o conhecimento popular aos estudos científicos, visando estabelecer critérios para o uso seguro de plantas medicinais e fitoterápicos.⁴ Neste contexto, os estudos epidemiológicos sobre o uso das plantas medicinais são importantes para promover o uso racional de medicamentos concomitante com plantas, identificar doenças passíveis de tratamento com estes recursos vegetais e contribuir para a formulação de programas educacionais de saúde que ofereçam informações sobre eficácia, segurança e qualidade de plantas e seus derivados. E, ainda, para auxiliar os profissionais de saúde a incorporar as plantas medicinais nativas como recurso terapêutico do sistema de saúde público.⁵

Assim, o presente estudo teve como objetivo descrever o uso de plantas medicinais por usuários do Serviço Público de Saúde do município de Ijuí/RS.

Material e Métodos

A pesquisa seguiu um modelo de estudo transversal, que utilizou um questionário estruturado, aplicado aos usuários que buscam atendimento no Serviço Público de Saúde do município de Ijuí/RS.

Ijuí é um município brasileiro localizado na região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, cuja área de unidade territorial corresponde a 689,133 Km², e população de 78.915 habitantes em 2010.⁶ A Secretaria

Municipal de Saúde conta com 16 Unidades de Estratégia de Saúde da Família (UESF), distribuídas na área urbana e na área rural.

Os locais de coleta de dados foram selecionados intencionalmente: a) Unidade de Saúde do Centro; b) UESF Distrital, que atende os bairros Luis Fogliatto e Alvorada e c) UESF do Meio-Rural, para representar a população que reside na área urbana/central, urbano-periférica e rural, respectivamente. Embora a Unidade de Saúde do Centro possua no mesmo local um serviço de pronto atendimento, foram selecionados apenas usuários que procuraram atendimento médico nestas Unidades de Saúde selecionadas. Considerando a população atendida neste município foi realizado um cálculo amostral, considerando erro de 5%, e nível de confiança de 95%, e intervalo de confiança de 95%, e compôs-se a amostra de 446 entrevistados. Estes foram estratificados nos três locais considerando que a estratificação foi pela proporcionalidade da população cadastrada em cada UBS, da seguinte forma: 297 da Unidade de Saúde do Centro, 74 da UESF do Meio-Rural e 75 da UESF Luis Fogliatto-Alvorada.

Foram incluídos usuários maiores de 18 anos, que procuraram o Serviço Público de Saúde do município de Ijuí/RS, nos três locais selecionados para o estudo, no período de março a setembro de 2012 e que aceitaram participar da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada com auxílio de um instrumento de coleta de dados, dividido em duas partes, validado em estudo piloto. A primeira parte abrange questões de características socioeconômicas, a segunda refere-se à utilização das plantas, abordando o consumo das mesmas, seu modo de preparo e uso, bem como as suas indicações. Neste momento, a utilização de plantas foi relatada pelos entrevistados de forma verbal. Este estudo faz parte de um projeto de pesquisa que fará a coleta e identificação das plantas em outro momento. Como as coletas foram realizadas em Unidades de Saúde, as plantas utilizadas foram apenas citadas pelos entrevistados, sem coleta do material vegetal neste momento.

Para a questão “finalidade de uso dos chás”, foram reunidos termos comuns para as diferentes respostas dos entrevistados e posteriormente agrupados conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10^a. Revisão (CID 10).⁷ Vale ressaltar que as doenças citadas pelos entrevistados também foram autorreferidas. A análise estatística foi descritiva mediante obtenção de médias e desvios padrão para variáveis quantitativas, com intervalo de confiança de 95%.

Este estudo é vinculado ao projeto institucional de pesquisa da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - Unijuí intitulado “Avaliação do Uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no Serviço Público de Saúde do Município de Ijuí/RS”, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul CEP/UNIJUÍ por meio do Parecer Consubstanciado nº 031/2012.

Resultados

Foram realizadas 446 entrevistas, destes 79,4% residiam na área urbana. Destaca-se que 66,6% foram usuários entrevistados na Unidade de Saúde do Centro, e, destes, 10,4% informaram residir nesta área do município os demais residiam em regiões periféricas da cidade, mas buscavam atendimento nesta Unidade. Dentre os entrevistados da UESF Luis Fogliatto-Alvorada (distrital), que representaram 16,8% do total de pessoas, 72,4% citaram sua moradia nesta área.

Em relação à faixa etária, a maioria dos usuários (44,6%) encontra-se entre 40 e 59 anos, com média de idade de 49,75 (DP±5,75). A prevalência de utilização de plantas medicinais foi de 81,0% entre os entrevistados, sendo sua maioria na faixa etária de 40 a 59 anos (44,6%). A maioria dos entrevistados relatou possuir ensino fundamental (59%) e quanto à profissão houve predomínio de do lar (27,8%) e aposentados (14,6%).

Em relação ao sexo, constatou-se que 87,2% dos entrevistados eram do sexo feminino e a maior parte dos entrevistados (59,9%) possui o ensino fundamental completo. Quanto à renda, observou-se que 67,7% dos usuários apresentam renda de até um salário mínimo e meio e, estratificando-se, observa-se que 75,4% dos entrevistados da Unidade de Saúde do Centro estão nesta faixa de renda, 67,5% na UESF Meio Rural e 37,3% na UESF Luis Fogliatto-Alvorada. Por outro lado, 58,6% dos usuários entrevistados na UESF Luis Fogliatto-Alvorada apresentam renda de dois a quatro salários mínimos.

Do total de entrevistados, 81,0% utilizam plantas medicinais na forma de chá. A Tabela 1 caracteriza a utilização de plantas medicinais pelos entrevistados. A forma de utilização e a fonte de indicação dos chás permitiam mais de uma resposta por entrevistado.

A principal forma de uso citada foi a utilização da planta fresca para o preparo do chá, superior a 60%, em todos os locais estudados (Tabela 1). As partes da planta mais utilizadas foram as folhas frescas, seguidas pelo uso das flores e caules. A maioria dos entrevistados, 71,5%, mencionou utilizar plantas medicinais por indicação de familiares e 55,3% afirmaram utilizar plantas medicinais como bebida, portanto, sem fins terapêuticos.

Tabela 1. Caracterização do uso de plantas medicinais na forma de chás por usuários entrevistados de três Unidades de Saúde de Ijuí/RS, 2012.

	UESF Meio Rural n (%)	UESF Luis Fogliatto-Alvorada n (%)	Unidade de Saúde do Centro n (%)	Total n (%)
Utiliza chá	n=74	n=75	n=297	n=446
Sim	65 (87,8)	58 (77,3)	238 (80,1)	361 (81,0)
Não	09 (12,2)	17 (22,7)	59 (19,9)	85 (19,0)
Como é o chá	n=92	n=83	n=365	n=541
Planta fresca	64 (70,2)	58 (67,4)	235 (62,1)	357 (64,0)
Sachê	28 (29,8)	25 (29,1)	131 (34,6)	184 (33,0)
Quem indicou o chá	n=76	n=77	n=318	n=471
Família	62 (81,0)	58 (75,3)	217 (68,2)	337 (71,5)
Amigos	02 (3,0)	04 (5,2)	36 (11,3)	42 (8,9)
Pastoral da Saúde	04 (5,2)	01 (1,3)	21 (6,6)	26 (5,5)
Vizinho	01 (1,3)	06 (7,8)	13 (4,1)	20 (4,2)
Meios de comunicação	04 (5,2)	03 (3,9)	11 (3,4)	18 (3,8)
Médicos	02 (3,0)	00 (0,0)	05 (1,7)	07 (1,5)
Farmácia	01 (1,3)	00 (0,0)	02 (0,6)	03 (0,6)
Outros	00 (0,0)	05 (6,5)	13 (4,1)	18 (4,0)

As indicações terapêuticas atribuídas às plantas medicinais citadas pelos entrevistados podem ser visualizadas na Tabela 2. As indicações mais prevalentes foram as relacionadas a doenças e sintomas de doenças do trato gastrointestinal, do sistema nervoso, distúrbios metabólicos, doenças do aparelho respiratório, hipertensão arterial sistêmica (HAS), artropatias, doenças infecciosas e parasitárias, *diabetes mellitus* (DM), doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunológicos.

Tabela 2. Plantas medicinais e indicação citadas com maior frequência pelos entrevistados de três Unidades de Saúde de Ijuí, RS/2012. (n=1.359)

Nome Científico/Nome Popular	n total (%)	Indicações mais citadas pelos usuários			Indicação/Fonte da indicação
		UESF Meio-Rural	UESF Luis Fogliatto-Alvorada	Unidade de Saúde do Centro	
<i>Achyrocline satureioides</i> (Lam.) DC. (Asteraceae)/Marcela/Macela	224 (22,8)	Problemas de estômago, antigripal, calmante, analgésico e fígado	Problemas de estômago, antigripal e fígado	Problemas de estômago, antigripal, calmante, analgésico e fígado	Antidispéptico, antiespasmódico e anti-inflamatório. ⁸⁻¹⁰
<i>Matricaria chamomilla</i> L. (Asteraceae)/Camomila	171 (17,4)	Antitérmico, antitussígeno e calmante	Calmante, problemas de estômago, cólica e analgésico	Calmante, digestivo, antigripal e analgésico	Uso interno: antiespasmódico, ansiolítico e sedativo leve. Uso externo: anti-inflamatório em afecções da cavidade oral. ⁹⁻¹²
<i>Lippia alba</i> (Mill.) N.E. Br. ex Britton & P. Wilson (Verbenaceae)/Cidreira	96 (9,7)	Calmante, anti-hipertensivo, antitérmico, analgésico e antigripal	Calmante, anti-hipertensivo, antitérmico, antigripal	Calmante, anti-hipertensivo, antitérmico, analgésico e antigripal	Ansiolítico, sedativo leve, antiespasmódico e antidispéptico. ^{9,13}
<i>Plectranthus barbatus</i> Andrews (Lamiaceae)/Boldo nacional, Hortelã homem, Falso boldo	80 (8,1)	Problemas de estômago, fígado	Problemas de estômago	Problemas de estômago, fígado	Antidispéptico. ^{9,13-15}
<i>Pimpinella anisum</i> L. (Apiaceae)/Erva doce, Anis	61 (6,2)	Calmante, analgésico, problemas de estômago	Calmante, analgésico, problemas de estômago	Calmante, analgésico, problemas de estômago	Antidispéptico e antiespasmódico. ^{9,13}
<i>Citrus</i> L. (Rutaceae)/Laranjeira	60 (6,1)	Antigripal, calmante	Antigripal, calmante, analgésico	Antigripal, calmante	Ansiolítico e sedativo leve. ^{9,13,16,17}
<i>Mikania glomerata</i> Spreng. (Asteraceae)/Guaco	51 (5,2)	Antigripal, antitussígeno	Antigripal, problemas de estômago	Antigripal, antitussígeno	Expectorante. ⁹
<i>Mentha</i> L. (Lamiaceae)/Hortelã; Hortelã Pimenta	46 (4,7)	Antigripal, infecção, calmante, anti-hipertensivo, digestivo, antioxidante, vermífugo	Antitussígeno, calmante, problemas de estômago	Antigripal, infecção, calmante, anti-hipertensivo, digestivo, antioxidante, vermífugo	Antiespasmódico e antitussígeno. ^{9,13}
<i>Plantago major</i> L. (Plantaginaceae)/Tanchagem, Tansagem, Tranchagem	45 (4,6)	Antibiótico, problemas de estômago, anti-inflamatório, diabetes, infecção de bexiga, purifica o sangue	Antibiótico, infecção ovariana e útero	Antibiótico, problemas de estômago, anti-inflamatório, diabetes, infecção de bexiga, purifica o sangue	Anti-inflamatório e antisséptico da cavidade oral. ⁹
<i>Malva sylvestris</i> L. (Malvaceae)/Malva	35 (3,5)	Analgésico e anti-inflamatório para dor de garganta e dente	Antibiótico, Analgésico e anti-inflamatório para dor de dente	Analgésico e anti-inflamatório para dor de garganta e dente	Uso interno: expectorante. Uso externo: anti-inflamatório e antisséptico da cavidade oral. ^{9,13,18,19}

Tabela 2. Continuação...

Outras plantas citadas*	490	<p>Aipo/<i>Apium graveolens</i> L. (Apiaceae) (1); Alcachofra/<i>Cynara scolymus</i> L. (Asteraceae) (10); Alecrim/<i>Rosmarinus officinalis</i> L. (Lamiaceae) (8); Alho/<i>Allium sativum</i> L. (Amaryllidaceae) (4); Ameixa/<i>Prunus</i> L. (Rosaceae) (8); Amora branca/<i>Morus alba</i> L. (Moraceae) (3); Aniz estrelado/<i>Illicium verum</i> Hook. f. (Schisandraceae) (11); Arnica/<i>Arnica montana</i> L. (Asteraceae) (2); Arruda/<i>Ruta graveolens</i> L. (2); Bergamota/<i>Citrus</i> L. (Rutaceae) (14); Cabelo de milho/<i>Zea mays</i> ssp. (Poaceae) (3); Carqueja/<i>Baccharis trimera</i> (Less.) DC. (Asteraceae) (19); Calendula/<i>Calendula officinalis</i> L. (Asteraceae) (2); Canela/<i>Cinnamomum Schaeff.</i> (Lauraceae) (3); Canfora/<i>Cinnamomum camphora</i> (L.); Nees & Eberm. (Lauraceae) (1); Cáscara sagrada/<i>Rhamnus purshiana</i> DC. (Rhamnaceae) (1); Cavalinha/<i>Equisetum</i> L. (Equisetaceae) (11); Centella asiática/<i>Centella asiatica</i> (L.) Urb. (Apiaceae) (1); Chá preto/<i>Camellia sinensis</i> (L.) Kuntze (Theaceae) (2); Chá verde/<i>Camellia sinensis</i> (L.) Kutze (Theaceae) (15); Chapéu de couro/<i>Echinodorus</i> Rich. (Alismataceae) (11); Cidrô/<i>Aloysia citriodora</i> (Paláu) (Verbenaceae) (4); Cipó mil homens/<i>Aristolochia</i> L. (Aristolochiaceae) (9); Cobrina/<i>Peschiera australis</i> (Müll. Arg.) Miers (Apocynaceae) (3); Confrei/<i>Symphytum officinale</i> L. (Boraginaceae) (4); Couve/<i>Brassica oleraceae</i> L. (Brassicaceae) (1); Dente de leão/<i>Taraxacum</i> Zinn. (Asteraceae) (1); Endro/<i>Anethum graveolens</i> L. (Apiaceae) (8); Erva de bugre/<i>Casearia sylvestris</i> Sw. (Salicaceae) (4); Espinheira Santa/<i>Maytenus ilicifolia</i> Mart. ex Reissek (Celastraceae) (5); Eucalipto/<i>Eucalyptus</i> L'Her. (Myrtaceae) (1); Funcho/<i>Foeniculum vulgare</i> Mill. (Apiaceae) (14); Gabiroba/<i>Cissus sicyoides</i> fo. <i>lobata</i> (Baker) Planch. (Vitaceae) (14); Zingiber officinale Roscoe (Zingiberaceae)/Gengibre (2); <i>Psidium guajava</i> L. (Myrtaceae)/Goiaba (1); Insulina e <i>Taraxacum</i> F.H. Wigg. (Asteraceae) (5); Ipe/<i>Tabebuia Gomes</i> ex DC. (Bignoniaceae) (1); Jambolão/<i>Syzygium jambolanum</i> (Lam.) DC. (Myrtaceae) (9); Kava-kava/<i>Piper methysticum</i> L. f. (Piperaceae) (1); Lima/<i>Citrus</i> L. (Rutaceae) (1); Limão/<i>Citrus</i> L. (Rutaceae) (21); Losna/<i>Artemisia absinthia</i> St.-Lag (Asteraceae) (8); Maçã/<i>Malus domestica</i> Borkh. (Rosaceae) (10); Manjerição/<i>Ocimum ser. Basilica</i> Benth. (Lamiaceae) (4); Manjerona/<i>Origanum majorana</i> L. (Lamiaceae) (1); Maracujá/<i>Passiflora sp</i> L. (Passifloraceae) (5); Melissa/<i>Melissa officinalis</i> L. (Lamiaceae) (28); Mestruz/<i>Chenopodium</i> L. (Amaranthaceae) (1); Mil em rama/<i>Achillea millefolium</i> L. (Asteraceae) (1); Morango/<i>Fragaria</i> L. (Rosaceae) (2); Muricata/<i>Annona muricata</i> L. (Annonaceae) (4); Nozes/<i>Carya</i> Nutt. (Juglandaceae) (4); Oliveira/<i>Olea europae</i> L. (Oleaceae) (7); Orégano/<i>Origanum vulgare</i> L. (Lamiaceae) (1); Pata de vaca/<i>Bauhinia forficata</i> Link. (Fabaceae) (1); Pitanga/<i>Eugenia uniflora</i> L. (Myrtaceae) (15); Poejo/<i>Mentha pulegium</i> L. (Lamiaceae) (25); Quebra-pedra/<i>Phyllanthus niruri</i> L. (Phyllanthaceae) (22); Raiz de salsa/<i>Petroselinum</i> Hill (Apiaceae) (2); Romã/<i>Punica granatum</i> L. (Lythraceae) (6); Sálvia/<i>Salvia officinalis</i> L. (Lamiaceae) (7); Sene/<i>Cassia angustifolia</i> Vahl. (Fabaceae) (3); Sete capota/<i>Campomanesia guazumifolia</i> (Cambess.) O.Berg. (Myrtaceae) (2); Tarumã/<i>Vitex montevidensis</i> Cham. (Lamiaceae) (1); Unha de gato/<i>Uncaria tomentosa</i> (Willd.) DC. (Rubiaceae) (3). Plantas cujo nome científico não foi encontrado: Artimege (1); Urtigão (2); Coqueiro vermelho (6); Boldo chinês (1); Infalivina (7); Flor de pedra (1); Frutas vermelhas (2); Erva da pontada (2); Picão do reino (8); Pitoco (1); Juá (2); Penicilina (2); Sucupira (1); Mil ervas (1).</p>
-------------------------	-----	---

Ocorreram 1.359 citações de plantas medicinais por nome popular, sendo 92 plantas distintas. As plantas citadas com maior frequência estão apresentadas na Tabela 2, com destaque para *Achyrocline satureioides* D.C. (Lam.) (Asteraceae) (marcela) 22,8% e *Matricaria chamomilla* L. (Asteraceae) (camomila) 17,4%.

Malus domestica Borkh. (maçã), *Zea mays* ssp. (cabelo de milho), *Syzygium jambolanum* (Lam.) DC. (jambolão), *Campomanesia xanthocarpa* Mart. ex O. Berg (gabirola) e *Cissus sicyoides* fo. *lobata* (Baker) Planch. (insulina) encontram-se no Anexo I da RDC 10/10,⁸ que dispõe sobre a notificação de drogas vegetais junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e apresenta uma lista de plantas, com a respectiva forma de uso indicações e contra-indicações. No Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira,⁹ não constam a *Malus domestica* Borkh. (maçã), *Mentha pulegium* L. (poejo), *Eugenia uniflora* L. (pitanga), *Zea mays* ssp. (cabelo de milho), *Syzygium jambolanum* (Lam.) DC (jambolão), *Campomanesia xanthocarpa* Mart. ex O. Berg (gabirola) e *Cissus sicyoides* fo. *lobata* (Baker) Planch. (insulina).

Quando questionados sobre problemas de saúde, 88,3% dos entrevistados informaram apresentar pelo menos um, sendo citadas 16 doenças distintas, todas crônicas, com média de três doenças por entrevistado (Tabela 3). Destes, 25,6% afirmaram ter uma doença, 47,8% citaram duas doenças e 26,6%,

três doenças. Além disso, entre os 11,7% entrevistados que afirmaram não possuir doenças, 44,7% relataram não utilizar plantas.

Dentre as doenças crônicas autorreferidas, destaca-se hipertensão arterial sistêmica (HAS) e *diabetes mellitus* (DM). Do total de entrevistados, 18,5% se declararam diabéticos e 25,8% destes usam algum tipo de planta medicinal, como terapia alternativa e complementar para tratar esta doença. Além disso, 31,8% dos entrevistados relataram HAS, sendo que mais da metade destes (53,6%) fazem uso de algum tipo de planta medicinal, seja para tratamento desta doença, ou para outro fim.

As plantas mais citadas neste estudo para tratamento de HAS foram *Lippia alba* (Mill.) N.E. Br. ex Britton & P. Wilson e *Mentha* L. Já para tratamento de DM, foram citadas *Plantago major* L., *Zea mays* ssp., *Syzygium jambolanum* (Lam.) DC, *Campomanesia xanthocarpa* Mart. ex O. Berg, *Cissus sicyoides* fo. *lobata* (Baker) Planch. e *Taraxacum* F.H. Wigg.

Além das doenças crônicas acima citadas, 8,0% dos entrevistados relataram problemas relacionados à depressão. Destes, 28% afirmaram serem também portadores de DM, HAS, ou ambas, e utilizam plantas medicinais.

DISCUSSÃO

O uso de plantas medicinais pela população estudada vai ao encontro dos relatos de outros estudos, que demonstraram a larga utilização de plantas medicinais no tratamento de diversas doenças.⁴ No estudo de Oliveira Júnior et al.,¹⁹ realizado em Pernambuco, 72% relataram utilizar plantas medicinais como medida terapêutica em agravos à saúde. Petry & Roman-Júnior²⁰ verificaram que 98% dos usuários do SUS entrevistados em Três Passos/RS utilizam plantas medicinais para tratar algum tipo de doença. Lima et al.²¹ verificaram que todos os idosos entrevistados em uma vila periférica de Rio Grande/RS utilizam plantas medicinais no cuidado à saúde, assim como no estudo de Hughes et al.,²² realizado na África do Sul.

Quanto à parte da planta utilizada, os resultados desse estudo são semelhantes aos de outros.^{21,23,24}

Os conhecimentos sobre o uso das plantas medicinais relacionado com a família demonstra que a maior parte deste é transmitido de geração para geração.²⁴ Este fato também foi registrado no estudo

Tabela 3. Doenças citadas pelos usuários de plantas medicinais entrevistados de três Unidades de Saúde de Ijuí/RS, 2012. (n=481)

Doenças	UESF Meio-Rural n=81	UESF Luis Fogliatto-Alvorada n=79	Unidade de Saúde do Centro n=321	Total UESF n=481
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Aparelho circulatório	29 (36,0)	26 (33,0)	98 (30,0)	153 (32,0)
Endócrinas, nutricionais e metabólicas - <i>diabetes mellitus</i>	17 (21,0)	14 (17,7)	58 (18,0)	89 (18,5)
Transtornos mentais e comportamentais	07 (8,6)	04 (5,0)	28 (9,0)	39 (8,0)
Aparelho digestivo	05 (6,1)	07 (9,0)	19 (6,0)	31 (6,4)
Endócrinas, nutricionais e metabólicas - exceto <i>diabetes mellitus</i>	07 (8,6)	04 (5,0)	11 (3,4)	22 (4,6)
Sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	01 (1,2)	02 (2,5)	08 (2,5)	11 (2,3)
Outros*	15 (18,5)	22 (27,8)	99 (31,0)	136 (28,2)

* Doenças infecciosas e parasitárias; neoplasias; doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários; sistema nervoso; olho e anexos; aparelho respiratório e aparelho geniturinário. As citações de uso foram agrupadas e no caso de usos terapêuticos, estes foram classificados pelo CID 10, 2006.

de Petry & Roman-Júnior,²⁰ no qual 64% aprenderam a utilizar as plantas medicinais com os avós e pais. Segundo esses autores, o uso de plantas medicinais é baseado na tradição e a indicação e forma de utilização popular nem sempre é condizente com as apresentadas na literatura científica.

