

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



Volume 10, Número 37, Out-Dez 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 (RBMF) 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 RBMF está aberta para **submissões online** de artigos sujeitos ao **processo de avaliação pelos pares**. Por favor, antes de submeter seu artigo, verifique no site da revista as **Diretrizes para Autores** disponível na seção **Sobre**. O cadastro no sistema e posterior acesso, por meio de login e senha, são obrigatórios para a submissão de trabalhos, bem como para acompanhar o processo editorial em curso.
Periodicidade trimestral/Publication Frequency quarterly four issues per year (March/June/September/December).

EQUIPE EDITORIAL

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. Altacílio Aparecido Nunes, Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil **Prof. Dra. Aldaisa Cassanho Forster**, Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil **Prof. Dr. Ailton Tetelbom Stein**, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), Porto Alegre, RS, Brasil **Prof. Dr. Alberto Novaes Ramos Jr.**, Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil **Prof. Dr. Bruno José Barcellos Fontanella**, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos, SP, Brasil **Prof. Dra. Camila Giugliani**, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FURG), Porto Alegre, RS, Brasil **Prof. Dr. Cesar Augusto Orazem Favoreto**, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil **Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser**, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC e Universidade de Coimbra, Portugal **Prof. Dra. Danielle Fernandes Godoi**, Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SMS), Florianópolis, SC, Brasil **Prof. Dr. Erno Harzheim**, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FURG), Porto Alegre, RS, Brasil **Prof. Dr. João Mazzoncini de Azevedo Marques**, Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCRP-USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil **Prof. Dr. João Werner Falk**, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FURG), São Paulo, SP, Brasil **Prof. Dra. Juan Gervás**, Equipo CESCA, Madrid, Espanha **Prof. Dra. Luciane Loures dos Santos**, Universidade de São Paulo (FMRP-USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil **Prof. Dr. Marcelo Rodrigues Gonçalves**, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FURG), Porto Alegre, RS, Brasil **Prof. Dr. Mário Maia Bracco**, Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein (IIEPAE), São Paulo, SP, Brasil **Prof. Dra. Maria Inez Padula Anderson**, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil **Prof. Dr. Nicanor Rodrigues da Silva Pinto**, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil **Prof. Dra. Patrícia Barreto Cavalcanti**, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB, Brasil **Prof. Dra. Roberta Alvarenga Reis**, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FURG), Porto Alegre, RS, Brasil **Prof. Dr. Rodolfo de Carvalho Pacagnella**, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil **Prof. Dr. Rodrigo Caprio Leite de Castro**, Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC), Porto Alegre, RS, Brasil **Prof. Dr. Rodrigo Diaz Olmos**, Hospital Universitário e Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, 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), Rio de Janeiro, RJ, Brasil **Prof. Dra. Simone Almeida da Silva**, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil **Prof. Dr. Thiago Dias Sarti**, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, ES, Brasil **Prof. Dr. Thiago Gomes da Trindade**, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN, Brasil

REVISORES "AD HOC"