Em relação aos dados da Tabela 2, sobre a *Matricaria chamomilla* L., não foram encontrados estudos que comprovassem a ação antitérmica, antitussígena ou sobre os sintomas da gripe, atribuídas a esta planta pelos entrevistados. Contudo seu efeito anti-inflamatório é comprovado por estudos como o de Lins et al.,¹¹ que avaliaram efeito da *M. recutita* e da clorexidina em pacientes portadores de gengivite crônica e concluíram que a eficácia dos dois tratamentos foi equivalente.

O Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira⁹ confirma as ações ansiolítica e sedativa leve, atribuída a *Lippia alba* (Mill.) N.E. Br. ex Britton & P. Wilson pelos entrevistados e que, além dessas, apresenta ação antiespasmódica e antidispéptica. Pode ser usada ainda como emenagoga e para problemas gastrointestinais¹² (Tabela 2). A indicação da planta como anti-hipertensiva pode estar relacionada à ação sedativa leve e ansiolítica, pois o estresse agudo está entre uma das causas da HAS.²⁵ As ações antitérmica e antigripal não foram encontradas na literatura pesquisada.

Destaca-se que *Plectranthus barbatus* Andrews teve todas as indicações citadas pelos entrevistados confirmadas na literatura (Tabela 2), ou seja, alívio da dispepsia,^{9,13} e sintomas leves de distúrbios espasmódicos do trato gastrointestinal, com propriedades estimulantes e digestivas.^{12,13}

Pimpinella anisum L. foi citada pelos usuários como calmante, analgésico e para problemas de estômago. Segundo Brasil,⁹ tem indicação como estimulante das funções digestivas, distensão abdominal e flatulência. Acredita-se que a indicação como calmante e analgésico deve-se ao fato do uso do chá promover melhoras no quadro gastrointestinal, associando a analgesia.

Verificou-se que, *Mentha* L., *Mikania glomerata* Spreng., *Citrus* L., *Achyrocline satureioides* (Lam.), *Matricaria chamomilla* L. e *Lippia alba* (Mill.) N.E. Br. ex Britton & P. Wilson foram indicadas pelos usuários para tratamento sintomático de gripe, porém apenas o *M. glomerata* Spreng. tem indicação para este uso.⁹

A *Malva sylvestris* L. apresenta propriedades emolientes no tratamento de inflamações, efeito cicatrizante em feridas e potenciais nutracêuticos (propriedade antioxidante nas folhas).¹⁸ É usada como antisséptico da cavidade oral, em bronquite, tosse, laringite, expectorante e como laxativa. As folhas apresentam propriedades hipoglicemiantes.^{9,12} Alguns constituintes presentes na planta podem ser responsáveis pela atividade antimicrobiana. Resultados de ensaio antibacteriano indicaram que as flores e folhas de exibiram alta atividade bactericida contra alguns patógenos humanos, entre eles *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus agalactiae* e *Enterococcus faecalis*.¹⁷ Estes dados oferecem evidências farmacológicas para o uso tradicional desta planta como antibacteriana.

Já a *Citrus* L. possui propriedades antiespasmódicas e calmantes, particularmente no tratamento de insônias,^{9,12} além de atividade ansiolítica e sedativa leve.^{15,16} Devem ser utilizadas as flores secas para preparo do chá,⁹ tendo sido relatado o uso de folhas pelos usuários. As indicações da planta para tratamento sintomático da gripe (Tabela 2) podem estar relacionadas com a associação que é feita desta planta com a vitamina C, pois o fruto é rico neste componente e o seu uso para este fim foi encontrado na literatura pesquisada.¹⁶

Por outro lado, no estudo de Costa¹² se atribui aos frutos de maçãs maduras propriedades refrescantes e laxativas devido ao ácido málico e aos seus sais naturais, conferindo com as indicações dos usuários entrevistados.

A alta prevalência de portadores de HAS e DM que buscam a prevenção ou controle destas doenças crônicas com medidas como o uso de plantas medicinais, justifica-se por se tratar de uma alternativa de custo baixo e culturalmente difundida.²⁶ Santos et al.,²⁷ em Vitória de Santo Antão/PE, mostram que dentre os 158 pacientes diabéticos entrevistados, 36,5% referiram uso de algum tipo de planta medicinal ou fitoterápico no tratamento. Segundo Marlière et al.,²⁸ os dados relativos ao uso de plantas medicinais por hipertensos e diabéticos demonstram que esta forma de tratamento já está bastante difundida, como tratamento inicial ou complementar ao alopático, principalmente por serem doenças crônicas cujo tratamento, muitas vezes, estende-se ao longo de toda a vida do usuário.

As plantas mais citadas neste estudo para tratamento de HAS, *Lippia alba* (Mill.) e *Mentha* L., constam na RDC 10/10, porém as indicações citadas não conferem com as indicações desta referência. *Eugenia uniflora* L. foi citada por cinco entrevistados para o tratamento da HAS, consta na RDC 10/10 para tratamento de diarreia não infecciosa, mas, conforme Lopes,¹⁴ pode ser usada para tratar doenças do sistema cardiovascular, diminuindo a pressão arterial e para o sistema urinário, com efeito diurético. Segundo esse mesmo autor, o uso de plantas medicinais para tratamento de HAS requer embasamento científico, evitando prejuízo ao usuário, seja pela falta do controle efetivo da doença, seja por interações desconhecidas das plantas com medicamentos.

Para tratamento de DM, foram citadas *Plantago major* L., *Zea mays* ssp., *Syzygium jambolanum* (Lam.) DC, *Campomanesia xanthocarpa* Mart. ex O. Berg, *Cissus sicyoides* fo. *lobata* (Baker) Planch. e *Taraxacum* F.H. Wigg., porém não foi encontrada essa indicação na literatura. Destas, apenas *Plantago major* L e *Taraxacum* F.H. Wigg constam na RDC 10/10, porém suas indicações são respectivamente anti-inflamatório e antisséptico da cavidade oral, antidisparéptico (distúrbios digestivos), estimulante do apetite e diurético.⁹

O uso de plantas medicinais associado ao aumento da faixa etária, verificado nesse estudo, pode ser justificado pelo fato de a maioria doenças crônicas estar relacionada ao envelhecimento da população. Estas doenças exigem um nível mais complexo de assistência, o que por vezes não é ofertado de maneira ágil e integral pelo sistema público de saúde.²⁹ Em consequência, estes indivíduos buscam terapias mais acessíveis, como o uso de plantas medicinais para o tratamento de suas doenças. Muitos mantêm o uso de plantas medicinais como forma de tratamento por costume, pelo fácil acesso e por obterem alívio para os sintomas apresentados.

Andrade et al.³⁰ desenvolveram um estudo na comunidade Várzea Comprida dos Oliveiras, localizada no município de Pombal/PB, com 40 moradores locais. A área foi escolhida pela a comunidade apresentar um grande potencial de cultivo de plantas medicinais, por manter uma forma de vida voltada ao uso dos recursos naturais. Do total de entrevistados, 85% informaram se tratar com plantas medicinais, reforçando a ideia de que as pessoas residentes na comunidade estudada utilizam a fitoterapia como forma de tratar suas doenças, e usam as plantas medicinais também para prevenção e baseada em conhecimento popular. Para muitos usuários de plantas medicinais, a sua importância se dá ao fato de acreditarem que os recursos naturais são benéficos à saúde e também por acreditarem que o seu uso não pode prejudicar o organismo.^{31,32}

Em relação ao predomínio do sexo feminino, demonstra a importância das mulheres na transmissão do conhecimento entre gerações, transmitindo o conhecimento sobre plantas medicinais no cuidado da saúde da família.^{21,33}

Os dados relativos a escolaridade vão ao encontro de estudo realizado por Gonçalves et al.,⁴ em Volta Redonda/RJ, composta aleatoriamente por 485 usuários de 14 UBS e da Farmácia Municipal da cidade, com objetivo de obter dados sobre o conhecimento e uso de plantas medicinais. Foi constatado que as duas faixas salariais mais baixas (44% ganha menos que dois salários mínimos e 45,9% entre dois e quatro salários) representavam 90% dos entrevistados que usava plantas medicinais na pesquisa.

Os dados referentes à escolaridade, renda e uso de plantas observadas neste trabalho se justificam pelo fato da amostra populacional estudada ter sido a que busca o Sistema Público de Saúde, caracterizado por indivíduos que possuem menor nível de escolaridade e poder aquisitivo, como confirmado em estudos de Brasileiro et al.^{4,34,35} Nesta população há índices mais elevados de procura por terapias alternativas, considerando os altos custos de medicamentos alopáticos.⁴ Da mesma maneira, em estudo de Ethur et al.,³⁶ realizado no município de Itaqui/RS, com 183 usuários, com objetivo de verificar o perfil dos usuários de plantas medicinais, observou-se que 85% dos que utilizavam plantas na terapêutica possuíam renda na faixa de 0 a 3 salários mínimos.

Embora o uso de plantas medicinais seja amplamente difundido, percebe-se que ainda existe escassez de informações, e a falta destas se dá principalmente entre indivíduos de nível escolar mais baixo, podendo gerar uso incorreto das mesmas, provocando agravamento das doenças já existentes ou aparecimento de novas. A cultura popular faz com que as indicações sejam transmitidas de pessoa para pessoa, atingindo principalmente os indivíduos menos favorecidos economicamente.³⁷ Assim, os dados relativos à escolaridade e renda são imprescindíveis para se avaliar o nível de compreensão destes indivíduos sobre a necessidade de se fazer o uso correto das plantas com base em indicações comprovadas cientificamente.

Diante disso, há a necessidade de estudos comprovando a eficácia da prática do uso de plantas medicinais em seres humanos, estabelecendo, assim, o perfil de toxicidade e uso em longo prazo em diabéticos, acompanhando a evolução das complicações da doença. O conhecimento das propriedades e a correta identificação das plantas medicinais permitirá seu uso com segurança trazendo benefícios ao organismo pelas propriedades que possuem, ou diminuirá a exposição da população a práticas pouco seguras.^{24,27}

Em 2010, o Ministério da Saúde aprovou o projeto chamado “*Farmácia Viva*”, que propõe a inserção do uso de plantas medicinais e fitoterápicos no âmbito do SUS,³⁸ envolvendo todas as etapas desde o cultivo, a coleta, o processamento, o armazenamento de plantas medicinais, a manipulação e a dispensação de preparações magistrais e officinais de plantas medicinais e fitoterápicos, devendo obedecer às boas práticas de processamento e armazenamento de plantas medicinais, preparação e dispensação destes produtos.³⁹ Novamente, reforça-se a necessidade de informações sobre eficácia e segurança para que o uso racional das plantas seja difundido, estabelecendo-se uma relação entre os saberes tradicionais e o conhecimento científico.

Para que sejam realizadas orientações corretas sobre usos e indicações terapêuticas de plantas medicinais, é necessário, juntamente com os usuários, fazer a correta identificação botânica destas plantas que fazem parte do seu cotidiano. Esta foi uma das limitações deste estudo, pois não foi realizada coleta do material vegetal, por se tratar de entrevistas realizadas em UBSs, impossibilitando averiguar o conhecimento dos indivíduos quanto à identificação correta da planta e, assim, conferindo com a sua indicação. Diante disso, fica demonstrada a possibilidade de novos estudos nessa área, dentre eles a identificação botânica

das plantas medicinais tradicionalmente utilizadas pela população devido a grande variedade de espécies existentes e comumente utilizadas.

Conclusões

Para que possa se propagar o conhecimento e se fazer um uso seguro de plantas medicinais e fitoterápicos, os profissionais da saúde devem estar habilitados para a prescrição dos mesmos, com base em conhecimentos técnico-científicos e princípios éticos, considerando as resoluções profissionais bem como as da Anvisa, buscando, dessa maneira, atender de forma racional e qualificada às necessidades da população que buscam atendimento nas UESF.⁴⁰

De acordo com o preconizado pelas políticas nacionais e pelas recomendações da Organização Mundial da Saúde, deve-se garantir à população o acesso seguro, eficaz e de qualidade, promovendo o uso racional das plantas medicinais e fitoterápicos, seja a planta medicinal *in natura*, seca (droga vegetal), fitoterápico manipulado ou industrializado. Isso deve ser realizado pela capacitação dos profissionais da área da saúde incorporando esta prática como recurso terapêutico, garantindo, assim, a implementação das políticas por meio das UESF. O conhecimento da fitoterapia como prática complementar no cuidado dos indivíduos é necessário para que se possa orientá-los sobre a forma adequada de identificação, preparo e usos de plantas e, desta maneira, conscientizá-los sobre o uso racional das mesmas. Numa perspectiva ampla, a fitoterapia pode e deve ser considerada como um campo de interação de saberes e práticas que valoriza os recursos culturais, práticas e saberes locais, a preservação das riquezas naturais e da biodiversidade, a interação dos usuários com a natureza e com os profissionais da equipe de saúde, além de promover a socialização da pesquisa científica e desenvolver visão crítica na população sobre o uso de plantas medicinais na APS e no setor familiar.⁴¹

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). Traditional medicine: definitions. Nota descritiva N°134 [Acesso: 19 Feb 2013]. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/definitions/en/>
2. Iserhard ARM, Budó MLD, Neves ET, Badke MR. Práticas culturais de cuidados de mulheres mães de recém-nascido de risco do Sul do Brasil. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009;13(1):116-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000100016>
3. Nicoletti MA, Oliveira-Júnior MSA, Bertasso CC, Caporossi PY, Tavares APL. Principais interações no uso de medicamentos fitoterápicos. *Infarma.* 2007;19(1/2):32-40.
4. Gonçalves NMT, Generutti M, Chaves DAS, Duarte MM, Vila C. A tradição popular como ferramenta para a implantação da fitoterapia no município de Volta Redonda - RJ. *Rev Bras Farm.* 2011;92(4):346-51.
5. Schwambach KH, Amador TA. Estudo da utilização de plantas Medicinais e medicamentos em um município do Sul do Brasil. *Lat Am J Pharm.* 2007;26(4):602-8. <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/10381/000597945.pdf?sequence=1>.
6. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Rio Grande do Sul, Ijuí, RS [Acesso: 13 Mar 2013]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=431020>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília-DF [Acesso: 17 Jun 2013]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf
8. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 10, de 9 de março de 2010. Dispõe sobre a notificação de drogas vegetais junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 mar. 2010. Seção 1, p. 52-59. (2010)* [Acesso 15 Jun 2013]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/resolucao10_09_03_10.pdf

9. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Formulário de Fitoterápicos da Farmacopéia Brasileira/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa. p.126. (2011b) [Acesso 15 Jun 2013]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/farmacopeiabrasileira/arquivos/2012/FNFB%202_Revisao_2_COFAR_setembro_2012_atual.pdf
10. Simões, CMO, Mentz LA, Schenkel EP, Irgang BE, Stehmann JR. Plantas da medicina popular no Rio Grande do Sul. 6a ed. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2004.
11. Lins R, Vasconcelos FHP, Leite RB, Coelho-Soares RS, Barbosa DN. Avaliação clínica de bochechos com extratos de Aroeira (*Schinus terebinthifolius*) e Camomila (*Matricaria recutita* L.) sobre a placa bacteriana e a gengivite. *Rev Bras Plantas Med.* 2013;15:(1)112-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-05722013000100016>
12. Costa AF. *Farmacognosia*. 6a ed. Lisboa: Foundation Calouste Gulbenkian; 2002. p.1031.
13. EMEA. CommunityherbalmonographonPeumusboldusmolinafolium. EMEA/HMPC [Acesso 05 Jun 2013]. Disponível em: <http://www.ema.europa.eu/>
14. Lopes GAD, Feliciano LM, Diniz RES, Alves MJQF. Plantas medicinais: indicação popular de uso no tratamento de hipertensão arterial sistêmica (HAS). *Rev Cien Ext.* 2010;6:(2)143-55.
15. Costa CA, Cury TC, Cassettari BO, Takahira RK, Flório JC, Costa M. Citrus aurantium L. essential oil exhibits anxiolytic-like activity mediated by 5-HT(1A)-receptors and reduces cholesterol after repeated oral treatment. *BMC Complement Altern Med.* 2013;13:42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6882-13-42>
16. Oliveira IP, Oliveira LC, Moura CSFT. Frutas cítricas. *Rev Fac Montes Belos.* 2012;5(4):78-94.
17. Razavi SM, Zarrini G, Molavi G, Ghasemi G. Bioactivity of malva sylvestris L., a medicinal plant from Iran. *Iran J Basic Med Sci.* 2011;14(6):574-9.
18. Pirbalouti AG, Azizi S, Koohpayeh A. Healing potential of Iranian traditional medicinal plants on burn wounds in alloxan-induced diabetic rats. *Rev Bras Farmacogn.* 2012;22(2)397-403. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-695X2011005000183>
19. Oliveira Junior RG, Lavor EM, Oliveira MR, Souza EV, Silva MA, Silva MTNM, Nunes LMN. Plantas medicinais utilizadas por um grupo de idosos do município de Petrolina, Pernambuco. *Rev Eletron Farm.* 2012;9(3):16-28.
20. Petry K, Roman Júnior WA. Viabilidade de implantação de fitoterápicos e plantas medicinais no Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Três Passos/RS. *Rev Bras Farm.* 2012;93(1):60-7.
21. Lima ARA, Vasconcelos MKP, Barbieri RL, Heck RM. Plantas medicinais utilizadas pelos octogenários e nonagenários de uma vila periférica de Rio Grande/RS, Brasil. *Rev Enferm UFPE.* 2011;5(5):329-36.
22. Hughes GD, Aboyade OM, Clark BL, Puoane TR. The prevalence of traditional herbal medicine use among hypertensives living in South African communities. *BMC Complement Altern Med.* 2013;13:38. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6882-13-38>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6882-13-38>
23. Costa JR, Mitja D. Uso dos recursos vegetais por agricultores familiares de Manacapuru (AM). *Acta Amaz.* 2010;40(1):49-58. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0044-59672010000100007>
24. Silva AG. Uso, conservação e diversidade de plantas aromáticas, condimentares e medicinais para fins medicinais na comunidade Vila Princesa, Porto Velho - RO. *Rev Pesq Criac.* 2011;10(2):21-35.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica n. 15. Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília, DF. 2006 [Acesso 14 Ago 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf
26. Oliveira CJ, Araújo TL. Plantas medicinais: usos e crenças de idosos portadores de hipertensão arterial. *Rev Eletron Farm.* 2007;9(1):93-105.
27. Santos MM, Nunes MGS, Martins RD. Uso empírico de plantas medicinais para tratamento de diabetes. *Rev Bras Plantas Med.* 2012;14(2):327-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-05722012000200012>
28. Marlière LDP, Ribeiro AQ, Brandão MGL, Klein CH, Acurcio FA. Utilização de fitoterápicos por idosos: resultados de um inquérito domiciliar em Belo Horizonte (MG), Brasil. *Rev Bras Farmacogn.* 2008. 18(Supl.):754-60.
29. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(3):548-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000300020>
30. Andrade SEO, Maracajá PB, Silva RA, Freires GF, Pereira AM. Estudo etnobotânico de plantas medicinais na comunidade Várzea Comprida dos Oliveiras, Pombal, Paraíba, Brasil. *Rev Verde Agroecol Desenvolv Sustent.* 2012;7(3):46-52.

31. Badke MR, Budó MLD, Silva FM, Ressel LB. Plantas medicinais na prática do cotidiano popular. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2011;15(1):132-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000100019>
32. Oliveira ER, Menini Neto L. Levantamento etnobotânico de plantas medicinais utilizadas pelos moradores do povoado de Manejo, Lima Duarte - MG. *Rev Bras Plantas Med.* 2012;14(2):311-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-05722012000200010>
33. Ceolin T, Hech RM, Barbieri RL, Schwartz E, Muniz RM, Pillon CN 2011. Plantas medicinais: transmissão do conhecimento nas famílias de agricultores de base ecológica no Sul do RS. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(1):47-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000100007>
34. Brasileiro BG, Pizziolo VR, Matos DS, Germano AM, Jamal CM. Plantas medicinais utilizadas pela população atendida no "Programa de Saúde da Família", Governador Valadares, MG, Brasil. *Rev Bras Ciênc Farm.* 2008;44(4):629-36. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-93322008000400009>
35. Suassuna JM. O uso de plantas medicinais pela população na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF). Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Universidade Estadual da Paraíba. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Campina Grande; 2011.
36. Ethur LZ, Jobim JC, Ritter JG, Oliveira G, Trindade BS. Comércio formal e perfil de consumidores de plantas medicinais e fitoterápicos no município de Itaqui - RS. *Rev Bras Plantas Med.* 2011;13(2):121-8.
37. Macedo AF, Oshiiwa M, Guarido CF. Ocorrência do uso de plantas medicinais por moradores de um bairro do município de Marília - SP. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* 2007;28(1):123-8.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 886, de 20 de abril de 2010. Institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde; 2010.
39. Brasil, Ministério da Saúde. RDC Nº 18, de 3 de abril de 2013 Dispõe sobre os produtos magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos em farmácias vivas no âmbito do Sistema Único de Saúde; 2013.
40. Brasil. Conselho Federal de Farmácia (CFF). Resolução - RDC nº 546 de 21 de julho de 2011. Dispõe sobre a indicação farmacêutica de plantas medicinais e fitoterápicos isentos de prescrição e o seu registro. Brasília, DF. Diário Oficial da União de 26/07/2011, Seção 1, Página 87; 2011.
41. Antonio GD, Tesser CD, Moretti-Pires RO. Contributions of medicinal plants to care and health promotion in primary healthcare. *Interface (Botucatu).* 2013;17(46):615-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013005000014>

Abordagem de usuários de crack na Atenção Primária à Saúde: uma revisão sistemática

Approach to crack users in primary care: a systematic review

Abordaje de usuarios de crack en la Atención Primaria a la Salud: una revisión sistemática

Leda Chaves Dias. Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC-GHC). Porto Alegre, RS, Brasil. leda.curra@terra.com.br
(Autora correspondente)

Erno Harzheim. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. ernoharz@terra.com.br

Caren Bavaresco. Hospital Nossa Senhora da Conceição. Porto Alegre, RS, Brasil. c_bavaresco@yahoo.com.br

Marcelo Rodrigues Gonçalves. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. marcelorog@gmail.com

Mariana Dias Curra. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS). Porto Alegre, RS, Brasil. mdiascorra@gmail.com

Resumo

Objetivo: identificar abordagens efetivas para o manejo de adultos usuários de crack no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). **Métodos:** revisão sistemática realizada nas principais bases de dados eletrônicos e estudos adicionais, que incluiu os estudos sobre “crack” ou “crack/cocaína” no contexto da pesquisa, publicados nos últimos dez anos. A avaliação de evidências foi realizada por dois pesquisadores independentes, por meio de instrumentos distintos, um para estudos observacionais, outro para os de intervenção. **Resultados:** foram incluídos na análise de evidências 16 estudos identificados a partir de 2017 referências. O tipo de delineamentos nas investigações incluiu estudos observacionais (6) e estudos de intervenção (10). Dois artigos observacionais apresentaram boa qualidade de evidência, e a melhor evidência encontrada entre os artigos de intervenção foi de nível moderado (um artigo). **Conclusão:** a revisão sistemática não obteve artigos que apresentassem evidências de alta qualidade para serem orientadas ao contexto da APS, pois nenhum estudo avaliando as atribuições da APS ou especificando o manejo dos profissionais neste nível foi encontrado. Permanecem as evidências geradas no período anterior ao estipulado pela revisão.