Prof. Dra. Alcione Tavora Kullo, Grupo de Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman (DIHS - ENSP), Brasil **Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti**, Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), 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. Dra. Andréia Silveira Walter de Aguiar**, Universidade Federal do Ceará (UFC), Brasil **Prof. Dra. Angela Helena Marin**, Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), Brasil **Prof. Dr. Bruno Souza Benevides**, 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), Rio de Janeiro, RJ, Brasil **Prof. Dra. Cristine Vieira do Bonfim**, Fundação Joaquim Nabuco (FUNDA), Recife-PE, Brasil **Prof. Dr. Daniel 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. Dr. Donovan Casas Patiño**, Universidade Autônoma do Estado de México (UAEM) [Centro Universitario Amecameca], México **Prof. Dra. Fernanda Vieira Rodovaldo Callegari**, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Brasil **Prof. Dr. Francisco Rogerlândio Martins de Melo**, Universidade Federal do Ceará (UFC), Brasil **Prof. Dra. Giannina do Espírito-Santo**, Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM), Brasil **Prof. Dra. Isanete Geraldini Costa Bieski**, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Brasil **Prof. Dra. Jeruza Lavanholi Neyeloff**, Instituto de Avaliação de Tecnologias em Saúde (IATS) **Prof. Dr. José Eduardo Corrente**, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Brasil **Prof. Dra. Josenaide Engracia Santos**, Universidade de Brasília (UNB), Campus Ceilândia, Brasília, DF, Brasil **Prof. Dra. Lucia Alves S. Lara**, Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto (FMRB-USP), Brasil **Prof. Dra. Luciana Kind**, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), Brasil **Prof. Dr. Luís Antônio Benvegnú**, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI), Brasil **Dr. Luiz Felipe Fabi**, Prevent Senior, Brasil **Dr. Luís Filipe Cavadas**, Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), Portugal **Prof. Dr. Luís Pisco**, Instituto de Ciências Sociais e Políticas (ISCP), 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. Dr. Marcelo Rodrigues Gonçalves**, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FURG), Porto Alegre, RS, Brasil **Prof. Dra. Márcia Regina Martins Alvarenga**, Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), 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 Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), Brasil **Prof. Dra. Maristela Carbol**, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Brasil **Prof. Dr. Nelson Robson Mendes de Souza**, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil **Prof. Pablo de Lannoy Stürmer**, Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Brasil **Prof. Dra. Rachel de Faria Brino**, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Brasil **Prof. Dr. Ricardo de Mattos Russo Rafael**, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Universidade Estácio de Sá (UNESA), Brasil **Prof. Dra. Rita Francis Gonzalez y Rodriguez Branco**, Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO), Brasil **Prof. Dr. Roberto Henrique Amorim de Medeiros**, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FURG), Brasil **Prof. Dr. Rodrigo Caprio Leite de Castro**, Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC), Porto Alegre, RS, Brasil **Prof. Dr. Rodrigo Siqueira Batista**, Universidade Federal de Viçosa (UFV), Brasil **Prof. Dr. Rogério Dias Renovato**, Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UFMS), 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. Sandra Maria Spedo**, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Brasil **Prof. Dr. Sergio Antonio Sirena**, Grupo Hospitalar Conceição (GHC) Fundação Universidade de Caxias do Sul, Brasil **Prof. Dr. Shamy Sulvan de Castro**, Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTRM), Brasil **Prof. Dra. Tania Toledo de Oliveira**, Universidade Federal de Viçosa (UFV), Brasil **Prof. Dr. Thiago Dias Sarti**, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, ES, Brasil **Prof. Dr. Thiago Gomes da Trindade**, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN, Brasil **Prof. Dr. Thiago Roberto Castellane Arena**, Faculdade de Medicina do Centro Universitário Barão de Mauá (CUBM), Brasil **Dr. Tiago 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 (UFBA), Brasil **Prof. Dra. Valéria Ferreira Romano**, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), 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 Strictu 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 Strictu 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

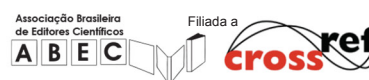
Copyright: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

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

Pesquisando o dia-a-dia

Daily Research

Investigando el día a día

Gustavo Diniz Ferreira Gusso

ARTIGOS DE PESQUISAS

Relação do paciente com o serviço em Unidades Básicas de Saúde sob a óptica dos médicos e dos pacientes

Doctors' and patients' views of patients' relationship with primary care practice services

Relación del paciente con los servicios en las Unidades Básicas de Salud de acuerdo con la visión de los médicos y de los pacientes

Fernando de Almeida Machado, Ranielly Ribeiro Venturini, Ariadne Lino Alcantara Manzan, Grazielle Rodrigues Silva

Motivos de consulta mais comuns das pessoas atendidas por uma equipe de saúde da família em Fortaleza - CE

The most common reasons for health encounters in a community assisted by a health team in Fortaleza, Ceará

Motivos de consulta más comunes de las personas atendidas por un equipo de salud de la familia en Fortaleza - CE

Karina de Paula Bastos Santos, Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro

Prevalência de sobrepeso e obesidade entre crianças de 7 a 10 anos atendidas em unidade de Estratégia Saúde da Família - ESF

Prevalence of overweight and obesity among children aged 7-10 years treated at unit of the Family Health Strategy (ESF)

La prevalencia de sobrepeso y obesidad entre los niños de 7-10 años de edad tratados en unidad de la Estrategia Salud de la Familia - ESF