Abstract

Objective: to identify effective approaches for the management of adult crack users in the context of primary health care. **Methods:** we conducted a systematic review of major electronic databases and additional studies. All of the studies included the theme of “crack” or “crack/cocaine” in the research context, and had been published in the last 10 years. The evidence evaluation was performed by two independent researchers, using different instruments for observational compared to interventional studies. **Results:** sixteen out of 2,017 studies were included for evidence analysis, six of which were observational, while 10 were interventional studies. Two observational papers presented evidence of good quality and only one interventional article had moderate quality evidence. **Conclusion:** this systematic review did not obtain high quality evidence that could guide the context of primary health care. Evidence that was generated before this review remains as a reference.

Palavras-chave:

Atenção Primária à Saúde
Cocaína Crack
Revisão

Keywords:

Primary Health Care
Crack Cocaine
Review

Como citar: Dias LC, Harzheim E, Bavaresco C, Gonçalves MR, Curra MD. Abordagem de usuários de crack na Atenção Primária à Saúde: uma revisão sistemática. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(36):1-14. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(36\)911](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(36)911)

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
não se aplica.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.

Recebido em: 30/03/2014.

Aprovado em: 03/08/2015.

Resumen

Objetivo: identificar abordajes efectivos para el manejo de adultos usuarios de *crack* en el contexto de la APS. **Metodología:** revisión sistemática realizada en las principales bases de datos electrónicos y estudios adicionales incluyendo estudios sobre “*crack*” o “*crack/cocaína*” en el contexto de esta investigación, publicados en los últimos diez años. La evaluación de evidencias se realizó por dos investigadores independientes utilizando dos instrumentos distintos, uno para estudios observacionales y otro para los de intervención. **Resultados:** se incluyeron en el análisis de evidencias 16 estudios identificados a partir de 2.017 referencias. El tipo de delineamiento de las investigaciones incluyó estudios observacionales (6) y estudios de intervención (10). Dos artículos observacionales presentaron buena calidad de evidencia, y la mejor evidencia encontrada entre los artículos de intervención fue de nivel moderado (un artículo). **Conclusión:** la revisión sistemática no obtuvo artículos que presentaron evidencias de alta calidad orientadas al contexto de la APS, pues no se encontró ningún estudio evaluando las atribuciones de la APS o especificando el manejo de los profesionales en este nivel de atención. Permanecen las evidencias generadas en el período anterior al estipulado por la revisión.

Palabras clave:

Atención Primaria de Salud
Cocaína Crack
Revisión

Introdução

Nos últimos anos, temos visto uma retomada da discussão em torno do uso e abuso de drogas, principalmente da mais emergente, o “*crack*”, uma forma de cocaína fumada que, neste formato, permite uma disseminação maciça da substância para o cérebro, obtendo efeitos mais estimulantes, muito mais prazerosos e com início de ação muito mais rápido.¹

A droga é reconhecida por seu elevado potencial dependógeno, e a estimativa inicial da OMS (Organização Mundial da Saúde) para o Brasil, segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM) e o Ministério da Saúde,² era de que existissem 3% de usuários envolvidos com cocaína e *crack*; entretanto, dados da última pesquisa realizada pela Fiocruz e divulgada em setembro deste ano revelam que os usuários regulares de *crack* e/ou de formas similares de cocaína fumada (pasta-base, merla e oxi) somam 370 mil pessoas nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal.³ Embora os números tenham sido redimensionados com a pesquisa, persistem índices alarmantes, concentrando os holofotes em torno deste fenômeno. Surpreendentemente, apesar das ações políticas estarem estruturadas em três eixos (cuidado, autoridade e prevenção) o cuidado e a prevenção, que incluem ampliação e qualificação da rede de saúde voltada aos usuários,⁴ não têm sido inseridos como parte integrante de ação a Atenção Primária à Saúde (APS), ou, pelo menos, suas atribuições não estão dispostas de forma sistematizada e/ou clara.

A magnitude da situação gera extrema preocupação, que, por vezes, é ampliada pela divulgação dos meios de comunicação de maneira exploratória, o que repercute em respostas radicais ou focais. Os transtornos relacionados ao uso de substâncias são frequentes em todos os grupos demográficos e são comuns nos ambientes da APS. Trata-se de doença crônica que requer uma estratégia de ação por um tempo prolongado; logo, a APS, que provê a ênfase nas relações longitudinais e preventivas, pode ser o local ideal para o manejo adequado dessa condição em algum momento do cuidado.

Estudos da Associação Brasileira de Psiquiatria⁵ referem que os usuários de cocaína e *crack* têm muita dificuldade na busca de tratamento especializado por não reconhecerem que estão com o problema e por todo o processo de clandestinidade que envolve a drogadição. Além disto, muitas vezes, os serviços disponíveis não oferecem abordagens ajustadas às suas necessidades.

O objetivo deste artigo foi avaliar a evidência disponível, nos últimos dez anos, sobre abordagens efetivas para o manejo de adultos usuários de *crack* no contexto da APS.

Métodos

Definições Gerais

Foi conduzida uma revisão sistemática de literatura sobre a abordagem de usuários de *crack* na APS. A estratégia de busca utilizada baseou-se em uma pergunta estruturada na forma P I C O (das iniciais “Paciente”, “Intervenção”, “Controle” e “Outcome” - resultado).⁶ A pergunta desenvolvida foi: “Quais abordagens são efetivas no manejo de adultos usuários de *crack* no contexto da Atenção Primária à Saúde?”.

Busca e Identificação de Estudos

Em um formato “piloto”, como tentativa inicial de identificação de estudos, foram testadas várias terminologias que incluíam todos os termos que especificassem o âmbito da pesquisa. Entretanto, a associação de termos referentes à Atenção Primária à Saúde, Atenção Básica à Saúde ou terminologia semelhante limitava o aporte de estudos, chegando a zerar o número de artigos em algumas bases de dados. Consequentemente, optamos por ampliar as buscas, de maneira que não incluíssem, necessariamente, estes termos e decidimos revisar maior número de bases de dados.

Os critérios de busca e identificação dos estudos foram: 1) Período de publicação: ser de 2003 a 2013; 2) Língua: Portuguesa, Espanhola ou Inglesa; 3) População: adulta, acima de 19 anos; e 4) Delineamento: inicialmente, foram incluídos todos os tipos de estudos referentes ao tema *crack/crack-cocaína*.

O período de busca da literatura ocorreu de 10 de janeiro a 19 de maio de 2013. Foram utilizadas as seguintes bases de dados: PubMed, EMBASE, CRD (*NHS - National Institute for Health Research*), LILACS, Google Acadêmico, TRIPDATABASE, NICE, National Guideline Clearinghouse e Cochrane. Estudos adicionais foram, também, pesquisados no site da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (<http://bdtd.ibict.br/>), assim como foram examinadas as bibliografias dos artigos de sites dos artigos originais, do livro identificado na busca dos estudos, nas revisões sistemáticas e nos protocolos identificados.

A sintaxe da estratégia de busca foi adaptada ao formato de cada base de dados. Como ilustração, a sintaxe usada no PubMed foi: Busca - (“Outcome Assessment (Health Care)”[Mesh]) AND (“Cocaine”[Mesh] OR “Cocaine - Related Disorders”[Mesh] OR “Crack Cocaine”[Mesh]) Filtros: Filters activated: published in the last 10 years, Humans, English, Portuguese, Spanish, Adult: 19+ years.

Seleção de estudos

Os estudos identificados com a estratégia de busca tiveram origem em todas as bases de dados referidas e bibliografias extras dos artigos originais, livros, protocolos e artigos citados nos sites dos artigos originais. A partir do total identificado, foi realizada uma primeira seleção, em que foram removidas todas as publicações em que, pelo título do estudo, claramente, fossem detectadas outras temáticas, ou que referissem ser com população de crianças e/ou adolescentes ou estivessem duplicadas.

Uma segunda seleção foi realizada e todos os artigos que não incluíssem a temática do “*crack*” ou “*crack/cocaína*” no contexto da pesquisa foram eliminados. Esta avaliação ocorreu após a leitura de todos os resumos dos artigos.

Procedimentos de Inclusão

Todos os estudos incluídos nesta revisão tiveram como objetivo principal ou secundário uma abordagem relativa ao manejo do usuário de crack.

Extração de dados dos artigos incluídos

A etapa seguinte foi a leitura integral das referências selecionadas e incluídas, e a organização de um quadro descritivo destes artigos (Quadro 1).

Quadro 1. Descrição dos artigos observacionais sobre manejo do crack incluídos na revisão sistemática.

Ref	Local/Ano	Delineamento	População	Objetivo	Resultados	N
23	Porto Alegre, RS, Brasil 2010	Transversal	Pacientes internados para desintoxicação	Analisar as estratégias de coping para o manejo da fissura em dependentes de crack internados.	Foram encontradas correlações positivas de intensidade moderada entre a motivação para a interrupção do uso do crack e as estratégias Resolução de Problemas e Fuga-Esquiva, e correlações também positivas, mas de fraca intensidade com as estratégias Autocontrole e Reavaliação Positiva.	35
36	Carolina do Norte, EUA 2003	Transversal	Usuários de crack de rua negros	Comparar dois grupos de usuários de crack e avaliar quais os fatores estão associados à motivação para o tratamento.	As muitas necessidades não satisfeitas relatadas por usuários de crack motivados para o tratamento sugerem que a entrada ao tratamento e retenção pode ser facilitada pelo pré-tratamento e tratamento auxiliar.	345
31	Londres, Inglaterra 2009	Coorte prospectiva	Usuários de uma comunidade terapêutica	Mostrar a efetividade de tratamentos comunitários para o crack e a heroína.	Os primeiros 6 meses de tratamento farmacológico ou psicológico estão associados com a redução da heroína e a diminuição do uso de cocaína, mas a efetividade, ao final do tratamento farmacológico, é menos pronunciada para os usuários de ambas as drogas.	14656
27	Londres, Inglaterra 2003	Coorte	Usuários de comunidades terapêuticas de crise	Melhorar a compreensão sobre o uso de drogas e identificar formas eficazes de intervenção.	Os usuários fazem uso de polidrogas; as minorias étnicas usam menos drogas injetáveis; média de gasto/dia de 100 libras; a maioria dos entrevistados financia sua utilização por meio do crime.	100
26	São Paulo, Brasil 2011	Série de casos	Usuários admitidos para desintoxicação	Analisar a evolução do consumo de droga entre usuários de crack com histórico de tratamento.	Foram identificados três grupos com trajetórias distintas de consumo pós-alta. Comportamento seguro com uso de preservativo foi identificado como fator relacionado ao grupo de abstinentes estáveis ($p=0,001$). Teste HIV positivo na internação ($p=0,046$); consumo de cocaína aspirada no último ano ($p=0,001$) e tempo de uso de cocaína aspirada na vida (mais de 132 meses) ($p=0,000$) foram fatores relacionados a uso de longo tempo. Uso pregresso de cocaína endovenosa aumentou 2,5 vezes as chances de óbito em 12 anos ($p=0,031$) (IC95%: 1,08; 5,79).	131
38	Porto Alegre, Brasil 2011	Série de casos	Jovens usuários de crack que buscam aconselhamento telefônico	Buscou avaliar a utilização da Intervenção Breve Motivacional (IBM) em um serviço de aconselhamento telefônico.	A partir dos resultados obtidos, pode-se sugerir que a IBM associada ao aconselhamento telefônico representa uma alternativa de tratamento importante na cessação do uso de crack.	40

Continuação Quadro 1.

37	Porto Alegre, Brasil 2012	Ensaio clínico do tipo quase-experimental, tipo antes e depois	Usuários de Unidade de internação	Avaliar a efetividade dos jogos cooperativos no manejo da fissura. Verificar a efetividade do relaxamento respiratório no manejo do <i>craving</i> e dos sintomas de ansiedade em dependentes de <i>crack</i> internados para tratamento em uma unidade de desintoxicação.	Foi encontrada diferença significativa no <i>craving</i> e sintomas de ansiedade a partir dos jogos cooperativos ($p<0,001$), porém não houve alteração na motivação para mudança do comportamento aditivo.	30
35	Porto Alegre, Brasil 2009	Ensaio clínico quase-experimental tipo antes e depois	Usuários de <i>crack</i>	Avaliar a intervenção de manejo de caso em mulheres que usam <i>crack</i> .	Os resultados desta pesquisa demonstraram uma redução dos escores do CCQB, da EAV e do BAI pelo relaxamento respiratório em uma amostra cujo perfil corresponde ao padrão geral dos usuários de <i>crack</i> .	32
25	Denver, Colorado, EUA 2010	Ensaio clínico do tipo quase-experimental, tipo antes e depois	Mulheres usuárias na comunidade	Avaliar um programa de tratamento para usuárias que estão em risco de contrair AIDS.	Os resultados indicam que o "serviço de manejo de casos" é útil para ajudar as mulheres que usam <i>crack</i> melhorar as suas vidas.	149
32	Tennessee, EUA 2010	Ensaio clínico do tipo quase-experimental, tipo antes e depois	Mulheres negras usuárias de <i>crack</i>	Examinar os efeitos de uma intervenção pré-tratamento projetada para melhorar motivação para o tratamento, diminuir o uso de <i>crack</i> .	O programa ajuda a reduzir o comportamento de risco para HIV e diminuição do uso da substância.	207
34	Carolina do Norte, EUA 2007	ECR	Usuários negros recrutados	Examinar os efeitos da Gabapentina na manutenção do controle de uso da droga.	Aos 3 meses de <i>follow-up</i> , ambos os grupos reduziram significativamente seu uso de <i>crack</i> , mas os participantes do grupo de intervenção foram mais propensos a ter iniciado o tratamento.	443
28	Nova York, EUA 2007	EC não randomizado	Usuários hospitalizados e ambulatoriais	Comparar os efeitos da desipramina ou carbamazepina ao placebo em um programa intensivo para abusadores de <i>crack</i> .	Gabapentina não reduz efeitos positivos do <i>crack</i> ($p<0,05$)	12
24	Kansas City, Missouri, EUA 2003	ECR	Usuários admitidos em um centro de tratamento	Avaliar a eficácia de uma intervenção para redução de risco em mulheres usuárias de <i>crack</i> soronegativas para HIV.	Há uma possibilidade da desipramina ter algum papel no tratamento do abuso de <i>crack</i> .	146
33	Atlanta, EUA 2003	ECR	Mulheres negras usuárias de rua	Testar a viabilidade e a eficácia de duas intervenções baseadas no modelo de competências de informação-motivação comportamental para melhorar a adesão à HAART (tratamento para o HIV) e reduzir problemas.	O programa de redução de danos foi estatisticamente significante para reduzir o consumo de <i>crack</i> ($p<0,05$).	265
30	EUA 2011	ECR	Adultos usuários de <i>crack</i> e HIV positivos	Avaliar a eficácia de um programa extramuros quando comparado a um programa padrão.	Aumentos significativos na adesão e reduções de ASI drogas Scores Composite ocorreu em ambas as condições, de 3 meses e foram mantidas a 6 meses, o que representa médias tamanhos de efeito. Nenhuma diferença entre os grupos foram observadas. Nenhuma mudança de carga viral foi observada em qualquer grupo. Credibilidade do tratamento, retenção e satisfação foram altas, e não diferiram por condição.	42
29	Rotterdam, Holanda 2008	ECR	Consumidores crônicos de <i>crack</i>		Os usuários tratados no programa extramuros tiveram melhora significativa na saúde física, condições gerais de vida, e estado psiquiátrico, mas nenhuma melhora no emprego, no abuso da substância e na condição legal.	124

Avaliação da qualidade metodológica

Para avaliar a qualidade metodológica dos estudos, participaram dois revisores (CB e EH) independentes, e, em caso de discordância entre eles, usou-se o julgamento de uma terceira pessoa (MG). A avaliação de qualidade foi realizada por unidade de estudo.

Para os estudos observacionais, foi aplicado um instrumento de avaliação produzido pela Universidade de Wales,⁷ que é um protocolo que permite avaliar problemas de saúde que ainda não foram muito estudados por estudos controlados randomizados, sendo a evidência de alta qualidade procurada dentro de outros tipos de evidências, o que é particularmente relevante dentro dos cuidados primários. Este instrumento é constituído por treze critérios de qualidade relacionados aos estudos. A avaliação foi qualitativa, de maneira dicotômica, com qualificação de “sim”, “não” ou “não se aplica”, de acordo com a presença ou ausência do critério avaliado. Considerou-se que a soma da pontuação acima de dois terços de presença de “sim”, equivalendo à pontuação maior que 8, expressavam boa evidência científica a favor do estudo. A escolha do tercil superior como ponto de corte foi definida pelos autores buscando-se uma correlação com outros escores de avaliação de evidências.

Os estudos de intervenção foram avaliados de acordo com o sistema *GRADE Working Group*,⁸ ou seja, a qualidade da evidência foi classificada em: A - alta qualidade; B - moderada qualidade; C - baixa qualidade; D - muito baixa qualidade. Os instrumentos foram aplicados individualmente por cada revisor e, após, comparados para a avaliação de qualidade. No caso de discordância de avaliação entre os pesquisadores, o terceiro revisor definia a avaliação mediante o resgate dos artigos originais.

Foi desenvolvida uma revisão sistemática com enfoque mais qualitativo e metodológico. Não foi possível desenvolver uma meta-análise devido à heterogeneidade dos estudos.

Resultados

Foram identificadas 2017 referências decorrentes da busca em diversas bases de dados bibliográficas.

A primeira etapa de seleção eliminou 1927 referências, resultando em 90 estudos selecionados. A segunda etapa de seleção excluiu 59 artigos e elegeu 31 estudos.

Os 31 estudos eleitos foram separados, com texto completo, para avaliar a inclusão no estudo. Desses 31 estudos, 15 não foram incluídos^{5,9-22} por serem: revisão sistemática, diretriz clínica, revisão narrativa, estudo de validação de instrumento, estudos qualitativos, livro e estudo de caso. Então, os 16 estudos incluídos²³⁻³⁸ foram distinguidos quanto aos seus delineamentos e classificados em dois grupos, os observacionais e os de intervenção.

Os resultados da estratégia de busca e seleção encontram-se dispostos na Figura 1.

O Quadro 1 apresenta a descrição sumária dos 16 estudos incluídos nesta revisão sistemática e os principais resultados. O período de publicação solicitado pela busca de referências foi de 2003 a 2013, entretanto, três deles foram realizados em períodos anteriores (1998-2001, 2000-2001 e 2000-2002) e, em seis, não constava o período de realização. Os países que contribuíram com estudos foram: EUA (8),

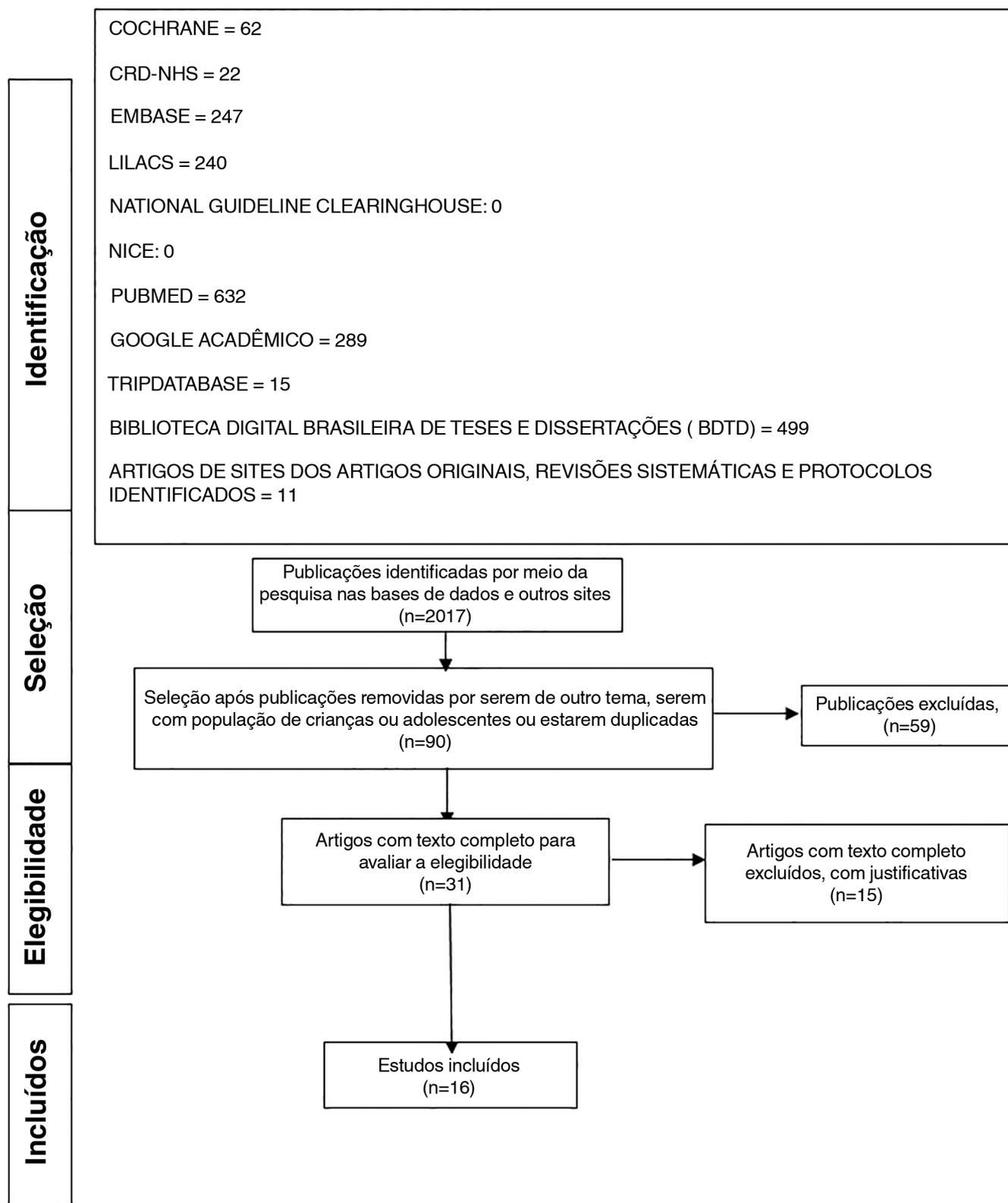


Figura 1. Resultados da estratégia de busca e seleção dos estudos.³⁹

Brasil (5), Inglaterra (2) e Holanda (1). Os tipos de delineamento nas investigações incluíram estudos observacionais (dois transversais, duas coortes e duas séries de casos) e estudos de intervenção (quatro ensaios clínicos (EC)) tipo quase experimental tipo antes e depois, um ensaio clínico não randomizado e cinco ensaios clínicos randomizados (ECR)). Quanto à população estudada, referiam, basicamente, quatro origens: os internados (4), os usuários de rua (2), os usuários de comunidade terapêutica (3) e aqueles que foram recrutados (7).

A Tabela 1 mostra a avaliação metodológica dos seis estudos observacionais pelo instrumento de Wales, que apresentou dois artigos de boa qualidade, com pontuação superior a 8. Segundo este instrumento, todos os estudos eram relevantes e tinham clareza de objetivos; apenas um tinha metodologia adequada e foi considerada a possibilidade de vieses; a população mostrou-se inadequada em quatro de seis estudos; a análise estatística apresentada foi bem empregada e bem escolhida em metade dos estudos, assim como os resultados que eram importantes. Nenhum dos estudos apresentava informação sobre custos.