Maria Suzana Marques, Joviene Rose Silva, Celina Aparecida Gonçalves Lima, Eliana Maria Guimarães Costa Maia

A expansão da Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro, 2009-2012: estudo de caso numa área da cidade

Expansion of the Family Health Strategy in Rio de Janeiro, 2009-2012: a case study in one area of the city

La expansión de la Estrategia Salud de la Familia en Rio de Janeiro, 2009-2012: un estudio de caso en una zona de la ciudad

Reniani Lami Jesus, Elyne Engstrom, Ana Laura Brandão

Estoque domiciliar de medicamentos de pessoas assistidas por uma equipe de profissionais da Estratégia de Saúde da Família

Medications stored at home by patients cared for by Family Health Strategy professionals

Almacenamiento medicamentos de los pacientes atendidos por profesionales de atención primaria de la salud

Ana Paula Loch, Nevon Goretti Damo, Ernani Tiaraju de Santa Helena, Edson Machado Sirai Missugiro

As ações intersetoriais na Estratégia de Saúde da Família: um estudo da representação do conceito de saúde e de suas práticas na Atenção Básica

Intersectoral actions in Family Health Strategy: a study of the representation of health and its practices in primary care

La acción intersectorial en la Estrategia Salud de la Familia: un estudio de la representación del concepto de salud y sus prácticas en la Atención Primaria

Alana Diniz Cavalcanti, Joselma Cavalcanti Cordeiro

CASOS CLÍNICOS

Um início duvidoso, um fim incógnito - um caso de tinha incógnita

A doubtful beginning, an incognito ending - A case of tinea incognito

Un comienzo dudoso, un final incógnito - un caso de tiña incognita

Francisco Pinto da Costa, Margarida Moreira, Margarida Ferreira da Silva, Rita Ferreira

ESPAÇO ABERTO

Coisa de homem

Man's thing

Cosa de hombre

Regina Gonçalves Moura

RELATOS DE EXPERIÊNCIA

Papel do cirurgião-dentista nas visitas domiciliares: atenção em saúde bucal

Role of surgeon-dentists in home visits: oral health care

Papel del dentista en las visitas domiciliarias: atención en salud bucal

Davi Oliveira Bizerril, Kátia de Góis Holanda Saldanha, Joacy Parente da Silva, Janaína Rocha de Sousa Almeida, Maria Eneide Leitão Almeida

O uso do correio eletrônico na comunicação entre usuários e uma equipe de saúde da família: relato de experiência

The use of electronic mail between users and a primary health care team: a case report

El uso del correo electrónico en la comunicación entre usuarios y un equipo de

atención primaria: relato de experiencia

Paulo Poli Neto, Charles Dalcanale Tesser, Gabriel Hahn Monteiro, Pedro Felipe Mylla Boso, George Lemos

Pesquisando o dia-a-dia

Daily Research

Investigando el día a día

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

A nova edição da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade traz uma variedade de artigos que vão da clínica à organização dos serviços, passando pela abordagem comunitária. O objetivo da revista é que se aproxime cada vez mais da linha de frente e da especificidade.

Nesta edição, Poli Neto et al. descrevem um relato de experiência sobre o uso do correio eletrônico em uma equipe de saúde da família. Todas as tecnologias a serem implementadas, das mais processuais às mais densas tecnologicamente, devem ser acompanhadas de estudos que avaliem seu custo-efetividade, dentre outros indicadores. Não basta ter conexão com os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) ou uma base epistemológica consistente. O artigo aborda, por exemplo, o risco que o acesso por meio eletrônico poderia configurar para a equidade. Pessoas com mais acesso ao computador e jovens com menos multimorbidades poderiam ocupar o tempo da equipe. O risco à equidade, ou seja, oferecer mais a quem menos precisa, é inerente a serviços nos quais há um descompasso entre demanda e oferta, como é a realidade em muitas equipes de saúde da família.

O custo de oportunidade deve sempre ser avaliado em estudos que avaliem incorporações tecnológicas.¹ Sempre quando estamos fazendo algo, deixamos de fazer outras ações que poderiam ter melhor impacto. Não parece ser tradição ibero-americana nem avaliar novas tecnologias em especial quando se trata de processo de trabalho, nem medir ou mesmo se preocupar com o custo de oportunidade. Apesar de o artigo ser um relato de experiência, traz dados importantes do tempo que se leva entre o recebimento e a resposta dos *e-mails* e uma estimativa de quanto tempo se gasta com essa demanda. É importante continuar explorando este campo procurando responder perguntas como “os pacientes que demandam por *e-mail*

Fonte de financiamento:
declara não haver.

Parecer CEP:
não se aplica.

Conflito de interesses:
declara não haver.

Recebido em: 20/12/2015.
Aprovado em: 29/12/2015.

Como citar: Gusso GDF. Pesquisando o dia-a-dia. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(37):1-2. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(37\)1255](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(37)1255)

diminuem a procura presencial?” e “qual o impacto na clínica (morbimortalidade) ou na satisfação?”. Hoje, a comunicação virtual é uma realidade e não faz sentido ficar alijada da relação médico-paciente. Precisa ser incorporada com qualidade e responsabilidade e, acima de tudo, de uma forma científica.

Loch et al. publicam um artigo sobre estoque domiciliar de medicamentos. Esta é uma área pouco explorada por pesquisadores e é um campo de interface entre a assistência farmacêutica e a medicina de família e comunidade, configurando um campo fértil para pesquisas em APS. No artigo, os autores abordam quais medicamentos são mais explorados, bem como os riscos tanto do armazenamento quanto do descarte. Muitos lugares do Brasil têm programas de entrega de medicamentos de uso crônico em casa,² que se não for integrado com as equipes para que as receitas sejam atualizadas aumenta a quantidade estocada e, conseqüentemente, o desperdício. Os autores discutem sobre a importância de um programa de recolhimento de medicamentos vencidos.

O sentido de se fazer pesquisa em APS é conhecer a realidade. Cada unidade de saúde é um campo de pesquisa em potencial. Cada consulta é, por si só, uma pesquisa qualitativa e cada lista de pacientes uma coorte interessante. Santos e Ribeiro trazem um diagnóstico de demanda realizado em Fortaleza com dados de consultas realizadas durante seis meses. Foi possível inferir a frequência dentro outros dados cruciais para o planejamento das equipes. A maior parte dos motivos de consulta foi por sintomas, o que demonstra abertura para problemas agudos ou crônico-agudizados, evitando focar apenas em ações programáticas para condições estabelecidas. No mesmo sentido de conhecer a própria população que atende, Marques et al. conduziram estudo transversal sobre obesidade infantil testando associações com comportamentos. O risco de má alimentação é maior que de desnutrição clássica, como era frequente há algumas décadas. Mesmo assim, é interessante observar que crianças de escolas particulares têm maior risco de sobrepeso do que crianças da rede pública.

Por fim, Costa et al. descrevem um caso de “tinha incógnita”, que acontece quando o uso de corticoide tópico mascara a doença, que passa a ter uma apresentação não usual. O abuso de desta medicação é frequente e, portanto, é preciso estar atento para esta situação clínica. Esperamos que o leitor se sinta contemplado e identifique nos artigos e nas pesquisas respostas e questionamentos para o seu dia-a-dia. Cada consulta, cada unidade de saúde e cada conjunto de serviços é um campo de pesquisa natural que precisa ser explorado e os dados compartilhados para que todos possam retroalimentar este círculo potencialmente virtuoso que é a rede de serviços.

Referências

1. Gêrvias G. Inteligencia sanitaria y atención primaria. Departamento de Atención Básica [Internet]. [acesso 20 Dez 2015]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/eventos/5aps/apresentacoes/juan_gervas.pdf
2. Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Remédio em Casa [Internet]. [acesso 20 Dez 2015]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/programas/index.php?p=5875>

Relação do paciente com o serviço em Unidades Básicas de Saúde sob a óptica dos médicos e dos pacientes

Doctors' and patients' views of patients' relationship with primary care practice services

Relación del paciente con los servicios en las Unidades Básicas de Salud de acuerdo con la visión de los médicos y de los pacientes

Fernando de Almeida Machado. Universidade Federal do Tocantins (UFT). Palmas, TO, Brasil. fam@uft.edu.br
(Autor correspondente)