A Tabela 2 apresenta a avaliação metodológica dos 10 estudos com classificação do nível de evidência segundo o Sistema GRADE (Qualidade da evidência - A: alta; B: moderada; C: baixa; e D: muito baixa). Assim, apenas um estudo foi classificado com qualidade de evidência moderada; cinco receberam a avaliação de baixa qualidade de evidência, e quatro foram avaliados como qualidade muito baixa de evidência.

Em três estudos, ocorreu discordância de avaliação entre EH e CB, um observacional e dois de intervenção, que foram consensuados pelo terceiro avaliador (MG).

Discussão

O objetivo deste artigo foi revisar os estudos sobre abordagens efetivas para serviços de APS no manejo de adultos usuários de crack. Entretanto, não foram encontrados artigos do contexto da APS para serem incluídos, e, mesmo ampliando as buscas em maior número de bases de dados bibliográficos, o número total de artigos foi pequeno.

Tabela 1. Avaliação metodológica dos seis estudos observacionais sobre manejo do crack pelo instrumento de Wales.

Ref	Autor/ano	Relevância estudo	Clareza objetivos	Metodologia adequada	População adequada	Vieses considerados	Seguimento (coorte)	Gráficos e tabelas	Análise estatística	Conclusões	Validade externa	Resultados importantes	Informação custo	Grau evidência IV	Total
23	Araujo et al., 2010	S	S	N	0	0	0	N	N	S	S	N	N	N	4
36	Zule et al., 2003	S	S	S	0	S	0	S	S	S	S	S	N	S	10
31	Marsden et al., 2009	S	S	N	N	N	N	S	S	S	S	S	N	S	8
27	Harocopos et al., 2003	S	S	N	N	N	S	S	N	S	N	N	N	S	6
26	Dias et al., 2011	S	S	N	N	N	S	S	S	S	S	S	N	S	9
38	Bisch et al., 2011	S	S	N	N	N	S	S	N	S	0	N	N	N	5

S = sim; N = não; 0 = não se aplica.

Tabela 2. Avaliação metodológica dos 10 estudos com classificação do nível de evidência segundo o Sistema GRADE.

Referência	Intervenção	Desfecho	Delineamento	Risco de vieses	Heterogeneidade	Evidência Indireta	Imprecisão	Benefício a favor de:	Nível de evidência
37	Jogos cooperativos	Ansiedade, <i>craving</i> , motivação para mudança	Ensaio clínico do tipo quase-experimental, tipo antes e depois	-1	nsa	-1	-1	Jogos cooperativos sobre <i>craving</i> e ansiedade	D
35	Relaxamento respiratório	Avaliar ansiedade e <i>craving</i>	Ensaio clínico quase-experimental Tipo antes e depois	-1	nsa	-1	-1	Exercícios respiratórios sobre <i>craving</i> e ansiedade	D
25	<i>Case management intervention</i> (SBCM e <i>Recovery Options</i>)	Uso de <i>crack</i> /álcool, efeitos negativos álcool/ <i>crack</i> , saúde mental - sintomas psiquiátricos	Ensaio clínico do tipo quase-experimental, tipo antes e depois	-1	nsa	-1	-1	<i>Case management</i> sobre uso de drogas, sintomas psiquiátricos	C
32	Programa multifacetado	Uso de drogas (<i>crack</i> e outras), sexo de risco, sintomas mentais, atividades criminais	Ensaio clínico do tipo quase-experimental, tipo antes e depois	-1	nsa	-1	-1	Programa multifacetado sobre dias de uso de drogas, atividades criminais	D
34	Intervenção pré e pró-tratamento, multifacetada, técnica motivacional, etc.	Início de tratamento	ecr	0	nsa	1	-1	Desfechos secundários com <i>odds</i> pequenas e grandes intervalos de confiança, sem efeito para desfecho primário (começar tratamento)	C
28	Gabapentina	Redução da dose de <i>crack</i>	ecc não randomizado	-1	nsa	1	-1	Sem benefício	D
24	Desipramina e carbamazepina	Abstinência ou redução da dose de <i>crack</i>	ecr	0	nsa	1	-1	Sem benefício na análise " <i>intention to treat</i> ", só tem pequeno efeito entre os aderentes	C
33	Intervenção cognitivo comportamental multifacetada	Redução do consumo de <i>crack</i> , desfechos secundários: comportamento de risco sexual/HIV	ecr	0	nsa	1	-1	Adequação de intervenções cognitivocomportamentais com aspectos culturais e de gênero sem efeito sobre desfecho principal, com efeito pequeno sobre desfechos secundários	B
30	Intervenção comportamental	Adesão a HAART, consumo de <i>crack</i> é secundário	ecr	0	nsa	-1	-1	Efeito pequeno sobre consumo de <i>crack</i>	C
29	Intervenção comportamental multifacetada	Primário: consumo de <i>crack</i>	ecr	0	nsa	-1	-1	Sem efeito sobre o consumo, efeito pequeno sobre condições de vida	C

Qualidade da evidência - A = alta; B = moderada; C = baixa; e D = muito baixa.

Além dessa limitação, a definição pelo período de busca dentro da última década, embora tenha embasamento em alguns referenciais que orientam a atualização para novas evidências nos últimos cinco ou até dez anos,⁷ não propiciou número maior de estudos nem forneceu informações que fizessem diferença em relação às publicações anteriores.

Os conteúdos dos artigos observacionais foram muito distintos, tendo cada qual um foco diferente: avaliar estratégias para manejo de fissura, avaliar motivação para tratamento, mostrar “efetividade” de tratamentos em comunidade terapêutica, identificar formas de intervenção, correlacionar consumo e histórico de tratamento anterior, e avaliar intervenções breves, ou seja, enfoques distintos, o que impede a constituição de um conjunto mais robusto de evidências.

Os outros estudos mostraram intervenções heterogêneas (farmacológicas, terapia cognitiva, *case manager*, programa de redução de danos e outros) e, desta forma, impediram a realização de uma meta-análise.

Contudo, os achados apontam que diversas estratégias podem ser adaptadas à APS e a escolha de pesquisas em outras realidades não restringiu a observação sobre as intervenções e/ou resultados apresentados. Zule et al.,³⁶ por exemplo, referem que a entrada ao tratamento e retenção pode ser facilitada pelo pré-tratamento e tratamento auxiliar. Esse resultado poderia ser lincado com a necessidade de fortalecer a rede integrada de saúde, com abordagens auxiliares e pré-tratamento contemplados nos cuidados primários. Já o artigo de Marsden et al.,³¹ refere que os primeiros 6 meses de tratamento farmacológico ou psicológico estão associados com a redução da heroína e cocaína. Aqui, faz-se necessário lembrar que um dos atributos da APS é o acesso facilitado, e, unindo-se a isso, Kessler e Pechansky¹ lembram que os casos que não têm fácil acesso ao sistema de saúde ou não têm apoio externo costumam ter baixos índices de recuperação. Logo, a ação de uma equipe de saúde com coordenação do cuidado pode fazer toda a diferença. No resultado da pesquisa de Alves e Araújo,³⁷ foi encontrada diminuição significativa no *craving* e sintomas de ansiedade a partir dos jogos cooperativos, assim, técnicas comportamentais e com redução de sintomas podem ser ferramentas legítimas a serem realizadas no nível primário de atenção. No artigo de Sterk et al.,³³ o programa de redução de danos foi estatisticamente significativo para reduzir o consumo de *crack*.

Conclusões

Apesar dos artigos não apresentarem evidências de alta qualidade e recomendações favoráveis que auxiliem a definir uma proposta baseada em evidências ao contexto da APS, muitos deles contribuíram com informações a respeito das experiências de abordagem em outros contextos. O estudo possibilitou aprofundar o conhecimento sobre o assunto, integrar resultados, avaliar as implicações para a prática e possibilitou rever as evidências científicas que permanecem como as atuais, assim como, entrar em contato com a opinião de diversos especialistas.

Segundo Kessler e Pechansky,¹ está claro para a comunidade científica e leiga brasileira que o *crack* é uma droga de grande impacto e de difícil tratamento. Os autores afirmam que para a abordagem deste problema é necessário um enfoque com características biopsicossociais e um modelo de atenção multidisciplinar; mas ressaltam que a estratégia que parece demonstrar maior resultado contempla o tratamento com uma internação inicial em ambiente psiquiátrico localizado em hospital geral, e tem continuidade com um modelo de atendimento baseado em comunidades terapêuticas fechadas ou com alto grau de intensidade de tratamento, também por longos períodos, variando de seis meses a um ano.

O uso de psicofármacos costuma auxiliar, principalmente, em situações nas quais existam outras comorbidades psiquiátricas, pois não há medicação específica para o uso de *crack*.^{1,20}

Ribeiro e Laranjeira²⁰ afirmam que não há um serviço melhor do que o outro, e sim pacientes mais indicados para determinado serviço. Entretanto, é reconhecido que o perfil do usuário de *crack* está associado com padrões de consumo da droga mais pesado, envolvimento com contravenções, complicações psiquiátricas e, com mais frequência, altos índices de recaídas com a droga. Desta forma, os usuários que apresentam padrão severo de comportamento relacionados ao consumo, exigirão medidas intensas capazes de produzir resultados benéficos.

As experiências em manejo de adultos usuários de *crack* no contexto da Atenção Primária em outros países não podem ser diretamente replicadas no Brasil, mas muitas diretrizes lá convencionadas podem sugerir orientações e dar sentido aqui, se adaptadas à nossa cultura e ao nosso modelo de organização dos serviços de saúde.

Os transtornos por uso de substâncias são problemas crônicos com sérios componentes de ordem biológica, psicológica e social, que trazem consequências de mesma ordem. Portanto, a solução não é exclusiva do setor da saúde e passa por um grande desafio em compor esforços que diminuam ou eliminem impasses.

Os serviços de saúde devem estar estruturados de forma a ocorrerem níveis de atendimento, e, os papéis dos profissionais da saúde, no tratamento da dependência química, devem estar normatizados.²⁰ O manejo de adultos usuários de *crack* deve ter início na APS.^{17,40,41}

Existe uma característica exclusiva da APS, que é a responsabilidade sobre sua área geográfica de abrangência, e que, independentemente da solicitação de ajuda das pessoas, cabe aos profissionais detectar problemas, ou estar atentos às possibilidades dos diversos problemas.⁴² Muitos usuários de drogas não vão fazer menção ao uso e tampouco solicitam ajuda, e as famílias, muitas vezes, nem percebem os sinais. Sendo assim, é o profissional que oferece ajuda e torna-se responsável por dar início ao processo terapêutico. Nesta situação, a prática de explicitar que a Unidade de Saúde recebe pessoas com dificuldades com drogas é uma atitude simples, mas que pode facilitar o acesso e definir a porta de entrada.^{17,43,44} Os que solicitam ajuda espontaneamente devem ser conduzidos à consulta de atendimento do dia para serem avaliados clinicamente e ter o perfil de usuário definido. O pronto atendimento é fundamental pelo alto índice de falhas às marcações de consultas.^{14,17,40,41,44}

A avaliação clínica e o risco social também poderão definir o nível de atenção e tudo isto pode ser realizado na Atenção Primária.

A APS, por seguir a ordem da complexidade, contextualiza, trata o conjunto, generaliza e, ao mesmo tempo, trata o indivíduo, reconhece o singular. Desta forma, para operacionalizar e guiar as ações, é fundamental lembrar os atributos essenciais da APS - a acessibilidade, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado. Assim sendo, foram encontradas na literatura diversas ações que são atribuições essenciais da APS, como:

1. Facilitar o acesso;^{17,40,41,43,44}
2. Definir o perfil do usuário;^{17,41}
3. Identificar problemas clínicos e sociais;^{17,20,40,41,43,44}
4. Avaliar riscos e contatar setores específicos se necessário;^{17,20,40,41}
5. Planejar o tratamento conjuntamente com a família e o indivíduo;^{17,43}

6. Organizar o cuidado, incluindo outros profissionais;^{17,43,44}
7. Traçar rede de apoio;^{17,43,44}
8. Sugerir processos psicoterapêuticos;^{17,40,41,43,44}
9. Auxiliar o processo de inclusão social;^{17,40,41,43,44}
10. Acompanhar longitudinalmente.^{41,44}

AAPS é a porta de entrada da maioria dos usuários de drogas. Mas a maioria das unidades não é capaz de fornecer a gama completa de tratamentos possíveis. Portanto, é fundamental saber os recursos relevantes locais e para onde as pessoas podem ser encaminhadas rapidamente.¹⁷

O sistema de notificação de todos os usuários e o contato com o CAPS, assim como a avaliação conjunta, quando necessária, deveria ser a rotina de uma rede integrada.

O uso de medicações deve ser individualizado e, já que as abordagens psicoterápicas são aquelas que concentram maior evidência, as intervenções, como a abordagem de família, a terapia cognitiva comportamental, a entrevista motivacional e a prevenção de recaídas, devem estar disponíveis para serem acessadas.^{17,40,41,43,44} Portanto, faz-se necessário o direcionamento de recursos neste nível de atenção para que se possam realizar treinamentos específicos.

Referências

1. Kessler F, Pechansky F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2008;30(2):96-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082008000300003>
2. Conselho Federal de Medicina. Diretrizes gerais médicas para assistência integral ao crack [Internet]. Brasília: CFM; 2011 [acesso 2013 Mar 29]. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/diretrizes-medicas-integral-crack-cfm.pdf>
3. Cavalcante T, Fundação Oswaldo Cruz. Maior pesquisa sobre crack já feita no mundo mostra o perfil do consumo no Brasil [Internet]. 2013 [acesso 2013 Dec 5]. Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/major-pesquisa-sobre-crack-j%C3%A1-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>
4. Brasil. Assessoria de Comunicação do Ministério da Justiça (BR). Governo vai investir R\$ 4 bilhões em ações para enfrentar o crack (07/12/2011) [Internet]. 2011 [cited 2013 mai 12]. Available from: http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/web/noticia/ler_noticia.php?id_noticia=105460
5. Associação Brasileira de Psiquiatria. Abuso e dependência: crack. *Rev Assoc Med Bras*. 2012;58(2):141-53. PMID: 22569607. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302012000200008>
6. University of Oxford. P I C O: Formulate an answerable question [Internet]. 2013 [cited 2013 jul 20]. Available from: http://learntech.physiol.ox.ac.uk/cochrane_tutorial/cochlibd0e84.php
7. Weightman AL, K. MM, Sander L, Turley RL. Appendix 8: Questions to assist with the critical appraisal of an observational study eg cohort, case-control, cross-sectional. 2004 [cited 9 jul 2013]. In: *Project methodology 5* [Internet]. Cardiff: Information Services UWCM, [cited 9 jul 2013]. Available from: <http://hebw.cf.ac.uk/projectmethod/Project%20Methodology%205.pdf>
8. Guyatt G, Hayward R, Richardson WS, Green L, Wilson M, Sinclair J, et al. Moving from evidence to action. 2002 [cited 10 ago 2013]. In: *Users' guides to the medical literature: a manual for evidence-based clinical practice* [Internet]. New York: McGraw Hill, [cited 10 ago 2013]. Available from: http://medicine.ucsf.edu/education/resed/articles/jama1_moving.pdf
9. Araujo RB, Balbinot AD, Castro MGT, Rocha MR, Miguel SRPS, Cohen M, et al. Tratamento de exposição a estímulos e treinamento de habilidades como coadjuvantes no manejo do craving em um dependente de crack. *Trends Psychiatry Psychoter*. 2011;33(3):181-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S2237-60892011000300008>
10. Araujo RB, Castro MGT, Pedroso RS, Santos PL, Leite L, Rocha MR, et al. Validação psicométrica do Cocaine Craving Questionnaire-Brief - Versão Brasileira Adaptada para o Crack para dependentes hospitalizados. *J Bras Psiquiatr*. 2011;60(4):233-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852011000400001>

11. Bastos FI. Crack no Brasil: uma emergência de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(6):1016-7. PMID: 22666806. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000600001>
12. Bernardo WM, Marques ACPR. Atualização em abuso e dependência: crack. *Rev Assoc Med Bras*. 2012;58(3):287. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302012000300006>
13. Brown EJ, Hill MA, Giroux SA. "A 28-day program ain't helping the crack smoker"--perceptions of effective drug abuse prevention interventions by north central Florida African Americans who use cocaine. *J Rural Health*. 2004;20(3):286-95. PMID:15298105. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1748-0361.2004.tb00041.x>
14. Chaves TV, Sanchez ZM, Ribeiro LA, Nappo SA. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(6):1168-75. PMID:21894428. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000066>
15. D'Alberto A. Auricular acupuncture in the treatment of cocaine/crack abuse: a review of the efficacy, the use of the National Acupuncture Detoxification Association protocol, and the selection of sham points. *J Altern Complement Med*. 2004;10(6):985-1000. PMID:15673993. DOI: <http://dx.doi.org/10.1089/acm.2004.10.985>
16. Domanico A, Malta M. Implementation of harm reduction toward crack users in Brazil: barriers and achievements. *Subst Use Misuse*. 2012;47(5):535-46. PMID:22428821. DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/10826084.2012.644170>
17. Ford C. Guidance for working with cocaine and crack users in primary care [Internet]. London: Royal College of General Practitioners; 2004 [cited 29 mar 2013]. Available from: <http://www.drugsandalcohol.ie/13634/>
18. Kolling NM, Petry M, Melo WV. Outras abordagens no tratamento da dependência do crack. *Rev Bras Ter Cogn*. 2011;7(1):7-14.
19. Oliveira EN, Lira TQ, Ferreira AGN, Araujo JVB, Nogueira NF, Marinho MP, et al. Aspectos relacionados ao tratamento de usuários de crack e álcool em um serviço de saúde mental. *Rev Tendên da Enferm Profis*. 2012;4(2):687-91.
20. Ribeiro M, Laranjeira R. O tratamento do usuário do crack. São Paulo: Casa Leitura Médica; 2012.
21. Rodrigues DS, Backes DS, Freitas HMB, Zamberlan C, Gelhen MH, Colomé JS. Conhecimentos produzidos acerca do crack: uma incursão nas dissertações e teses brasileiras. *Cienc Saúde Coletiva*. 2012;17(5):1247-58. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000500018>
22. Vorspan F, Bellais L, Keijzer L, Lépine JP. An open-label study of aripiprazole in nonschizophrenic crack-dependent patients. *J Clin Psychopharmacol*. 2008;28(5):570-2. PMID:18794657. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/JCP.0b013e3181858311>
23. Araujo RB, Pansard M, Boeira BU, Rocha NS. As estratégias de coping para o manejo da fissura de dependentes de crack. *Rev HCPA*. 2010;30(1):36-42.
24. Campbell J, Nickel EJ, Penick EC, Wallace D, Gabrielli WF, Rowe C, et al. Comparison of desipramine or carbamazepine to placebo for crack cocaine-dependent patients. *Am J Addict*. 2003;12(2):122-36. PMID:12746087. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1521-0391.2003.tb00610.x>
25. Corsi KF, Rinehart DJ, Kwiatkowski CF, Booth RE. Case management outcomes for women who use crack. *J Evid Based Soc Work*. 2010;7(1):30-40. PMID:20178023. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/15433710903175858>
26. Dias AC, Araújo MR, Laranjeira R. Evolução do consumo de crack em coorte com histórico de tratamento. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(5):938-48. PMID:21808833. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000049>
27. Harocopos A, Dennis D, Turnbull PJ, Parsons J, Hough M. On the rocks: a follow-up study of crack users in London [Internet]. London: Criminal Policy Research Unit; 2003 [cited 16 jun 2013]. Available from: <http://www.drugsandalcohol.ie/5446/1/1716-1637.pdf>
28. Hart CL, Haney M, Vosburg SK, Rubin E, Foltin RW. Gabapentin does not reduce smoked cocaine self-administration: employment of a novel self-administration procedure. *Behav Pharmacol*. 2007;18(1):71-5. PMID:17218799. DOI:<http://dx.doi.org/10.1097/FBP.0b013e328014139d>
29. Henskens R, Garretsen H, Bongers I, Van Dijk A, Sturmans F. Effectiveness of an outreach treatment program for inner city crack abusers: compliance, outcome, and client satisfaction. *Subst Use Misuse*. 2008;43(10):1464-75. PMID:18615321. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/10826080500391613>

30. Ingersoll KS, Farrell-Carnahan L, Cohen-Filipic J, Heckman CJ, Ceperich SD, Hetteema J, et al. A pilot randomized clinical trial of two medication adherence and drug use interventions for HIV + crack cocaine users. *Drug Alcohol Depend.* 2011;116(1-3):177-87. PMID: 21306837 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.12.016>
31. Marsden J, Eastwood B, Bradbury C, Dale-Perera A, Farrell M, Hammond P, et al. Effectiveness of community treatments for heroin and crack cocaine addiction in England: a prospective, in-treatment cohort study. *Lancet.* 2009;374(9697):1262-70. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61420-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61420-3)
32. Okpaku S, Macmaster SA, Dennie S, Tolliver D, Cooper RL, Rasch RF. Preliminary outcomes of a model program for increasing treatment access for African American women who use crack cocaine and are at risk for contracting HIV. *J Evid Based Soc Work.* 2010;7(1):41-57. PMID: 20178024. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/15433710903175874>
33. Sterk CE, Theall KP, Elifson KW. Effectiveness of a risk reduction intervention among African American women who use crack cocaine. *AIDS Educ Prev.* 2003;15(1):15-32. PMID:12627741. DOI: <http://dx.doi.org/10.1521/aeap.15.1.15.23843>
34. Wechsberg WM, Zule WA, Riehman KS, Luseno WK, Lam WK. African-American crack abusers and drug treatment initiation: barriers and effects of a pretreatment intervention. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2007;2:10. PMID:17394653 PMCid:PMC1847815. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1747-597X-2-10>
35. Zeni TC, Araujo RB. O relaxamento respiratório no manejo do craving e dos sintomas de ansiedade em dependentes de crack. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2009;31(2):116-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082009000200006>
36. Zule WA, Lam WK, Wechsberg WM. Treatment readiness among out-of-treatment African-American crack users. *J Psychoactive Drugs.* 2003;35(4):503-10. PMID:14986880. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/02791072.2003.10400498>
37. Alves GSL, Araujo RB. A utilização dos jogos cooperativos no tratamento de dependentes de crack internados em uma unidade de desintoxicação. *Rev Bras Med Esporte.* 2012;18(2):77-80. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-86922012000200002>
38. Bisch NK, Benchaya MC, Signor L, Moleda HMR, Ferigolo M, Andrade TMR, et al. Aconselhamento telefônico para jovens usuários de crack. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011;32(1):31-9. PMID: 21888200. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000100004>
39. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes metodológicas: elaboração de pareceres técnico-científicos. 3a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
40. Greater London Authority. The GLADA crack cocaine strategy 2005-08. London: Greater London Authority; 2004.
41. National Treatment Agency for Substance Misuse. Models of care for treatment of adult drug misusers: Update 2006 [Internet]. London: NHS; 2006 [cited 10 ago 2013]. Available from: http://www.nta.nhs.uk/uploads/nta_modelsofcare_update_2006_moc3.pdf.
42. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.
43. Connolly J, Foran S, Donovan AM, Carew AM, Long J. Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy [Internet]. Dublin: Health Research Board; 2008 [cited 29 jul 2013]. Available from: http://www.hrb.ie/uploads/tx_hrbpublications/HRB_Research_Series_6.pdf
44. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse. Principles of drug addiction treatment: a research-based guide [Internet]. Washington: NIH; 1999 [cited 13 mar 2013]. Available from: http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podat_1.pdf

Osteonecrose mandibular relacionada com bifosfonatos orais em paciente idosa polimedicada

Biphosphonate-related osteonecrosis of the jaw in an old patient with oral bisphosphonate exposure

Osteonecrosis mandibular relacionada con la toma de bifosfonatos orales en paciente anciana polimedicada

Leticia Simao Aiex. Servicio Andaluz de Salud, Distrito Sanitario de Jaén. Jaén, Espanha. leticia.aiex@gmail.com
(Autora correspondente)

Maria Villa Juárez Jimenez. Servicio Andaluz de Salud, Distrito Sanitario de Jaén. Jaén, Espanha. prettywoman_mvjj@hotmail.com

Alejandro Pérez Milena. Servicio Andaluz de Salud, Centro de Salud El Valle. Jaén, Espanha. alpemi@gmail.com

Resumo

A polifarmácia define-se como o consumo de cinco ou mais fármacos simultâneos durante um período de tempo determinado e é cada vez mais frequente em pessoas maiores de 65 anos. A osteoporose é a alteração metabólica óssea mais frequente nos países ocidentais e o segundo problema sanitário no mundo, depois das doenças cardiovasculares. Sua maior complicação é a fratura por fragilidade, afetando mais mulheres que homens. A prevenção de fraturas por osteoporose é feita com diversos tipos de remédios e os mais usados são os bifosfonatos. Estes são fármacos com amplo uso em Atenção Primária, principalmente para osteoporose pós-menopáusia. Apesar de serem bem tolerados, não estão isentos de efeitos secundários, sendo um dos mais graves a osteonecrose mandibular, como ocorre no caso exposto neste trabalho. Por este e outros motivos, sempre é importante ponderar risco-benefício de forma individualizada antes de começar qualquer tratamento e, principalmente, quando se trata a de pacientes polimedicados.

Abstract

Polypharmacy is defined as consumption of five or more concomitant drugs over a period of time, and its incidence is more common in people aged over 65 years. Osteoporosis is the most frequent metabolic bone disease in Western countries and the second most frequent health problem worldwide after cardiovascular diseases. Its main complication is fracture caused by bone fragility, and it affects more women than men. Various treatments are available to prevent them, and one of the most commonly used treatments is bisphosphonate therapy. These drugs are widely used as first-line therapy, especially in postmenopausal osteoporosis. Although bisphosphonates are generally well tolerated, they are not free of side effects, and one of the most serious ones is osteonecrosis of the jaw, as shown in the following clinical case. For these and other reasons, it is always important to perform risk-benefit analysis individually before starting any treatment, especially in patients with polypharmacy.

Palavras-chave:

Osteoporose Pós-Menopausa
Bifosfonatos
Osteonecrose
Mandíbula
Polimedicacão

Keywords:

Osteoporosis, Postmenopausal
Bisphosphonates
Osteonecrosis
Mandible
Polypharmacy

Fonte de financiamento:

declaram não haver.

Parecer CEP:

não se aplica.

Conflito de interesses:

declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:

revisado por pares.

Recebido em: 30/04/2013.

Aprovado em: 27/04/2015.

Como citar: Aiex LS, Jimenez MVJ, Milena AP. Osteonecrose mandibular relacionada com bifosfonatos orais em paciente idosa polimedicada. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(36):1-7. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(36\)748](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(36)748)

Resumen

Polimedicação es el consumo de cinco o más fármacos de forma concomitante durante un período de tiempo determinado y aparece más frecuentemente en personas mayores de 65 años. La osteoporosis es la enfermedad metabólica ósea más frecuente en los países occidentales y el segundo problema sanitario en el mundo después de las enfermedades cardiovasculares. Su mayor complicación es la fractura por fragilidad, afectando más a mujeres que hombres. Para prevenirlas se emplean diversos tipos de medicinas, y las más utilizadas son los bifosfonatos. Estos son medicamentos ampliamente empleados en la Atención Primaria, principalmente en osteoporosis posmenopáusica. A pesar de ser generalmente bien tolerados, no están libres de efectos adversos, siendo uno de los más graves la osteonecrosis mandibular, como ocurre en el caso clínico expuesto. Por estos y otros motivos, siempre es importante valorar los riesgos-beneficios de forma individualizada antes de empezar cualquier tratamiento, y más cuando se trata de pacientes polimedificados.

Palabras clave:

Osteoporosis Postmenopáusica
Bifosfonatos
Osteonecrosis
Mandíbula
Polifarmacia

Introdução

A polifarmácia é definida pelo Serviço Nacional de Saúde da Espanha como o consumo de cinco ou mais fármacos de maneira concomitante durante um período superior a três semanas.¹

Essa situação é vista com frequência cada vez maior: estima-se que aproximadamente metade dos pacientes que frequentam um centro de Atenção Primária encaixa-se nessa definição.² É mais frequente nos pacientes idosos. Está associada a um maior risco de efeitos colaterais e interações medicamentosas devido às mudanças na farmacodinâmica e farmacocinética dos medicamentos com o passar da idade.^{3,4}

Outro problema relevante são as fraturas por osteoporose, que ocorrem principalmente em pessoas com mais de 70 anos.^{5,6}

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁷ e a Conferência do *National Institute of Health*,⁸ a osteoporose define-se como doença esquelética caracterizada por uma resistência óssea diminuída que predispõe ao aumento do risco de fratura, afetando a integridade da densidade e a qualidade do osso.^{7,8}

É considerada a alteração metabólica mais frequente nos países ocidentais e o segundo problema sanitário assistencial no mundo, depois das doenças cardiovasculares.⁸ Na Espanha, afeta a mais de três milhões de pessoas, aumentando a incidência com a idade.⁹ A complicação mais temível é a fratura osteoporótica ou por fragilidade que afeta a mais de 70% das mulheres a partir dos 80 anos.⁷⁻⁹ No estudo conduzido no Brasil, BRAZOS (*The Brazilian Osteoporosis Study*), encontrou-se prevalência de 6% de osteoporose e 15% de fraturas por osteoporose.¹⁰

Atualmente, existem diversas alternativas de tratamento para prevenir as fraturas por osteoporose. Nos últimos anos, os bifosfonatos por via oral, com suas formas de administração semanal e mensal, constituíram a família de remédios mais usados.¹¹ No entanto, seu uso pode gerar um alto custo econômico, além de estar relacionado com diversos efeitos colaterais, como erosões e úlceras crônicas da mucosa oral, úlcera gástrica, esofagite, estenose esofágica, fratura atípica (subtrocantéreas e diafisárias), dor musculoesquelética e fibrilação atrial. Além destas, também encontrou-se outra complicação grave: a osteonecrose mandibular (ONM),¹² que pode ser mais dificilmente diagnosticada em pacientes idosos polimedificados, como ocorre no caso clínico exposto.

A incidência desta patologia, que era baixa, com o considerável aumento da utilização dos bifosfonatos na prevenção de fratura por osteoporose - principalmente em pacientes polimedificados -, aumentou de forma considerável.

Descrição do caso

Mulher espanhola, residente na província de Jaén (Andaluzia, Espanha), de 83 anos de idade que, em setembro de 2009, foi atendida por ortopedista devido a quadro de poliartralgia mecânica, sem melhora com analgésicos de primeira e segunda linha. Foi diagnosticada, através de radiografia dorso-lombar de escoliose, espondiloartrose e osteopenia severa lombar e moderada na bacia, indicando-se que começasse tratamento com paracetamol, fentanila transdérmica, ácido ibandronico 150mcg retard mensal, além de carbonato de cálcio e colecalciferol diários.

Também vinha sendo acompanhada por seu médico de família para controle de doenças que constituem fatores de risco cardiovascular (hipertensão arterial, diabetes mellitus (DM) tipo 2, dislipidemia, obesidade, insuficiência renal crônica leve), as quais eram tratadas com doses diárias de enalapril, hidroclorotiazida, glicazida, metformina e sinvastatina. Além disso, devido à presença de úlcera duodenal e glaucoma, usava omeprazol e timolol tópicos, sendo também portadora de prótese dentária.

Desde julho de 2010, consultou-se com seu médico, em diversas ocasiões, por dor na gengiva acompanhada de abscesso maxilar inferior direito. Em primeira instância, essas reclamações foram atribuídas ao uso de dentadura e infecção dentária. Ela foi vista tanto pelo médico de família quanto pelo dentista, que indicaram tratamentos como antibióticos orais (amoxicilina e amoxicilina-clavulanato), anti-inflamatórios e diversos enxágues com antissépticos tópicos, sem êxito. Até que, em junho de 2011, realizou-se nova inspeção da cavidade oral, que evidenciou exposição óssea do corpo mandibular direito, acompanhada de lesão ulcerada no extremo interno do mesmo, e inflamação local intensa. Nesse momento, fez-se necessário o diagnóstico diferencial entre cárie, gengivite, periodontite, prótese dental mal colocada e lesão óssea do maxilar. Solicitou-se uma ortopantomografia, que mostrou imagem hipodensa no terço inferior do corpo mandibular direito de aproximadamente 1 centímetro de diâmetro (Figura 1a). Diante disso, o tratamento com bifosfonatos foi suspenso imediatamente pelo médico de família, e a paciente foi encaminhada para o cirurgião maxilofacial.

Em julho de 2011, foi avaliada pela Cirurgia Maxilofacial, onde foi solicitada uma tomografia computadorizada (TC) de mandíbula (Figura 2). Os resultados mostraram uma lesão de 1,3x1,2 centímetros no terço médio do corpo mandibular direito, com lesões esclerosadas no interior e destruição da cortical interna, além de reação esclerótica no resto do corpo mandibular, sendo diagnosticada de lesão inespecífica de tempo de evolução incerta e duvidosa origem neoplásica. Com esses resultados, e depois de comprovar as características e extensão da lesão, realizou-se diagnóstico final de osteonecrose mandibular provocada por bifosfonatos orais (ácido ibandronico). Assim, realizou-se a extirpação do osso necrótico, com biópsia da lesão lítica. O diagnóstico anatomopatológico foi de actinomicose.

Atualmente, depois de duas revisões pós-cirúrgicas (janeiro/2012 e janeiro/2013), a paciente encontra-se assintomática, existindo uma pequena regeneração óssea (Figura 1b) com lesão totalmente coberta pela mucosa. Os sintomas desapareceram e mantém-se o tratamento para osteoporose mediante ingestão suplementar de cálcio e atividade física adequada para a idade.

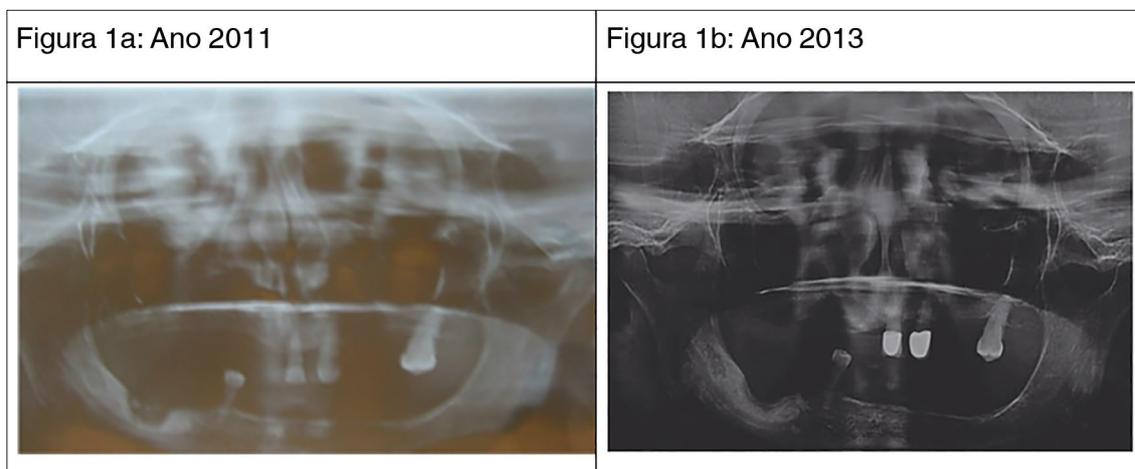


Figura 1. Evolução radiológica.

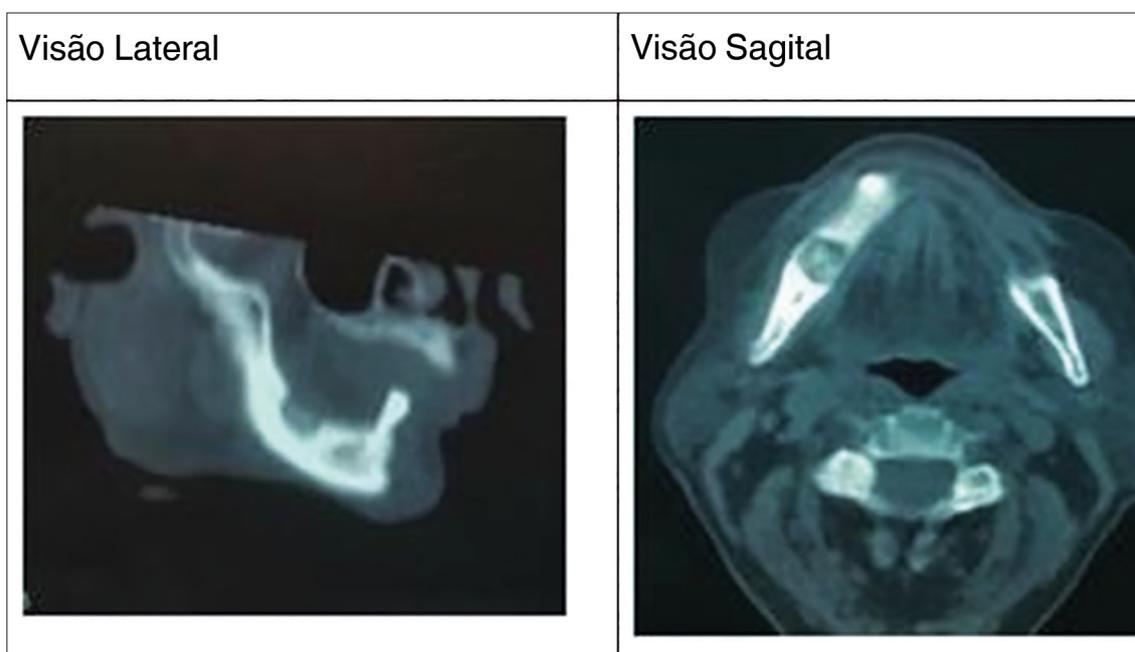


Figura 2. Tomografia computadorizada (TC) cervical, realizada em julho de 2011.

Discussão

As fraturas por fragilidade, em mulheres com osteoporose, representam um problema de saúde pública mundial, com inumeráveis repercussões sociosanitárias e econômicas. Por isto, antes de instaurar qualquer tipo de tratamento, é importante realizar um correto diagnóstico.¹³

Em 1994, a OMS definiu alguns critérios diagnósticos de osteoporose baseados nos valores da densitometria óssea (DMO) - osteoporose se $DMO \leq 2,5$ desvios-padrão. Considerando a DMO, encontraram-se vários fatores de risco de fratura por fragilidade exclusivos das mulheres, como a menopausa precoce e o status hipoestrogênico, tal como anorexia nervosa, excesso de exercício, câncer de mama.¹⁴

Além desses, existem muitos outros fatores de risco para a perda óssea e, conseqüentemente, fraturas por fragilidade, como a idade avançada (o mais importante), baixo índice de massa corporal (<19), história prévia e/ou familiar de fraturas, ser fumante, elevado consumo de álcool.¹⁵

Atualmente, indica-se a realização de DMO em mulheres entre 50 e 64 anos que possuam alguns destes fatores de risco ou que apresentem: fratura por fragilidade depois dos 40 anos, uso prologando de corticoides (>3 meses), baixo peso corporal (<60 kg) ou emagrecer >10% do peso corporal aos 25 anos, artrite reumatoide.¹⁶

No entanto, apesar de existir osteoporose densitométrica, estima-se que menos de um terço do risco de fratura deve-se ao valor densitométrico, sendo a idade, por si só, sete vezes mais importante.¹⁶

Para calcular o risco de fratura, existem muitas escalas válidas, sendo a mais destacada a FRAX, que permite calcular o risco de fratura aos 10 anos, porém, esta não dá recomendações sobre quando iniciar o tratamento farmacológico. Existem outros modelos, como o de Rotterdam, que dão algumas recomendações mais específicas sobre o momento de início do tratamento.¹⁵ Porém, nunca se deve esquecer que apesar das escalas serem úteis e proporcionarem informações de orientação clínica geral, o tratamento deve ser visto de forma individual em cada caso.

O tratamento preventivo é composto por dieta, exercício físico, cessação do tabagismo, prevenção de quedas, cautela na prescrição medicamentosa, além de medidas farmacológicas.¹⁷

É sabido que o tratamento farmacológico da osteoporose é custo efetivo, e deve-se instaurar em todos os casos de prevenção secundária, ou seja, naquelas mulheres pós-menopáusicas com osteoporose que tiveram uma fratura por fragilidade, e também nos casos de prevenção primária sempre que exista um risco alto (>20% de probabilidade de fratura nos próximos 10 anos) ou risco médio (10-20% de probabilidade) com osteoporose densitométrica.¹⁵

Porém, estas recomendações têm uma limitação, pois apesar das mulheres com mais de 80 anos constituírem um grupo de grande risco, existem poucos dados da eficiência dos tratamentos farmacológicos neste grupo, pois, em geral, estas não são incluídas nos estudos.¹⁵ Portanto, a paciente descrita anteriormente não foi corretamente diagnosticada de osteoporose, pois a radiografia não é um método de utilidade para tal. Além disso, não se calculou o risco de fratura, nem outros riscos de iniciar novo tratamento a uma paciente idosa polimedicada. Assim, pode-se afirmar que não existiam dados suficientes para iniciar tratamento farmacológico.

Apesar de o Serviço Andaluz de Saúde recomendar o uso de alendronato como tratamento de primeira linha para a osteoporose, 1/5 das mulheres pós-menopáusicas com osteoporose na Espanha usam ibandronato mensal como bifosfonato eletivo.¹⁷ Sua vantagem encontra-se na comodidade de administração, melhorando a aderência ao tratamento, principalmente em pacientes polimedicados. Em estudos de prevenção secundária, observou-se que reduz as fraturas vertebrais em 62%, com um NNT=20. No entanto, não está demonstrado que realmente seja mais eficaz. Além disto, existem poucos estudos cujo objetivo seja avaliar sua eficácia e segurança na população de idosos, e em prevenção primária de fraturas por fragilidade.^{17,18}

Demonstrou-se que o alendronato é capaz de aumentar a densidade mineral óssea e diminuir em quase metade os casos de fratura vertebral (prevenção primária) nas mulheres com mais de 65 anos, enquanto seu efeito nas demais fraturas é mais controverso.^{8,18} Em estudos de prevenção secundária, o alendronato demonstrou reduzir as fraturas vertebrais radiológicas (NNT=15), fraturas vertebrais sintomáticas (NNT=37) e outras fraturas (NNT=36).

ONM secundária aos bifosfonatos é uma osteomielite crônica, lenta, de diagnóstico recente. Observa-se a presença de lesão ulcerada na mucosa oral com exposição óssea de mais de 8 semanas de evolução e curso insidioso.¹⁹ O diagnóstico é feito pela presença dessa lesão ulcerada, uso de bifosfonatos

e ausência de radiação no território maxilofacial, e existem três estágios: 1) assintomático; 2) dor e provas clínicas de infecção; 3) complicações: ulceração da mucosa e exposição do osso desvitalizado, infecção de tecidos moles, perda de dentes e parestesias faciais.^{20,21} A etiopatogenia parece basear-se na presença de tecido hipóxico, hipocelular e hipovascular secundário ao potencial anti-angiogênico dos bifosfonatos, assim como à inibição da troca óssea que provocam, o que faz com que o osso seja mais suscetível a infecções que acabem em necrose.²⁰

A incidência de ONM por bifosfonatos orais está estimada entre 0,01-0,04%.²² O risco desta complicação parece aumentar quando a duração do tratamento supera os três anos e a maioria dos casos descritos tinha uma extração dentária prévia com cicatrização por segunda intenção,²¹ fato que não ocorreu no caso descrito anteriormente. No entanto, dado o elevado número de pacientes tratados com bifosfonatos orais para prevenção de fraturas por osteoporose, é esperado que esse efeito adverso seja cada vez mais frequente, visto que os bifosfonatos apresentam uma longa meia vida nos ossos (11 anos).^{21,22}

Assim, o tratamento da osteoporose deve ser individualizado, indicando os bifosfonatos de acordo com o risco de fraturas e a necessidade de prevenção farmacológica, com uma adequada avaliação dos riscos/benefícios. Não é aconselhável manter esse tratamento por mais de cinco anos, devido ao aumento no risco de efeitos adversos graves, sem aumentar suas características protetoras sobre fraturas.^{5,20-22} Alguns autores recomendam retirar o bisfosfonato três meses antes de qualquer cirurgia oral, sempre que seja clinicamente possível.^{8,17,19,21}

Essas recomendações devem ser especialmente lembradas pelos médicos de família para evitar complicações. Deve-se aconselhar uma correta higiene bucal e o abandono de tabagismo e consumo de álcool. Também deve-se lembrar do conceito de prevenção quaternária, cujo objetivo é evitar o sobrediagnóstico e sobretratamento, ou seja, diminuir a iatrogenia. Deve-se evitar a promoção de doenças e prevenir a medicalização da sociedade. Para isso, não se podem confundir fatores de risco com doenças, para não provocar problemas no presente ao prevenir eventos futuros.

Como conclusão, é importante individualizar o risco-benefício para justificar começar um tratamento farmacológico, principalmente quando estamos diante de pacientes idosos ou polimedicados.⁹ Sempre que haja suspeita da doença, devem-se retirar os bifosfonatos, além de aumentar as medidas de vigilância destes pacientes.

Por último, deve-se lembrar que além do uso de remédios não ser inócuo, seus efeitos adversos são mais frequentes em pacientes idosos polimedicados, já que estes apresentam uma resposta aos medicamentos diferente às pessoas de menor idade, e devido às possíveis interações farmacológicas. No entanto, a idade não deve ser uma barreira para começar um tratamento sempre que esteja realmente indicado.