Ranielly Ribeiro Venturini. Universidade Federal do Tocantins (UFT). Palmas, TO, Brasil. ranyventurini@hotmail.com

Ariadne Lino Alcantara Manzan. Universidade Federal do Tocantins (UFT). Palmas, TO, Brasil. ariadnmanzan@hotmail.com

Grazielle Rodrigues Silva. Universidade Federal do Tocantins (UFT). Palmas, TO, Brasil. grazielle.rs@gmail.com

Resumo

Objetivo: discutir aspectos relacionados à relação do paciente com o serviço em Unidades Básicas de Saúde sob a óptica dos médicos e dos pacientes, avaliando as suas expectativas e relacionando-as à subjetividade que permeia a prática médica. **Métodos:** estudo qualitativo desenvolvido por meio de entrevistas estruturadas e aplicadas a médicos e pacientes de oito Unidades Básicas de Saúde do município de Palmas (TO). **Resultados:** muitos pacientes não têm suas expectativas satisfeitas e grande parte dessa insatisfação tem por origem problemas na relação médico-paciente. De modo geral, o médico valoriza a evolução clínica e o tratamento instituído e preocupa-se com aspectos operacionais do seu trabalho, ao passo que o paciente tem expectativas ligadas a aspectos mais subjetivos, inseridos dentro de variáveis psicossociais, necessidades muitas vezes negligenciadas pelo médico. **Conclusão:** o trabalho aponta, diretamente, para a necessidade de estabelecer condições que favoreçam o surgimento de uma boa relação profissional-paciente, sem a qual não há recuperação plena da saúde e, indiretamente, para a importância dessa discussão em relação à formação acadêmica, deixando evidente a necessidade de se trabalhar competências e habilidades dentro desse aspecto.

Palavras-chave:

Relações Médico-Paciente
Satisfação do Paciente
Atenção Primária à Saúde
Serviços de Saúde
Centros de Saúde

Abstract

Objective: the objective of this study was to discuss patients' relationship with health services from the viewpoint of doctors and patients, considering the expectations of both parties and the subjectivity that permeates medical practice. **Methods:** data for this qualitative study were collected through structured interviews with doctors and patients from eight primary health care units in the city of Palmas, Tocantins. **Results:** the expectations of many patients were not satisfied due to problems in the relationships with their doctors. Generally, doctors overestimated clinical evolution and instituted treatment that was focused on the operational aspects of their work, whereas patients had more subjective expectations relating to psychosocial variables that were disregarded by the doctors. **Conclusion:** this study indicates that there is a need to establish conditions that promote good relationships between doctors and patients, and that this is essential to the patients' full health recovery. The results also suggest that it is very important for medical schools to provide future health care professionals with skills to better deal with the human aspects of their practice.

Keywords:

Physician-Patient Relationships
Patient Satisfaction
Primary Care Practices
Health Services
Health Centers

Como citar: Machado FA, Venturini RR, Manzan ALA, Silva GR. Relação do paciente com o serviço em Unidades Básicas de Saúde sob a óptica dos médicos e dos pacientes. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(37):0-00. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(37\)773](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(37)773)

Fonte de financiamento: declaram não haver.

Parecer CEP: 023/2009 (UFT), aprovado em 08/07/2009.

Conflito de interesses: declaram não haver.

Procedência e revisão por pares: revisado por pares.
Recebido em: 09/06/2013.
Aprovado em: 27/04/2015.

Resumen

Objetivo: discutir los aspectos relacionados a la relación de los pacientes con el servicio de salud bajo la óptica de los médicos y de los pacientes, evaluando sus expectativas, teniendo en consideración la subjetividad que intervienen la práctica médica. **Métodos:** estudio cualitativo desarrollado por medio de entrevistas estructuradas y aplicadas a médicos y a pacientes de ocho Unidades Básicas de Salud de la municipalidad de Palmas (TO). **Resultados:** muchos pacientes no tienen sus expectativas satisfechas y gran parte de esta insatisfacción tiene por origen problemas en la relación médico-paciente. De una manera general, el médico valoriza la evolución clínica y el tratamiento instituido y se preocupa con los aspectos operacionales de su trabajo al paso que el paciente tiene expectativas que están relacionadas a aspectos más subjetivos, insertados dentro de variables psicosociales, necesidades muchas veces descuidadas por el médico. **Conclusión:** el trabajo apunta, directamente, para la necesidad de establecer condiciones que favorezcan al surgimiento de una buena relación médico-paciente, sin la cual no hay recuperación plena de la salud e, indirectamente, para la importancia de esta discusión en relación a la formación académica, dejando evidente la necesidad de trabajarse las competencias y habilidades adentro de este aspecto.