Referências

1. Villafaina Barroso A, Gavilán Moral E. Pacientes polimedicados frágeis, un reto para el sistema sanitario. *Inf Ter Sist Nac Salud.* 2011;35(4):114-23.
2. Molina López T, Caraballo Camacho Mde L, Palma Morgado D, López Rubio S, Domínguez Camacho JC, Morales Serna JC. Prevalencia de polimedicación y riesgo vascular en la población mayor de 65 años. *Aten Prim.* 2012;44(4):216-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2011.03.010>
3. Carreño José V, Gayo Loredó ML, Pérez Manzano F, Gómez Ortega AI, Acosta Ferrer M. Interacciones farmacológicas en población polimedicada. *Aten Primaria.* 2008;40(11):582-3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1157/13128576>

4. Steinman MA, Landefeld CS, Rosenthal GE, Berthenthal D, Sen S, Kaboli PJ. Polypharmacy and prescribing quality in older people. *J Am Geriatr Soc.* 2006;54(10):1516-23 DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.00889.x>
5. Brozski MA, Traina AA, Deboni MC, Marques MM, Naclério-Homem Mda G. Bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw. *Rev Bras Reumatol.* 2012;52(2):265-70. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042012000200010>
6. González López-Valcárcel B, Sosa Henríquez M. Estimación del riesgo de fractura osteoporótica a los 10 años para la población española. *Med Clin (Barc).* 2013;140(3):104-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2011.11.030>
7. Osteoporosis fragility fracture risk: Guideline consultation. NICE Guidance; 2012. Disponible em: <http://guidance.nice.org.uk>
8. Moro-Alvarez MJ, Díaz-Curiel M. Diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis en mayores de 75 años. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010;45(3):141-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2009.11.003>
9. Guerra-García MM, Rodríguez-Fernández JB, Puga-Sarmiento E, Charle-Crespo MÁ, Gomes-Carvalho CS, Prejigueiro-Santás A. Incidencia de la fractura de cadera osteoporótica en Galicia en relación con la dispensación de medicamentos con indicación en su prevención y tratamiento. *Aten Primaria.* 2011;43(2):82-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2010.04.010>
10. Brandão CMR, Machado GPM, Acurcio FA. Análise farmacoeconômica das estratégias de tratamento da osteoporose em mulheres na pós-menopausa: uma revisão sistemática. *Rev Bras Reumatol.* 2012;52(6):912-37. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042012000600010>
11. Wells G, Cranney A, Peterson J, Boucher M, Shea B, Welch V, et al. Alendronato para la prevención primaria y secundaria de las fracturas osteoporóticas en mujeres posmenopáusicas (revisión Cochrane traducida) [Internet]. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Jan 23;(1):CD001155 [Acesso 14 Ago 2015]. Disponible em: <http://www.cochrane.org/es/CD001155/alendronato-para-la-prevencion-primaria-y-secundaria-de-las-fracturas-osteoporoticas-en-mujeres-posmenopausicas>.
12. Filleul O, Crompot E, Saussez S. Bisphosphonate-induced osteonecrosis of the jaw: a review of 2,400 patient cases. *J Cancer Res Clin Oncol.* 2010;136(8):1117-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00432-010-0907-7>
13. González-Macías J, Guañabens G, Gómez Alonso C, Del Río Barquero L, Muñoz Torres M, Delgado M, et al. Guía de práctica clínica en la osteoporosis postmenopáusica, glucocorticoidea y del varón. Sociedad Española de Investigación Ósea y del metabolismo Mineral. *Rev Clin Esp.* 2008;208(Supl 1):1-24.
14. Areas 1, 2, 3, 5 y 7 de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. Prevención y tratamiento de la osteoporosis posmenopáusica: prevención de fracturas. *Notas Farmacoterapéuticas.* 2005;12(5):9-16.
15. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Recomendaciones para la valoración y tratamiento de la osteoporosis primaria en mujeres de la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad; 2007.
16. Papaioannou A, Morin S, Cheung AM, Atkinson S, Brown JP, Feldman S, et al. ; Scientific Advisory Council of Osteoporosis Canada. 2010 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada: summary. *CMAJ.* 2010;182(17):1864-73. DOI: <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.100771>
17. Vicente Molinero A, Lou Arnal S, Medina Orgaz E, Muñoz Jacobo S, Antonio Ibáñez Estrella J. Osteoporosis treatment with bisphosphonates: Approaches to care reality. *Aten Primaria.* 2011;43(2):95-9. PMID: 20541844 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2010.04.008>
18. Fernandez Avila DG, Mora C, Reyes Sanmiguel E, Londoño JD, Santos Moreno P, Valle-Oñate R. Tratamiento farmacológico de la osteoporosis postmenopáusica. *Rev Colomb. Reumatol.* 2010;17(2):96-110
19. Arroyo Pineda V, Tofino Gonzalez I, de la Hija Díaz MB. Ibandronato Mensal para la Osteoporosis. Hoja de Evaluación de medicamentos de Castilla La Mancha. Sescam. 2008;9(7).
20. Arranz Caso JA, Flores Ballester E, Ngo Pombe S, López Pizarro V, Dominguez-Mompello JL, Restoy Lozano A. Bisphosphonate related osteonecrosis of the jaw and infection with *Actinomyces*. *Med Clin (Barc).* 2012;139(15):676-80. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2012.05.039>
21. Junquera LM. Comisión científica de la SECOM: Acero J, Burgueño M, de Vicente JC, Martín-Granizo R, Santamaría J, Infante P, et al. Diagnóstico, prevención y tratamiento de la osteonecrosis de los maxilares por bifosfonatos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial (SECOM) 2009.
22. Mavrokokki T, Cheng A, Stein B, Goss A. Nature and frequency of bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaws in Australia. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007;65(3):415-23. PMID: 17307586 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.joms.2006.10.061>

Herpes zoster na adolescência: caso clínico

Herpes zoster in adolescence: A clinical case

Herpes zóster en la adolescencia: caso clínico

Aline Salmito Frota. Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, CE, Brasil. alinesalmito@hotmail.com. (Autora correspondente)

Verônica Riquet de Siqueira Lima. Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, CE, Brasil. veronicariquet@yahoo.com.br

Hercília Maria Carvalho Queiroz. Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, CE, Brasil. herciliaqueiroz@hotmail.com

Israel Leitão Maia. Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, CE, Brasil. israeldermato@gmail.com

José Wilson Accioly Filho. Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, CE, Brasil. josewilsonaccioly@yahoo.com.br

Márcia Gonçalves Brasil. Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, CE, Brasil. marciavmc@terra.com.br

Maria Genúcia Cunha Matos. Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, CE, Brasil. genucia@gmail.com

Resumo

Varicela e herpes zoster (HZ) são entidades clínicas distintas causadas pelo vírus varicela-zoster (VZV). Varicela é uma doença aguda, altamente contagiosa, ocorrendo mais frequentemente na infância como resultado de infecção primária em indivíduo suscetível. HZ caracteriza-se por dor unilateral e aparecimento de vesículas sobre base eritematosa seguindo o território de um dermatomo, respeitando a linha mediana, ocorrendo anos após o primeiro contato com o VZV. Os principais fatores de risco para HZ são idade elevada e disfunção celular imune. Apresenta-se aqui caso extenso de herpes zoster em indivíduo imunocompetente, com localização atípica e faixa etária pouco comum. O caso apresentado chamou atenção pela extensão do acometimento da lesão e por ocorrer em um paciente imunocompetente e em faixa etária incomum.

Abstract

Varicella and herpes zoster (HZ) are distinct clinical entities caused by the varicella-zoster virus (VZV). Varicella is an acute, highly contagious disease that occurs most commonly in childhood as a result of a primary infection in a susceptible individual. HZ occurs years after the first contact with VZV and is characterized by unilateral pain and appearance of vesicles on an erythematous base following the territory of a dermatome, respecting the midline. The main risk factors for HZ are high age and cellular immune dysfunction. We present a case of herpes zoster with extensive and lush lesions, in an immunocompetent individual, with atypical location and uncommon age. The case drew attention by the extent of involvement of the injury, immunocompetent individual and in unusual age.

Resumen

La varicela y el herpes zoster (HZ) son distintas entidades clínicas causadas por el virus de la varicela-zoster (VZV). La varicela es una enfermedad aguda, altamente contagiosa, que se produce con más frecuencia en la infancia, como resultado de una infección primaria en individuos susceptibles. El HZ se caracteriza por el dolor unilateral y aparición de vesículas sobre una base eritematosa siguiendo el territorio de un dermatomo, respetando la línea media, que se produce años después del primer contacto con VZV. Los principales factores de riesgo para HZ son la elevada edad y la disfunción inmune celular. Se presenta aquí un caso de herpes zoster en individuo inmunocompetente, con ubicación atípica y edad poco común. El caso llamó la atención por el grado de la lesión y por producirse en paciente inmunocompetente y en edad inusual.

Como citar: Frota AS, Lima VRS, Queiroz HMC, Maia IL, Accioly Filho JW, Brasil MG, Matos MGC. Herpes zoster na adolescência: caso clínico. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(36):1-7. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(36\)704](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(36)704)

Palavras-chave:

Herpes Zoster

Herpesvirus Humano 3

Varicela

Keywords:

Herpes Zoster

Herpesvirus 3, Human

Varicella

Palabras clave:

Herpes Zóster

Herpesvirus Humano 3

Varicela

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
027.04.13 (HUWC), aprovado em 26/04/2013

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.
Recebido em: 16/02/2013.
Aprovado em: 25/04/2015.

Introdução

Varicela e herpes zoster (HZ) são entidades clínicas distintas causadas pelo vírus varicela-zoster (VZV).^{1,2} Varicela é uma doença aguda, altamente contagiosa, que ocorre mais frequentemente na infância, sendo resultado de uma infecção primária em indivíduo susceptível.^{2,3} HZ é caracterizado por dor unilateral e aparecimento de vesículas sobre base eritematosa, seguindo o território de um dermatomo (distribuição dermatômica), respeitando a linha mediana e ocorre como resultado de reativação endógena do VZV, que persistiu na forma latente num gânglio sensorial após um episódio de varicela,²⁻⁵ podendo ocorrer também após vacina para varicela (apesar de ser menos comum) visto que trata-se de vacina de vírus atenuado.^{6,7} Um dos principais fatores de risco para HZ é a idade, com sua incidência aumentando em pessoas com mais de 60 anos e/ou em pessoas com disfunção celular imune.^{3,4,8} Outros fatores relacionados, porém sem confirmação, são: sexo feminino, trauma físico no dermatomo afetado e raça negra. A exposição ao VZV intraútero ou durante os primeiros meses de vida é um dos principais fatores para o desenvolvimento de herpes zoster em crianças saudáveis.⁵ A ocorrência de herpes zoster pós-natal é menos comum que pós-infecções intrauterinas, 30% contra 69%, respectivamente.⁹ Apresenta-se aqui um caso de herpes zoster em faixa etária pediátrica, em indivíduo imunocompetente, que torna-se ainda mais incomum pela apresentação exuberante e localização atípica.

Detalhamento do Caso

Adolescente, 13 anos de idade, sexo masculino, atendido em Unidade de Atenção Terciária, proveniente de Serviço de Atenção Primária, com história de inúmeras vesículas em região genital e nádega esquerda havia cerca de três dias, respeitando a linha média, associado à disúria e dor intensa no local. A mãe referia febre havia dois dias. Negava patologias prévias, inclusive varicela. Apresentava calendário vacinal em dia, porém não havia tomado vacina contra varicela, já que esta não consta no calendário do Ministério da Saúde. Negava viagens recentes, alergias, uso de drogas imunossupressoras e história familiar para qualquer doença imunossupressora. Estava em uso de Cefalexina há um dia e compressas de permanganato de potássio, pois apresentara infecção cutânea secundária em alguns locais. Ao exame físico, apresentava múltiplas vesículas agrupadas sobre base eritematosa em corpo do pênis, glândula, saco escrotal, nádega e raiz da coxa esquerda, tendendo a respeitar linha média, seguindo dermatomo (território de S2/S3, Figuras 1-3).

Foi prescrito Aciclovir 800mg por dose, cinco vezes ao dia por sete dias, manteve-se a Cefalexina pelo mesmo período e foram solicitados exames, incluindo citologia de Tzanck (Figura 4). Paciente retornou para consulta em uma semana, apresentando melhora considerável do quadro, que estava em involução, com várias lesões crostosas e ausência de febre (Figura 5). Os resultados dos exames laboratoriais, como hemograma completo, função renal e hepática, sorologias para sífilis e HIV, 1 e 2 vieram sem alterações.

Discussão

HZ é mais prevalente em pessoas mais velhas, devido a um declínio em sua resposta celular imune,⁶ assim como em indivíduos com doenças sistêmicas, particularmente com imunodepressão.^{3,4} O caso apresentado chamou atenção pela extensão do acometimento da lesão e por ocorrer em um menino, imunocompetente, em faixa etária incomum e localização atípica. Um estudo realizado pela Faculdade



Figura 1. Foto mostrando agrupamento de vesículas em genitália, respeitando linha média.



Figura 2. Imagem aproximada da lesão.



Figura 3. Vesículas acometendo grande área de nádega e coxa esquerda.

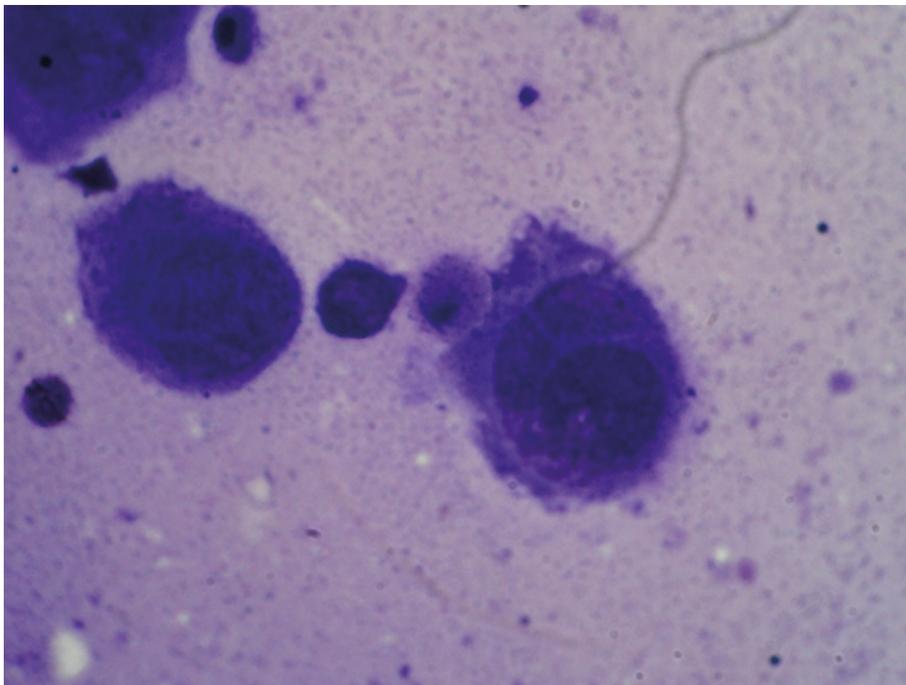


Figura 4. Citologia de Tzanck positiva, mostrando células gigantes multinucleadas.

de Medicina da Universidade de São Paulo, em 1990, que avaliou 469 casos de HZ, questionou se o HZ seria mais comum entre jovens do que entre idosos, uma vez que, segundo dados da literatura mundial, além de não haver caráter sazonal na infecção nem predominância quanto a sexo ou raça, a incidência aumentaria proporcionalmente com a idade, sendo pouco frequente em crianças e adolescentes, e pacientes imunodeprimidos seriam mais susceptíveis.



Figura 5. Aspecto das lesões após uma semana de tratamento com Aciclovir.

Porém, no estudo em questão, foi visto que 38% dos casos foram registrados em jovens (0 a 29 anos) enquanto apenas 24,1% foram registrados entre idosos (60 anos ou mais), mostrando uma distribuição bimodal e alertando para o uso de dados estrangeiros em nossa realidade, com a justificativa de que isso poderia levar a comunidade médica e científica a incorrer em erros, como supor que paciente jovem e saudável que apresente HZ poderia estar sofrendo de algum processo sistêmico grave.¹⁰ Outro estudo retrospectivo, realizado em uma cidade norte-americana, que avaliou 173 casos de HZ em pessoas com menos de 20 anos de idade, mostrou que, dos 135 casos cujo local acometido estava descrito no prontuário, 65% ocorreu em região torácica, seguido de região cervical, lombar, nervo craniano e somente 4% mostrou acometimento sacral.¹¹

O diagnóstico é essencialmente clínico, com um quadro característico.^{1,6} No caso em questão, foram solicitados exames para verificar se o mesmo teria alguma doença imunossupressora de base, porém, como citado anteriormente, esta investigação adicional é desnecessária se não existirem outros achados que corroborem a suspeita clínica. Pode-se fazer isolamento do vírus em cultura de células inoculadas,

além de estudo histopatológico e citodiagnóstico, e o diagnóstico definitivo é dado por isolamento do vírus em cultura de células inoculadas.^{2,5,12,13} Em crianças, a doença é menos grave, a neuralgia pós-herpética raramente ocorre e o tratamento com Aciclovir, que é aprovado para o tratamento em crianças (Famciclovir e Valaciclovir não são),⁸ pode ser desnecessário.^{5,6,8} Porém, o tratamento com antiviral é seguro, efetivo⁶ e pode ser recomendado em todos os casos de HZ, devendo-se iniciar em até 72 horas do início do quadro.^{13,14} Preconiza-se Aciclovir via oral para adultos saudáveis com HZ na dose de 20mg/Kg/dose (máximo de 800mg/dose) em quatro a cinco doses ao dia por cinco a sete dias.^{12,14} A maioria dos estudos não recomenda o uso de Aciclovir em herpes zoster não complicado em crianças, porém, alguns autores recomendam.^{6,15} Como profilaxia, há uma vacina disponível, utilizando a mesma cepa de VZV atenuada, com uma concentração maior, fazendo-se dose única de 0,65ml em maiores de 60 anos de idade.¹²

Portanto, o herpes zoster pode acometer crianças e adolescentes saudáveis e, nestes casos, se houver anamnese e exame físico sem alterações, uma investigação adicional para imunodeficiência e malignidade não é necessária,⁸ dado que tranquiliza, uma vez que a tendência dos médicos, de maneira geral, é achar que deve ser feita uma investigação para doenças, principalmente as que cursam com imunodepressão.

Referências

1. Bozko MP, Favaretto SL, Ponzio HA. Infecções pelo Herpesvírus e pelo Vírus Varicela Zoster. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani EJR, Duncan MS, Giugliani C, eds. Medicina Ambulatorial. Condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3a ed. Porto alegre: Artmed; 2004, p.1020-3.
2. Sampaio SAP, Rivitti EA. Dermatoses por vírus. In: Sampaio SAP, Rivitti EA, eds. Dermatologia. São Paulo: Artes Médicas; 2007. p.558-61.
3. Civen R, Chaves SS, Jumaan A, Wu H, Mascola L, Gargiulo P, et al. The incidence and clinical characteristics of herpes zoster among children and adolescents after implementation of varicella vaccination. *Pediatr Infect Dis J.* 2009;28(11):954-9. DOI:<http://dx.doi.org/10.1097/INF.0b013e3181a90b16>
4. Salleras M, Domínguez A, Soldevila N, Prat A, Garrido P, Torner N, et al. Contacts with children and young people and adult risk of suffering herpes zoster. *Vaccine.* 2011;29(44):7602-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2011.08.023>
5. Rodríguez-Fanjul X, Noguera A, Vicente A, González-Enseñat MA, Jiménez R, Fortuny C. Herpes zoster in healthy infants and toddlers after perinatal exposure to varicella-zoster virus: a case series and review of the literature. *Pediatr Infect Dis J.* 2010;29(6):574-6.
6. Wan KS, Su YM. Herpes zoster in a 13-year-old healthy immunocompetent female patient. *Med Mal Infect.* 2011;41(3):156-7. DOI:<http://dx.doi.org/10.1016/j.medmal.2010.09.017>
7. Uebe B, Sauerbrei A, Burdach S, Horneff G. Herpes zoster by reactivated vaccine varicella zoster virus in a healthy child. *Eur J Pediatr.* 2002;161(8):442-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00431-002-0981-1>
8. Feder HM Jr, Hoss DM. Herpes zoster in otherwise healthy children. *Pediatr Infect Dis J.* 2004;23(5):451-7. DOI:<http://dx.doi.org/10.1097/01.inf.0000126901.88982.32>
9. Kurlan JG, Connelly BL, Lucky AW. Herpes zoster in the first year of life following postnatal exposure to varicella-zoster virus: four case reports and a review of infantile herpes zoster. *Arch Dermatol.* 2004;140(10):1268-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archderm.140.10.1268>
10. Castro L, Shen S. Zoster: mais frequente entre jovens que entre idosos. *An Bras Dermatol.* 1990;65(3):129-33.
11. Guess HA, Broughton DD, Melton LJ 3rd, Kurland LT. Epidemiology of herpes zoster in children and adolescents: a population-based study. *Pediatrics.* 1985;76(4):512-7. PMID: 3863086

12. Guedes ACM, Avelleira JCR, Lupi O, Abraham LS, Azulay DR, Azulay-Abulafia L. Doenças virais de interesse dermatológico. In: Azulay DR, Azulay RD, Azulay-Abulafia L. Dermatologia. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2011. p.304-18.
13. Straus SE, Oxman MN, Schmader FE. Varicella and Herpes Zoster. In: Wolff K, Goldsmith LA, eds. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 7th ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2008. p.1885-98.
14. Whitley RJ. Therapy of herpes virus infections in children. Adv Exp Med Biol. 2008;609:216-32. PMID: 18193668
15. Smith CG, Glaser DA. Herpes zoster in childhood: case report and review of the literature. Pediatr Dermatol. 1996;13(3): 226-9. PMID:8806124 DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1470.1996.tb01208.x>

Bases para um Novo Sanitarismo

Basis for health care reform

Bases para la reforma del sistema de salud

Gustavo Diniz Ferreira Gusso. Pesquisador independente. São Paulo, SP, Brasil. gustavo.gusso@usp.br
(Autor correspondente)

Daniel Knupp. Pesquisador independente. Belo Horizonte, MG, Brasil. knupp.bh@gmail.com

Thiago Gomes da Trindade. Pesquisador independente. Natal, RN, Brasil. thiagogtrindade@gmail.com

Nulvio Lermen Junior. Pesquisador independente. Florianópolis, SC, Brasil. nulvio@hotmail.com

Paulo Poli Neto. Pesquisador independente. Curitiba, PR, Brasil. ppolineto@gmail.com

Resumo

As reformas dos sistemas de saúde dos países da Europa Ocidental e Canadá na segunda metade do século XX inspiraram o movimento conhecido como Reforma Sanitária no Brasil. Esses países implementaram sistemas de saúde socializados integrando financiamento público e serviços privados, alguns originados da universalização do seguro-saúde (bismarckiano) outros da arrecadação geral de impostos (beveridgeano). Nesse processo, um dos fatores que mais evoluiu foi a contratualização, que permite a identificação de fraudes e promove a saúde no nível individual e coletivo em vez do uso indiscriminado dos serviços. No Brasil, a Constituição de 1988 lança as bases para um sistema universal de saúde financiado por impostos gerais que permite a ampliação de serviços privados sem regulação estatal, mas cofinanciados pelo Estado por meio da isenção fiscal e subsídios para servidores públicos. Nesse cenário, cresce a dicotomia, e a sobreposição entre serviços estatais e privados é agudizada.

Abstract

The reforms in the health systems of Western European countries and Canada in the second half of the twentieth century inspired the movement known as Health Reform in Brazil. These countries have implemented socialized health systems integrating public funding and private services, some originated from universal health insurance (Bismarckian) and others from general tax revenues (Beveridgean). In this process, one of the factors that has evolved is the contracting that enables identification of fraud and promotes health at the individual and collective level rather than indiscriminate use of services. In Brazil, the 1988 Constitution lays the foundation for a universal health care system funded by general taxes while allowing the expansion of private services without state regulation, but co-financed by the state through tax exemption and subsidies for public employees. In this scenario, dichotomy increases, and the overlap between state and private services is aggravated.

Resumen

Las reformas de los sistemas de salud de los países de Europa Occidental y Canadá en la segunda mitad del siglo XX inspiraron el movimiento conocido como la Reforma de Salud en Brasil. Estos países han puesto en práctica sistemas de salud socializados que integran la financiación pública y los servicios privados, algunos se originaron de la universalización del seguro-salud (bismarckiano), otros de la recaudación de impuestos generales (beveridgeano). En este proceso uno de los factores que ha evolucionado es la contractualización que permite la identificación de fraude y promueve la salud en el nivel individual y colectivo más que el uso indiscriminado de los servicios. En Brasil, la Constitución de 1988 pone las bases para un sistema de salud universal financiado por impuestos generales al tiempo que permite la expansión de los servicios privados y sin regulación estatal, pero cofinanciados por el Estado a través de la exención fiscal y subsidios para servidores públicos. En este escenario crece la dicotomía, y el solapamiento entre los servicios estatales y privados se agrava.

Como citar: Gusso GDF, Knupp D, Trindade TG, Lermen Junior N, Poli Neto P. Bases para um Novo Sanitarismo. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(36):1-10.
[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(36\)1056](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(36)1056)

Palavras-chave:

Reforma dos Serviços de Saúde
Atenção Primária à Saúde
Sistema Único de Saúde

Keywords:

Health Care Reform
Primary Health Care
Unified Health System

Palabras clave:

Reforma de La Atención de Salud
Atención Primaria a la Salud
Sistema Único de Salud

Fonte de financiamento: declaram não haver.

Parecer CEP: não se aplica.

Conflito de interesses: declaram não haver.

Procedência e revisão por pares: revisado por pares.
Recebido em: 19/12/2014.
Aprovado em: 02/02/2015.

Introdução

No início da década de 1970, o Brasil viu surgir um movimento, eminentemente acadêmico em sua origem, ao qual se denomina Movimento da Reforma Sanitária.¹ A saúde como direito de todos e dever do Estado, conceito que se cristaliza no artigo 196 da Carta Magna, era uma das bandeiras defendidas por esse movimento. A redemocratização do país estava no centro dessa pauta que propunha uma série de reformas sociais. Os participantes desse movimento tiveram um importante papel na década de 1980, destacando-se o relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujos apontamentos influenciaram sobremaneira na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) quando da promulgação da Constituição Federal.

Quatro décadas se passaram desde as origens dessa reforma sanitária e o contexto político e social do país é consideravelmente diferente. O avanço no processo democrático e as conquistas sociais, entre as quais o próprio SUS, foram marcantes nesse período. Apesar disso, os princípios fundamentais do SUS ainda não são plenamente vigentes. Persistem problemas que já se tornaram crônicos, como, por exemplo, a iniquidade, o financiamento insuficiente e a má gestão dos recursos do sistema. Muitos desses problemas, como veremos, podem ter sua raiz nos conceitos trazidos pela Constituição e em elementos hegemônicos do pensamento sanitarista.

Além disso, o desenvolvimento do conhecimento científico e o acúmulo de experiência com os sistemas de saúde ao redor do mundo não podem ser ignorados. Se o movimento da reforma sanitária possibilitou o marco legal para a construção do SUS, parece ter avançado pouco nas questões conceituais que permitiriam tornar de fato a Atenção Primária ordenadora do sistema,² como a discussão da contratualização dos serviços privados, nos modelos de remuneração dos profissionais, nos processos de regulação da clínica, dentre outros aspectos. O processo insular e autorreferenciado em que vive a discussão acadêmica sobre modelos de organização do sistema de saúde pode ser apontado como uma das razões pelas quais não temos sido capazes de debater com profundidade problemas elementares.

Pretende-se, nesse artigo, apresentar e discutir as bases para novas formas de organizar o sistema de saúde e de fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS), nos níveis macro, intermediário e micro.

Nível macro

A principal referência para a construção de redes de atenção é o relatório Dawson, que descreveu os setores primário, secundário e terciário. Neste documento de 1920³ está o indicativo que a saúde deve ser regionalizada e não municipalizada. Ou seja, no Brasil o que aconteceu foi uma “descentralização centralizadora”, fazendo com que muitas vezes até o Ministério da Saúde atue como um “grande município” ao tratar de questões locais e do nível micro, sendo que os estados que deveriam ter maior protagonismo na construção da rede ou sofrem *bypass* ou não exercem sua função.

O sistema de saúde é considerado público se o financiamento é majoritariamente público (preferencialmente, ao menos 70%), mas os serviços podem ser na sua maioria privados desde que regulados pelo Estado. O conceito de privado inclui “pertencente ao próprio trabalhador”. Esta é a realidade na maioria dos países com sistema de saúde universal de fato e financiamento majoritariamente público como Canadá, Japão, Holanda, Inglaterra, Dinamarca, Irlanda, Itália, Noruega, Nova Zelândia, etc... onde

a rede de serviços de atenção primária à saúde (consultórios) pertence aos próprios médicos que fazem contratos direto com o governo. As exceções são Portugal, Espanha, Suécia e Finlândia onde a força de trabalho é estatal, sendo que em todos esses países há reformas que direcionam para uma maior autonomia do trabalhador regulada por meio de uma complexa contratualização.⁴

No Brasil, ao se criar o SUS em 1988, abre-se mão de uma rede de clínicos gerais que atendiam como profissionais liberais ou contratados pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em todo o país e opta-se pela construção de uma Atenção Primária com provimento público (estrutura física e funcionários públicos). Se na Inglaterra a APS do *National Health Service* (NHS) origina-se da clínica individual e com o tempo passa a incorporar algumas medidas preventivas (como vacinas) e trabalho multiprofissional, no Brasil a APS no SUS tem origem no posto de vacinação e nas ações programáticas. Esse caminho explica a dificuldade atual de fazer a APS brasileira incorporar o que mundo afora é a sua essência: a clínica dos problemas mais comuns. Outra consequência foi a perda de uma imensa força de trabalho médica que passou a ver o serviço público como secundário. Não terão sido justamente esses clínicos gerais liberais espalhados por todo o país que foram absorvidos pelos planos de saúde para criar a sua rede de serviços? Não teria sido melhor o SUS tê-los absorvido e a partir deles organizar uma APS e atenção especializada contratualizada e regulada pelo Estado?

Os sistemas de saúde bismarckianos e beveridgianos, embora tenham uma diferença original quanto ao financiamento, ou seja, enquanto no bismarckiano há um imposto específico para a saúde e no beveridgiano o sistema é custeado por impostos gerais, eles se convergem desde que o financiamento seja majoritariamente público. Embora os recursos arrecadados nos sistemas bismarckianos sejam geridos por autarquias consideradas privadas, este recurso é regulado pelo Estado e, portanto, é um recurso público. Assim, não há a condenação *a priori* de um desses sistemas. O que importa é a forma de gerir o dinheiro e como o sistema é regulado em um nível intermediário entre o macro e o micro. A principal vantagem do sistema bismarckiano é que tende a despolitizar a gestão da saúde, enquanto o beveridgiano tende a fortalecer a equidade. As principais desvantagens são os opostos. É preciso avaliar como cada cultura aceita os modelos e como eles são implementados. Na maioria dos países não é o sistema (bismarckiano ou beveridgiano) em si o problema, mas a forma de implantação, o grau de corrupção e de politização ou de mercantilização da saúde. O mais relevante é que o sistema e os serviços de saúde sejam socializados.^{5,6}

É importante haver um equilíbrio entre equidade e liberdade, sendo que o Estado deve proteger sempre o primeiro na correlação de forças. Sistemas bismarckianos tendem a favorecer a liberdade, enquanto o beveridgiano a equidade, mas esta tendência pode ser corrigida pela regulação do Estado. Alguns países bismarckianos como a Holanda tomaram medidas neste sentido, com resultados positivos relevantes. O Brasil passou de um sistema bismarckiano (INPS) para um beveridgiano (SUS), mas manteve resquícios do anterior como os sistemas de autogestão (Cassi e GEAP), Hospitais dos Servidores Estaduais e Municipais, Militares, etc...

Outro problema criado com o SUS em 1988 e reforçado com a NOB 91 e 92 foi a municipalização dos serviços de forma irresponsável.^{7,8} Toda a rede de atenção primária existente foi passada aos municípios, bem como a responsabilidade da sua estruturação, sem dar condições financeiras e de gestão para que o sistema funcionasse a contento. Alguns grandes municípios conseguiram razoavelmente

se estruturar e atingir um nível de qualidade da APS, mas a grande maioria dos municípios brasileiros mostra uma falta de capacidade na gestão dos serviços e isso não é exclusivo das pequenas cidades, já que existem inúmeros exemplos de metrópoles que se arrastam na estruturação de sua APS com resultados pífios há muitos anos.

Boa parte do problema está ligada à excessiva politização inerente à escolha do modelo Beveridgiano, mas soma-se a isso a falta de formação mínima para atuação na área da maioria dos gestores municipais e a insolvência financeira de grande parte dos municípios brasileiros. O mais grave é que essa decisão tomada na década de 90 enfraquece o fator que deveria ser o ponto forte de um sistema Beveridgiano, que é a equidade, já que o sistema não é único e sim composto por mais de 5.600 subsistemas fragmentados e com padrões de qualidade diferentes dependendo da cidade em que está implementado, acarretando em uma competição e autofagia. No caso brasileiro, a equidade se dá com sorte dentro da mesma cidade, mas muitas vezes nem isso. De todos os países com sistemas de fato universais de saúde, apenas a Finlândia, um país com pouco mais de cinco milhões de habitantes, tem uma municipalização semelhante, o que demonstra que foi uma ideia desprovida de referências e de muito difícil execução. Já nas décadas de 60 e 70 havia certo acúmulo de experiências quanto à melhor forma de promover a descentralização. Tudo leva a crer que a opção pela municipalização foi uma decisão com viés corporativista e político, pois com a autonomia municipal cada prefeito ou secretário municipal de saúde ganhou uma importância na formulação da política de saúde desproporcional à capacidade de implementação, além de cada nova eleição representar uma ameaça ao que vinha sendo construído. As cidades com mais sucesso são as que seguem a formulação nacional quando esta está de acordo com as premissas Beveridgianas sem procurar inventar modelos próprios.

Além disso, no Brasil o sistema privado de inspiração norte-americana responde por mais de 50% dos gastos e em um nível micro ainda sobrevivem unidades de saúde tradicionais com foco em agendas e ações programáticas com internistas, ginecologistas e pediatras de inspiração soviética. Ou seja, os quatro modelos coexistem no Brasil representados principalmente pela Estratégia Saúde da Família (Beveridgiano), autogestão (Bismarckiano), Unidades Básicas de Saúde (UBS) chamadas tradicionais (soviético) e medicina de grupo ou planos de saúde (norte-americano).⁹

O conceito de integralidade necessita ser contextualizado. Em cada contexto se utiliza o termo “integralidade” de uma maneira distinta, sendo que para o Sistema Único de Saúde faz alusão às ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Já quando presente nos atributos da Atenção Primária à Saúde denota “cuidado abrangente” (do inglês *comprehensiveness*), ou seja, faz referência à carteira de serviços e sua amplitude. Na definição de APS, o conceito de prevenção não é utilizado, mas é intrínseco a praticamente todas as ações na área da saúde. É mais prático pensar em integralidade como toda a oferta de serviços e de cuidados de um sistema de saúde (como o SUS). E em abrangência como um atributo central da Atenção Primária, que não pode dividir sua oferta de serviços em função de uma faixa etária ou de um problema/patologia. A utilização do conceito de integralidade como a abordagem ampliada da pessoa (contexto cultural, familiar e comunitária) representa para Starfield atributos derivados da APS, ou seja, é papel desse espaço de atenção, mas ocorrerá apenas nas equipes/UBS que cumprirem minimamente os atributos nucleares: acesso, continuidade, abrangência dos serviços e coordenação do cuidado.^{10,11}

É importante resgatar as ideias de Geoffrey Rose para monitorar as intervenções populacionais e individuais, assim como os paradoxos do risco e da prevenção.¹² As intervenções essencialmente individuais não podem ser utilizadas em um nível populacional e vice-versa. Os serviços de saúde assistenciais em um nível micro têm como principal função a intervenção individual. Um exemplo de confusão de intervenção individual e populacional é a visita mensal dos agentes comunitários de saúde em todas as casas da área de abrangência. Esta ação específica não tem resultados de custo efetividade demonstrados e deveria ser focada nos indivíduos em risco e de maior vulnerabilidade, considerando que quase sempre há heterogeneidade nas diversas populações.

Nível intermediário

É preciso reavaliar cotidianamente a prática com indicadores de estrutura, processo e resultado com foco nos atributos nucleares da APS. Um dos instrumentos mais bem acabados para fazer esta avaliação é o *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*, traduzido e validado para a realidade brasileira.¹³ Outras ferramentas adaptadas às necessidades locais devem ser usadas como interações por condições sensíveis à APS, mortalidade evitável, atraso no diagnóstico, resultados em saúde segundo a classe social e nível de educação formal, resistências bacterianas, etc.

A vigilância epidemiológica não deve ditar a agenda e a gestão da clínica. É louvável que no Brasil haja uma integração da vigilância em saúde com a assistência, em especial nas unidades de saúde. Mas não pode haver sobreposição ou mesmo imposição da agenda da vigilância a todos os profissionais da saúde. O desafio é não perder as conquistas como a ampla cobertura vacinal, mas avançar para uma prática centrada na demanda das pessoas, nos riscos individuais e no acesso. Não basta avaliar as ações programáticas como programas de vacinação e tuberculose para compreender a atenção primária como um todo. Outros instrumentos citados como interações por condições sensíveis à APS devem ser igualmente valorizados. É inaceitável que um idoso seja anualmente vacinado contra influenza mas morra de insuficiência cardíaca por falta de assistência desde a atenção primária. Ao mesmo tempo, é importante rever possíveis exageros em protocolos pouco custo efetivos e com alto custo de oportunidade, valores que não são mensurados, em especial em sistemas muito verticalizados. Problemas de saúde ou faixas etárias que não estão em programas de vigilância muitas vezes são negligenciados. Os responsáveis pelos programas verticais das secretarias municipais, estaduais e mesmo do Ministério da Saúde se beneficiariam se mantivessem uma carga horária parcial na assistência como generalistas para, assim, terem mais condições de adequar os protocolos à realidade, procurando promover resultados globais positivos e não o predomínio de um programa sobre os demais, respeitadas as variações sazonais, endemias e epidemias.

A forma de remuneração em todos os níveis deve ser através de composições (mix), sendo que na atenção primária à saúde o modelo de capitação, onde houver lista de pacientes, deve representar pelo menos 50% da remuneração global. Nenhuma das formas de remuneração (capitação, salário fixo, produção e resultado) deve corresponder a 100% da remuneração.¹⁴ É importante incorporar algum mecanismo que premie o profissional que fique mais tempo na mesma unidade. É igualmente relevante proporcionar incentivos para que o médico e sua família vá para o meio rural com mais recursos materiais, viagens para formação continuada, bolsas de estudo universitárias preferenciais para os filhos destes profissionais, etc.

Os médicos gerais devem ter listas de pacientes que de preferência não devem seguir regiões geográficas, mas sim listas abertas cuja carga deve ser avaliada por critérios como idade e vulnerabilidade social, além de parâmetros estudados (como *adjusted case groups*¹⁵ ou fórmula de Carr-Hill¹⁶) e adequados à realidade local. A área geográfica deve ser da unidade de saúde onde o profissional seria responsável pela visita domiciliar, ou seja, dentro desta área geográfica o cidadão pode escolher seu médico. O ideal é que este mesmo profissional ajude no cuidado fora do horário comercial na forma de rodízio regional.

Deve haver uma política de regulação da formação médica clara que reserve entre 35 e 40% de todas as vagas de residência para a medicina de família e comunidade como ocorre em grande parte da Europa Ocidental e Canadá.¹⁷ A residência deve ser mandatória para se praticar medicina sem supervisão e deve ser entendida como um mecanismo de regulação do mercado, além de uma estratégia bem acabada e custo efetiva de formação em serviço.

Nível micro

O acesso deve ser prioritariamente com médicos generalistas bem formados. No Brasil, não há uma definição clara e única de “generalista”, mas o conjunto de conhecimentos mais bem definido e adequado para receber o paciente no sistema de saúde e fazer o primeiro filtro aumentando a probabilidade pré-teste para possíveis intervenções dos especialistas é a medicina de família e comunidade.¹⁸ O pediatra é o especialista mais próximo do médico de família e comunidade, mas pode ser mais bem aproveitado em outros cenários. A coordenação dos cuidados deve ser realizada pelo médico generalista, sendo que os especialistas focais devem prestar serviços temporários e de assessoria.

O acesso do paciente na atenção primária é prioritário. As agendas nas unidades de saúde ou consultórios de médicos gerais não devem ser programáticas, ou seja, não deve haver dia ou período para hipertensão, diabetes, idoso ou saúde mental. O risco deve ser individualizado e não de acordo com “programas”. Ou seja, um diabético compensado pode não ser visto no mesmo dia, enquanto um paciente com sangramento digestivo esporádico precisa ser atendido imediatamente. Os conceitos de acesso avançado e agendamento não devem ser dicotomizados, ou seja, o agendamento deve ser usado para favorecer o acesso e não para criar uma fila virtual. Caso o acesso esteja comprometido, é preciso avaliar quantitativamente as variáveis implicadas como tempo de consulta, pressão assistencial, lista de pacientes e “frequência”.¹⁹

Os conceitos de prevenção quaternária²⁰ e de sobrediagnóstico²¹ devem ser incorporados no cotidiano da APS de forma qualificada, integrando-se com outras tecnologias como a medicina baseada em evidência. É fundamental que a implementação desses conceitos seja monitorada com indicadores provenientes do *PCATool*, das internações por condições sensíveis a APS,²² dentre outros instrumentos.

Devem ser incorporadas tecnologias leves (*soft*)²³ que demonstraram benefícios aos pacientes e ao sistema como o “método clínico centrado na pessoa”.²⁴ O profissional da saúde tem poder iatrogênico como qualquer exame e, portanto, suas tecnologias devem ser testadas para serem incorporadas. Uma ideia não pode ser considerada adequada apenas por ter uma base filosófica sólida. É preciso fortalecer os atributos da Atenção Primária à Saúde (acesso, coordenação, longitudinalidade e cuidado abrangente) e colaborar efetivamente na clínica do médico geral.

Faltam estudos que demonstrem a efetividade e o benefício ao sistema dos conceitos de acolhimento,²⁵ projeto terapêutico singular,²⁶ matriciamento²⁷ e clínica ampliada.²⁸ É importante avaliar como cada uma dessas definições utilizadas no nível micro alteram os atributos essenciais da APS em um nível intermediário. O acesso, o cuidado colaborativo, a discussão de caso, a individualização da conduta com empoderamento das pessoas, as habilidades de comunicação são campos de estudo amplos e fazem parte da base do trabalho na APS, sendo que a ressignificação desses conceitos-chave precisa ser acompanhada de demonstração de efetividade.

O sistema de registro deve seguir a sistematização SOAP e o Registro Clínico Orientado por Problemas como descrito por Lawrence Weed.²⁹ A melhor forma de classificação na Atenção Primária à Saúde é por meio da Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP).³⁰ Todo prontuário na atenção primária deve ter uma Lista de Problemas bem sistematizada.

Dicotomias

Ao longo dos anos, algumas dicotomias no Brasil foram sendo acentuadas o que, no cotidiano, gera confusão para a população e fazem os serviços ficarem sobrepostos e pouco custo efetivos. As principais dicotomias são:

Público versus privado: como já explicitado, o financiamento deve ser majoritariamente público e o serviço pode ser majoritariamente privado, desde que regulado por meio, principalmente, da compra de grande quantidade de serviços e da adequada contratualização (via de regra, nos países onde o sistema de saúde foi bem sucedido este foi o caminho). O que chama a atenção é que este processo de “integração” foi acontecendo sem uma coordenação do Estado, resultando nas Organizações Sociais como prestadoras dos serviços para o sistema público, ao invés de empoderar os trabalhadores fazendo contratos diretos com suas respectivas pessoas jurídicas como é comum na Europa. Mesmo assim, aceita-se a contratualização para serviços hospitalares, mas há uma resistência corporativista de sindicatos e movimentos vinculados ao antigo sanitarismo com relação aos serviços privados na atenção primária. Muitos sindicatos exigem que os trabalhadores sejam estatutários e ao mesmo tempo reivindicam que o empregador, muitas vezes o município ou uma instituição pública como a Fiocruz, subsidie planos de saúde privados, o que representa uma contradição com potencial de ameaçar o futuro do sistema de saúde brasileiro.

Salário fixo versus produção: estas são as duas formas de remuneração mais usadas. O salário é hegemônico no sistema público, enquanto o pagamento por produção ainda predomina no sistema privado. Muitas vezes, estes componentes representam 100% da remuneração pelo serviço. O *mix* deveria estar no mesmo empregador representado em cada paciente ou consulta, mas na realidade o médico faz esta composição de maneira artificial com diferentes vínculos, um pagando fixo e outro por produção.

Agudo versus crônico: esta dicotomia muitas vezes é retomada ciclicamente e tem origem na fisiopatologia e na determinação arbitrária de patologias “agudas” e “crônicas”. Por exemplo, sinusite até um certo período de dias é considerada aguda e depois é considerada crônica. Para o paciente, o que mais importa é o sofrimento, as limitações na função, a expectativa com relação ao sistema de saúde, etc. Por isso, na atenção primária não cabem escalas como a de Manchester, que priorizam sinais e sintomas

“físicos” (embora não seja possível fazer uma distinção clara entre físico e mental, foi usado aqui um termo corriqueiro exclusivamente para a compreensão da ideia). Uma unidade de emergência pode referenciar pacientes de baixo risco ou “crônicos”, mas uma unidade de atenção primária já é o primeiro contato tanto para casos agudos quanto crônicos. Independentemente do problema, na atenção primária as pessoas são cuidadas longitudinalmente, sejam os problemas crônicos, agudos ou crônicos-agudizados. Uma pessoa sem doenças mas com “medo de estar com um problema grave” por qualquer motivo deve ser atendida o mais rápido possível. Ou seja, na atenção primária deve-se promover a integração “corpo” e “mente” e qualquer demanda de qualquer pessoa é relevante.³¹ A dicotomia “agudo” *versus* “crônico” representa uma ameaça a esta premissa.

Conclusão

Provavelmente, há grande influência da Constituição de 1988 na agudização dessas dicotomias e contradições. O artigo 196 diz que a “A saúde é direito de todos e dever do Estado” e assim lança as bases do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto o artigo 199 estabelece que “a saúde é livre à iniciativa privada”. Ou seja, trata-se de uma constituição que previa o que aconteceria ou determinou a realidade atual. Estes artigos foram frutos da mobilização e *lobby* de cada uma das principais forças vigentes até 1988: o Movimento da Reforma Sanitária de um lado e os planos de saúde privados, medicina de grupo e cooperativas médicas de outro. Cada um construiu o “seu” sistema de saúde. Este sanitarismo teve grande importância até a Constituição de 1988. Embora fosse desconectado dos princípios que norteavam os principais sistemas de saúde do mundo, como a integração do sistema com financiamento público com o serviço privado, liderados pelo movimento inglês que já adotava estas medidas desde a década de 50, e de ser irrealisticamente estatizante, evitou que o sistema de saúde brasileiro fosse americanizado ou mercantilizado por completo. Porém, pode-se dizer que o artigo 199 representa na verdade a derrota do Movimento da Reforma Sanitária, cuja resultante foi o financiamento majoritariamente privado vigente.