Palabras clave:

Relaciones Médico-Paciente
Satisfacción de los Pacientes
Servicios de Salud
Centros de Salud
Unidades Básicas de Salud.

Introdução

Os conceitos de saúde e doença sofrem modificações ao longo da história, de acordo com a evolução do pensamento e da cultura dos povos, da evolução social e do impulso dado pelo conhecimento e controle da tecnologia. De uma maneira geral, principalmente a partir do século XX, as faculdades de medicina passaram a apresentar um ensino baseado no modelo biomédico, cuja formação estimula a compreensão da doença em si e valoriza uma abordagem terapêutica padronizada. Não é exagero afirmar que, como consequência desse pensamento, o conhecimento das doenças passou a ser mais valorizado do que a assistência ao doente. Sem desconsiderar os excelentes avanços científicos e tecnológicos conseguidos pelo modelo biomédico, fundamentais para a melhoria dos indicadores de saúde e para a melhoria da qualidade de vida, é preciso atenção para não se negligenciar outros aspectos interdependentes da saúde humana.^{1,2}

Esse modelo tradicional e consolidado tem por base uma atitude centrada no médico ou na doença, não conferindo uma relevância necessária ao indivíduo dentro de uma análise holística. O doente deixa de ser o complexo, atribuindo-se a complexidade à doença em si. O conhecimento complexo, nos dizeres de Minayo,³ é a essência para se conhecer os seres vivos, que são diferentes sistemas entrelaçados em suas circunstâncias.

Provavelmente, a postura médica tecnicista ainda predominante explique um aparente paradoxo: embora se tenha conseguido tanto conhecimento nas diversas áreas das ciências da saúde em tão pouco tempo e atualmente se viva uma época de extraordinário desenvolvimento tecnológico, existe um descontentamento social em relação ao profissional médico e à prática da medicina.⁴

Balint⁵ considera a importância da compreensão plena do homem em suas diferentes dimensões e o uso adequado dessa compreensão para a promoção da saúde. Evidentemente, para que isto seja alcançado, é necessário que se estabeleça uma relação médico-paciente adequada, satisfazendo aos anseios de ambas as partes.

A relação entre o profissional médico e o paciente vem se transformando com o tempo. A forma como é constituído esse complexo processo de interação entre o médico e a pessoa influencia no resultado do trabalho médico e ocorre na dependência da habilidade e competência do profissional em adequar-se às queixas, demandas, expectativas, crenças e emoções de cada paciente.⁶

Apesar da importância da abordagem holística do paciente no sentido de aperfeiçoar a relação entre ele e o médico, as grades curriculares da maioria das escolas médicas não contemplam a busca de

competências técnicas que aprimorem a formação humanística do aluno. Pesquisas que envolvem a relação médico-paciente durante a formação médica são escassas.⁷ Possivelmente, uma mudança pedagógica na qual o ensino esteja centrado no aluno seja uma estratégia para educar o futuro profissional a valorizar a abordagem centrada na pessoa.⁸

A literatura especializada nacional registra relativamente poucos estudos sobre o tema da relação médico-paciente, e muitas dessas publicações nacionais são revisões ou ensaios sobre teorias pré-definidas.⁹ Em geral, existe um predomínio de estudos quantitativos a respeito desse tema, embora mais recentemente perceba-se uma tendência em publicações sobre o assunto dentro de uma perspectiva qualitativa ou mesmo combinando métodos quantitativos e qualitativos.^{10,11}

O Estado do Tocantins foi criado pela Constituição de 1988 e tem atraído médicos de diferentes regiões do país, assim como um grande contingente de pessoas procedentes de diversas regiões da nação, com cultura, costumes e hábitos diversos. Tais aspectos justificam estudar a relação médico-paciente na cidade de Palmas, capital do Tocantins. Com esta preocupação, o presente estudo objetiva avaliar a relação médico-paciente em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Palmas sob a óptica do médico e do usuário e levantar aspectos que permitam uma avaliação tanto dos sucessos quanto das dificuldades que permeiam essa relação.