Ao mesmo tempo, o artigo 196 faz alusão ao conceito de “saúde como um direito”, sendo que a própria definição de “saúde” é motivo de intermináveis debates. O professor Juan Gérvas, que inspirou grande parte dessas ideias aqui descritas,^{32,33} sempre que veio ao Brasil deixou claro que não se pode prometer o intangível como a felicidade.³⁴ Ou seja, o máximo que deve estar descrito na Constituição é que serviços de saúde custo efetivos são um direito da população, e já há parâmetros que precisam ser debatidos para definir o que é custo efetivo para a realidade brasileira.

É preciso fazer a reforma e esta deve começar da base. Modificar a Constituição e estes dois artigos extremamente contraditórios é apenas o primeiro passo. Este texto pretende dar um norte e propor princípios para os passos seguintes. Nas décadas de 60 e 70, os movimentos eram muito fechados e faltou comparar sistemas de saúde. Hoje, há mais informações e não se pode viver de crenças e ideologias que ficaram no passado e que paradoxalmente alimentam o perverso e o oposto. Atualmente, a população chegou a uma situação limite no Brasil em que o principal incentivador do serviço público é o privado e do serviço privado é o público. A solução não é financiar os dois.

Referências

1. Teixeira SF, org. Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez/Abrasco; 1989.
2. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. Gac Sanit. 2012;26 Suppl 1:20-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.10.009>
3. Dawson B. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Publicacion Científica nº 93;1964.
4. Gérvas J, Perez Fernandez M. Organização da Atenção Primária à Saúde em Outros Países. In: Gusso G, Lopes JM. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. ArtMed: Porto Alegre; 2012.
5. Gérvas J, Pérez Fernández M, Starfield BH. Primary care, financing and gatekeeping in western Europe. Fam Pract. 1994;11(3):307-17. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/11.3.307>
6. Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. Cad Saúde Pública. 2006;22(5):951-63. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500008>
7. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Revista dos Tribunais; 1997.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 234, de 07 de fevereiro de 1992. Edição da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB-SUS/92). Brasília: Ministério da Saúde; 1992.
9. Roemer MI. National Strategies for Health Care Organization: a World Overview. Ann Arbor: Health Administration Press; 1985.
10. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.
11. Starfield B, Hyde J, Gérvas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? J Epidemiol Community Health. 2008;62(7):580-3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2007.071027>
12. Rose G. Estratégias da medicina preventiva. Porto Alegre: Artmed; 2010. 192p.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde. Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
14. An Optimal remuneration system for General Practitioners. [homepage na Internet] Nederlandse Zorgautoriteit. [Acesso 27 Jul 2014]. Disponível em: http://www.nza.nl/104107/230942/Paper_-_An_Optimal_remunera1.pdf
15. Starfield B, Kinder K. Multimorbidade e sua mensuração. In: Gusso G, Lopes JM. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ArtMed; 2012.
16. Review of the General Medical Services - global sum formula [homepage na Internet] National Health System [Acesso 27 Jul 2014]. Disponível em: http://www.nhsemployers.org/~media/Employers/Documents/Primary%20care%20contracts/GMS/GMS%20Finance/Global%20Sum/frg_report_final_cd_090207.pdf
17. CARMS [home page na Internet]. Canadian Resident Matching Service. [Acesso 9 Abr 2014]. Disponível em: <https://www.carms.ca/>
18. McWhinney IR, Freeman T. Manual de medicina de família e comunidade. 3a ed. Porto Alegre: ArtMed; 2010.
19. Gusso G, Poli Neto P. Gestão da Clínica. In: Gusso G, Lopes JMC. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. ArtMed: Porto Alegre; 2012. p.159-66.
20. Jamouille M, Gusso G. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. In: Gusso G, Lopes JMC, orgs. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. ArtMed: Porto Alegre; 2012. p. 2015-211.
21. Welch HG, Schwartz L, Woloshin S. Overdiagnosed: making people sick in the pursuit of health. Boston: Beacon Press; 2011.
22. Alfradique ME, Bonolo Pde F, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Ambulatory care sensitive hospitalizations: elaboration of Brazilian list as a tool for measuring health system performance (Project ICSAP--Brazil). Cad Saude Pública. 2009;25(6):1337-49. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600016>

23. Feinstein AR. The need for humanised science in evaluating medication. *Lancet*. 1972;2(7774):421-3. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(72\)91814-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(72)91814-4)
24. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient centered medicine: transforming the clinical method*. London: Radcliffe Publishing; 2014.
25. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1999;15(2):345-53. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1999000200019>
26. Oliveira GN. O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde [Dissertação de mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2007.
27. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999;4(2):393-403. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231999000200013>
28. Cunha GT. *A construção da Clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec; 2005. p.212.
29. Weed LL. Medical records that guide and teach. *N Engl J Med*. 1968;278(11):593-600. PMID: 5637758 DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM196803142781105>
30. World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. *Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2)*. 2ª ed. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2009.
31. Damásio A. *Em busca de Espinosa: prazer e dor na ciência dos sentimentos*. São Paulo: Companhia das Letras; 2004. p.358.
32. Gérvas J, Pérez Fernandez M. Uma atenção primária forte no Brasil. Relatório sobre como fortalecer os acertos e corrigir as fragilidades da estratégia saúde da família. [acesso em 11 jan 2012]. Disponível em: www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/relatoriofinal_portugues.pdf
33. Casajuana J, Gérvas J (directores). *La renovación de la atención primaria desde la consulta*. Madrid: Springer-Health Care Ibérica; 2012.
34. Gérvas J. Atención Primaria, de la teoría a la práctica. *Cad Saúde Pública*. 2008;24 Sup1:S24-S26.

Breast and testicular self-examinations in cancer screening: a matter of quaternary prevention?

Autoexames mamário e testicular nos rastreamentos oncológicos: uma questão de prevenção quaternária?

Autoexámenes testicular e mamario en tamizaje de cáncer: ¿una cuestión de prevención cuaternaria?

José Agostinho Santos. Unidade de Saúde Familiar Dunas (ULS) - Matosinhos, Portugal. zeagostinho@hotmail.com
(Corresponding author)

Abstract

Health care includes important preventive attitudes that are divided into four categories: primary, secondary, tertiary, and quaternary. Quaternary prevention refers to the avoidance of the implementation of procedures whose benefits are doubtful and damages are unknown or notorious. Counseling for self-examinations in breast and testicular cancer screenings can fall under the purview of quaternary prevention. However, there is a lack of randomized controlled trials that examine the effectiveness and safety of testicular self-examination. Meanwhile, in two large randomized controlled clinical trials, breast self-examination has been proven to cause harm (anxiety and biopsies to detect benign lesions) as a screening method, with no benefit in terms of mortality rates. Healthcare professionals should be aware that the absence of counseling in this context paradoxically results in the protection of health, especially with reference to breast cancer screening. It is a simple example of how less is more.

Resumo

Os cuidados em saúde incluem atitudes preventivas importantes que se dividem nas categorias primária, secundária, terciária e quaternária. A prevenção quaternária consiste no abandono de procedimentos desenvolvidos pelos profissionais de saúde cujos benefícios são duvidosos e cujos danos são desconhecidos ou notórios. O aconselhamento para a realização dos autoexames como métodos de rastreamento dos cânceres mamário e testicular é uma temática de prevenção quaternária. Não existem ensaios clínicos aleatórios e controlados que testem a efetividade e segurança do autoexame testicular. Quanto ao autoexame mamário, foi provado em dois grandes ensaios clínicos que causa dano como método de rastreamento (ansiedade, biópsias que detetam lesões benignas), sem qualquer benefício em termos de taxa de mortalidade. Os profissionais de saúde deverão saber que a ausência deste tipo de aconselhamento resulta, paradoxalmente, em proteção da saúde, especialmente para o rastreamento do câncer mamário. Na realidade, é um exemplo de como menos transforma-se em mais.

Resumen

La atención a la salud incluye actitudes preventivas importantes que se dividen en primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria. La prevención cuaternaria implica el abandono de algunos procedimientos realizados por profesionales, cuyos beneficios son dudosos y cuyos daños son desconocidos o notorios. La promoción de los autoexámenes de mamas y testicular en cribado de cáncer puede ser una cuestión de prevención cuaternaria. Hay una falta de ensayos controlados aleatorios que podría poner a prueba la eficacia y la seguridad del auto examen testicular. En cuanto al autoexamen de mamas, en dos grandes ensayos clínicos se ha demostrado que causa daño (ansiedad, biopsias para detectar lesiones benignas) como método de cribado, sin ningún beneficio en las tasas de mortalidad. Los profesionales de salud deben ser conscientes de que la ausencia de este tipo de consejo resulta, paradójicamente, en protección de la salud, especialmente para el cribado del cáncer de mama. En realidad, es un ejemplo de cómo con menos se hace más.

Cite as: Santos JA. Breast and testicular self-examinations in cancer screening: a matter of quaternary prevention? Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(36):1-6.
[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(36\)1094](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(36)1094)

Keywords:

Breast Neoplasms
Urologic Neoplasms
Mass Screening
Prevention & Control
Quaternary Prevention

Palavras-chave:

Neoplasias da Mama
Neoplasias Urológicas
Programas de Rastreamento
Prevenção & Controle
Prevenção Quaternária

Palabras clave:

Neoplasias de la Mama
Neoplasias Urológicas
Tamizaje Masivo
Prevenición & Control
Prevenición Cuaternaria

Funding:

none declared.

Ethical approval:

not necessary.

Competing interests:

none declared.

Provenance and peer review:

externally reviewed.

Received: 10/04/2015.

Accepted: 26/06/2015.

From primary to quaternary prevention

General Practitioners' (GP) daily clinical activities are diverse and interconnect preventive attitudes with curative measures.¹

Good quality studies have documented that preventive attitudes bring better community health indicators than do therapeutic measures. Therefore, there is an incentive for practices that favor the avoidance or minimization of health problems, particularly in Primary Health Care (PHC) services.^{2,3}

Preventive attitudes are classically divided into three categories: primary, secondary, and tertiary.⁴

In the 80s, a fourth level of prevention, namely, quaternary prevention was proposed and described by Marc Jamoulle, a Belgian Family Doctor. Subsequently, it was accepted by the World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners (WONCA). According to the WONCA, quaternary prevention is the "action taken to identify the patient at risk of overmedicalization, to protect him from new medical invasion, and to suggest to him interventions which are ethically acceptable."⁵ This new concept was proposed at a time of collective enthusiasm around medical advances and exponential growth of profits within the healthcare market. It concretized all the anxieties felt by many healthcare professionals and moderated the enthusiasm regarding new curative techniques, by questioning the final risk/benefit of certain measures for patients' health.⁶

Quaternary prevention has its roots firmly anchored in evidence and a critical analysis of existing data, which is reflected in its strong scientific and objective nature.⁶ However, it is likely to have been crushed by heavy campaigns coordinated by the pharmaceutical industry and group opinions of leaders (with possible conflicts of interest). This tended to generate a wave of positivism in healthcare professionals regarding the therapeutic and counseling attitudes, despite their absence of robust scientific evidence. Indeed, this is a part of a much more complex phenomenon called disease mongering. These attitudes are presented as valuable strategies for primary and secondary prevention, leading physicians to use the doctor-patient relationship as a promoting platform for such measures.^{6,7} Although filled with hope and belief, these measures may not bring any interesting health gains for patients (such as increasing the life-span with quality of life) and may even harm them (inducing anxiety, generating excessive concern about non-specific signs or symptoms, or encouraging the use of invasive and uncomfortable complementary diagnostic exams).⁶⁻⁸

Thus, the main role of family doctors/GPs is to ensure patient well-being, protecting him/her from health damage. It is therefore essential that these professionals accept the concept of quaternary prevention, which, in a sense pertains to the prevention of non-prevention. This acceptance develops as a result of a self-critical analysis of daily practices. This will not only protect patients from biopsychological damage, but will also fulfill daily clinical activities with proven effective actions in terms of community health.

Surprisingly, counseling for self-examinations in breast cancer and testicular cancer screenings can actually be a matter of quaternary prevention.

Self-examination in testicular cancer screening: a castle in the sand

Testicular cancer is the most common type of cancer in men aged between 15 and 34 years. The American Cancer Society estimated that, in 2013, there were about 7,920 new cases of testicular cancer

in the United States of America (USA). Additionally, cryptorchidism and a family history of testicular cancer have been identified as the main risk factors.^{9,10}

The incidence of testicular cancer has been increasing in the past few years, but the specific-mortality rate has been decreasing due to the effective therapies developed recently.⁹ This may have also led to an increase in the awareness about testicular cancer screening. This increase is based on a simple and appealing premise that if there are successful therapeutic techniques, it would be worth screening to detect tumors in early stages, which in turn would lead to higher resolution rates. This assumption is logical but deeply theoretical since its translation into practical measures raises numerous issues that may highlight hidden harm.

Proposed screening methods include testicular self-examination by teenagers and men to help timely detection of a possible swelling and/or other suspicious signs.^{9,11} Since the emergence of this method, several nurses and doctors have been advising their patients to practice periodic and systematic self-examinations, assuming that this will bring clear benefits for the male community.¹¹ Some of these health professionals have also questioned why a large proportion of men still does not engage in the same, and majority of healthcare professionals do not teach and promote testicular self-examination. A study by Brenner et al. reported that only 50% of pediatric residents taught their teenage patients to perform this examination.¹² The underlying reason for this apparent lack of awareness among several healthcare professionals is the lack of solid scientific evidence to support the use of testicular self-examination as an effective cancer detection method and the absence of data proving that men who undergo such screenings have a greater chance of living longer than men who never performed it.⁹

Further, a giant gap in this context is the lack of randomized controlled trials to rigorously test hypotheses related to the effectiveness and safety of such screening measures. There are no published trials that compare mortality and morbidity outcomes in men who underwent an intervention (periodic testicular self-examination for cancer screening) and those who did not.⁹ However, the possible outcomes are worth considering.

Indeed, the group of men who underwent such an intervention could have had greater knowledge of their own anatomy. However, but this could not generate any results in terms of health outcomes. On the other hand, it is also possible that this group would experience moments of greater anxiety moments during such periodic self-examinations, often induced by a state of mental alertness that would ultimately lead to a disturbing fear of having cancer. This psychological collateral damage is an expected outcome of counseling for testicular cancer screening. Meanwhile, the intervention group could, in fact, self-detect testicular cancers in greater numbers and at earlier stages as compared to those who would seek medical services only on casually noticing a testicular lesion. However, more diagnoses in the former group (even at early stages) do not necessarily mean a higher survival rate as compared to those in the group that did not undergo the intervention. In reality, treatments for testicular cancer are highly effective even for tumors in advanced stages, and this fact could lead to equal mortality rates in both the study groups.⁹ If true, this would indicate that men in a self-testing routine would begin to experience a repetitive cycle of anxiogenic self-researching for months/years without any advantage over men who did not follow the same.

Thus, counseling for self-examination for testicular cancer screening is, actually, like a castle in the sand: easily built, but consumes time and has no solid pillars. Therefore, we may question the need for engaging in such everyday work and reconsider if it is worth spending a part of the counseling appointment on a measure without clear benefits. Instead, we could reduce this time, and perhaps, use it for counseling on other topics with better immediate effects on patient health.

Self-examination in breast cancer screening: the proven damage

If all the questions listed for testicular cancer screening had a line of assumptions that arise from the utilization of breast self-examination as a screening method, there is strong scientific evidence that clears uncertainties.

Statistical data involving breast cancer are also relevant. In 2013, an estimated 232,340 new cases of invasive breast cancer were expected to be diagnosed in women in the USA, along with 64,640 new cases of non-invasive breast cancer.¹³ A monthly structured breast self-examination was proposed as a screening method prior to the mammography phase. This was expected to detect cancers at an earlier stage and decrease the specific mortality rate.^{14,15} However, this assumption was never proven to be true. Further, some evidence suggests that mammography is the only effective method for screening as it detects small and still non-palpable tumors.^{15,16} However, breast self-examination is still considered as a screening method by many health professionals, who advise their patients to perform periodic breast palpation, believing that it is a beneficial addition to the information available from a mammographic image. However, in contrast, this counseling could lead to more harm than good.

Two good-quality randomized controlled trials compared two groups of women: a set of patients who were taught and encouraged to conduct regular breast self-examinations for nearly 10 years (intervention group) and another set of similar women who did not receive any such intervention (control group). These studies became international references and bases for the guidelines of several scientific societies.^{17,18}

The first study was published in 2002 and involved 266,064 Chinese women aged between 31 and 64 years, out of which 132,979 joined the intervention group who underwent counseling, training, and motivational reinforcement for performing the breast self-examination. Subsequently, it was found that there were 864 cases and 135 deaths due to breast cancer in the intervention group and 896 cases and 131 cancer deaths in the control group. Mortality rates after a 10-11-year follow-up were similar [RR (relative risk)=1.03 (95% CI (confidence interval) 0.81 to 1.31)]. However, a greater number of benign lesions were diagnosed in the intervention group (2761) as compared to those in the control group (1505) [RR=1.84 (95% CI, 1.73 to 1.95)]. Similar trends were found in terms of the number of women referred for breast biopsies [RR=1.51 (95% CI, 1.44 to 1.59)].¹⁷

In 2003, Russian researchers published a clinical trial involving 122,471 women aged 40 to 64 years, who were followed-up for 10 years. A total of 57,712 women participated in the intervention group that received an educational program for self-examination, and 64,759 participated in the control group. Eventually, there were 493 cases and 157 cancer deaths in the intervention group as compared to 446 cases and 164 cancer deaths in the control group. There was no statistically significant difference between the two groups with reference to the specific mortality rate [RR=1.07 (95% CI 0.86 to 1.34)]. However, again there were more benign lesions (645) in the intervention group as compared to those in the control group (351) [RR=2.06

(95% CI 1.81 to 2.35)]. Consequently, the number of women referred for biopsy was significantly higher in the intervention group [RR=1.60 (95% CI 1.45 to 1.75)].¹⁸

These two studies were included in a Cochrane Collaboration meta-analysis published in 2003 and reviewed in 2007 without changes. The authors concluded that breast self-examination had no effect on reducing mortality from breast cancer [RR=1.05 (95% CI 0.90 to 1.24)]. Furthermore, based on the fact that the number of women who underwent biopsy with benign outcomes in the intervention group was double that in the control group [3406 *versus* 1856, respectively, RR=1.88 (95% CI 1.77 to 1.99)], they highlighted that these data suggest that self-examination may cause damage to the patient.¹⁹

The practice of breast self-examination as a screening method (and its counseling) has been proven to cause harm to patients. Specifically, active research on body changes during a focused self-examination may cause alarm around the findings, which may actually be normal or benign. As a result, these women undergo additional tests to examine benign lesions that would never compromise their life. The emotional and spiritual experiences of these new conditions called “illness” can decrease women’s quality of life once they enter a researching process that leads to the final result of a profoundly anxiogenic biopsy.¹⁵ In fact, other studies have documented acute anxiety associated with breast self-examination and complementary exams.^{20,21} This highlights the most disturbing part of a healthcare practice, that is, conducting procedures that have no positive effect on patients’ life. Moreover, all these diagnostic procedures are also accompanied by economic costs (adding to the biopsychological costs cited above) due to the use of medical and structural resources.

Conclusions

Counseling for testicular and breast self-examinations are clear targets of quaternary preventive actions. These advices constitute practices without any proven benefits in terms of evidence that matters to the patient (i.e., extending quality of life and/or reducing mortality). In reality, they may cause non-negligible damages. With no supporting evidence (for testicular cancer screening) or with strong opposing evidence (for breast cancer screening), these advices are obsolete. However, this does not suggest that we should promote the patients’ delinking from changes in their bodies. Body awareness allows the patient to differentiate new and suspicious changes that would lead him/her to seek medical care. However, this awareness needs to be limited to casually noticed changes that are not accompanied by intensive researching by the patient after noticing the changes.

We can therefore say that the absence of counseling for conducting regular self-examinations as cancer screening methods is an example of how less is more.

References

1. World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) Europe. The European definition of General Practice/Family Medicine. WOMCA Europe; 2011. p.8-12 [cited 2015 Jul 21] Available from: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>
2. Maciosek MV, Coffield AB, Edwards NM, Flottemesch TJ, Goodman MJ, Solberg LI. Priorities among effective clinical preventive services: results of a systematic review and analysis. *Am J Prev Med.* 2006;31(1):52-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2006.03.012>
3. Kopes-Kerr C. Preventive health: time for change. *Am Fam Physician.* 2010;82(6):610-4. PMID: 20842988

4. RACGP National Standing Committee. The role of general practice in prevention and health promotion. Melbourne: Royal Australian College of General Practitioners; 2006.
5. Bentzen N, ed. WONCA dictionary of general/family practice. Copenhagen: Wonca International Classification Committee; 2003.
6. Melo M. A prevenção quaternária contra os excessos da medicina. *Rev Port Clin Geral* 2007;23(3):289-93.
7. Moynihan R, Doust J, Henry D Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *BMJ*. 2012;344:e3502. PMID: 22645185 DOI:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e3502>
8. Camacho JG, Moral EG, Gracia LJ. Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. *AMF*. 2012;8(6):312-7.
9. Lin K, Sharangpani R. Screening for testicular cancer: an evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2010;153(6):396-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-153-6-201009210-00007>
10. American Cancer Society. What are the key statistics about testicular cancer? [Internet] [cited 2015 Jul 21]. Available from: <http://www.cancer.org/cancer/testicularcancer/detailedguide/testicular-cancer-key-statistics>
11. Souza KW, Reis PED, Gomes IP, Carvalho EC. Estratégias de prevenção para câncer do testículo e pênis: revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(1):277-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000100039>
12. Brenner JS, Hergenroeder AC, Kozinetz CA, Kelder SH. Teaching testicular self-examination: education and practices in pediatric residents. *Pediatrics*. 2003;111(3):e239-44. PMID: 12612278 DOI: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.111.3.e239>
13. American Cancer Society. What are the key statistics about breast cancer? [cited 2015 Jul 21]. Available from: <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-key-statistics>
14. Thornton H, Pillarisetti RR. 'Breast awareness' and 'breast self-examination' are not the same. What do these terms mean? Why are they confused? What can we do? *Eur J Cancer*. 2008;44(15):2118-21.
15. Santos JA. Breast self-examination on breast cancer screening: evidence increases as uncertainty fades away. *Acta Obstet Gynecol Port*. 2013;7(2):113-7.
16. Nelson HD, Tyne K, Naik A, Bougatsos C, Chan BK, Humphrey L; U.S. Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: an update for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2009;151(10):727-37. DOI: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-151-10-200911170-00009>
17. Thomas DB, Gao DL, Ray RM, Wang WW, Allison CJ, Chen FL, et al. Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: final results. *J Natl Cancer Inst*. 2002;94(19):1445-57. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/jnci/94.19.1445>
18. Semiglazov VF, Manikhas AG, Moiseenko VM, Protsenko SA, Kharikova RS, Seleznev IK, et al. Results of a prospective randomized investigation [Russia (St.Petersburg)/WHO] to evaluate the significance of self-examination for the early detection of breast cancer. *Vopr Onkol*. 2003;49(4):434-41. PMID: 14569932
19. Kösters JP, Gøtzsche PC. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(2):CD003373. PMID: 12804462
20. Brett J, Austoker J, Ong G. Do women who undergo further investigation for breast screening suffer adverse psychological consequences? A multi-centre follow-up study comparing different breast screening result groups five months after their last breast screening appointment. *J Public Health Med*. 1998;20(4):396-403. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/oxfordjournals.pubmed.a024793>
21. MacFarlane ME, Sony SD. Women, breast lump discovery, and associated stress. *Health Care Women Int*. 1992;13(1):23-32. PMID: 1556029 DOI:<http://dx.doi.org/10.1080/07399339209515975>