Métodos

Esta é uma pesquisa descritivo-exploratória que tem por objetivo avaliar a relação médico-paciente por meio de entrevistas baseadas em um questionário estruturado, com perguntas abertas, aplicadas a médicos e pacientes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) das regiões Norte, Central e Sul do município de Palmas (TO), conforme a divisão estabelecida pela Secretaria Municipal de Saúde.

Para a seleção da amostra, foi realizado um levantamento total de UBS do município. Das 35 existentes, foram escolhidas oito, distribuídas nas três regiões que compõem a cidade de Palmas (Norte, Central e Sul), dando preferência às unidades com maior abrangência de quadras atendidas ou com maior número de médicos efetivados. Dessas UBS, duas eram na região norte, três unidades na região central e três unidades na região sul.

Foram entrevistados 48 pacientes com idade acima de 18 anos, isentos de alguma dificuldade de compreensão, expressão verbal ou alteração do estado de consciência, que haviam acabado de passar por uma consulta com o médico da respectiva Unidade. Os 11 médicos entrevistados eram profissionais que estavam efetivados nas UBS, trabalhando regularmente nesses locais há pelo menos um mês da data da entrevista. O número de entrevistados não foi estabelecido a princípio, sendo determinado por critério de saturação de dados à medida que a pesquisa prosseguia, tomando-se como critério o aparecimento de um padrão repetitivo de respostas.

Foram elaborados dois tipos de questionários, um para os usuários e outro para os médicos, ambos com 11 questões. Os questionários seguiram uma ordem de perguntas que envolviam, inicialmente, uma abordagem social, passando para informações sobre a UBS, e sequencialmente para a análise sobre a consulta, sobre o relacionamento médico-paciente naquele serviço e, por fim, sugestões para possíveis mudanças no atendimento prestado naquele local. As entrevistas foram gravadas, transcritas e, posteriormente, interpretadas e agrupadas por ideias.

Questionário aplicado aos usuários das Unidades Básicas de Saúde de Palmas (TO)

1. Dados gerais: idade, sexo, profissão, escolaridade, procedência, tempo de residência da cidade.
2. Há quanto tempo utiliza este serviço (UBS)? Que outros serviços de saúde procura ou já procurou para ser atendido?
3. Por que você escolheu este serviço de saúde?
4. O que você acha do atendimento nesta unidade?
5. Você sabe o nome do médico que atende você?
6. Quando você vem consultar, o que você espera do médico na consulta?
7. Como é a conversa que o médico tem com você durante a consulta? E o que você acha disso?
8. O médico costuma examinar o seu corpo durante as consultas?
9. As consultas são como você espera?
10. Quanto tempo dura a consulta? O que você acha disto?
11. O que o senhor(a) sugeriria para mudar a qualidade de assistência neste serviço de saúde?

Questionário aplicado aos médicos das Unidades Básicas de Saúde de Palmas (TO)

1. Dados gerais: idade, sexo, naturalidade, especialidade, local de formação, ano de formatura.
2. Há quanto tempo trabalha com o programa de saúde da família?
3. Por que escolheu trabalhar neste serviço de saúde?
4. Onde trabalhou antes de vir para a UBS?
5. O que o senhor acha de seu trabalho?
6. É possível atender bem aqui?
7. Quais são as maiores dificuldades que o senhor encontra no atendimento aqui neste serviço de saúde?
8. Como é a sua consulta?
9. Na conduta, o senhor faz orientação para o paciente? Que tipo de orientação?
10. O senhor acha que os pacientes costumam seguir a orientação médica?
11. O que o senhor sugeriria para mudar a qualidade da assistência neste serviço de saúde?

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Tocantins, processo nº 023/2009 e as entrevistas foram realizadas com o consentimento documentado pelos entrevistados por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e Discussão

A relação médico-paciente é largamente considerada como a essência na efetividade dos cuidados de saúde. Esta relação envolve uma confidencialidade entre o profissional e um indivíduo vulnerável, caracterizando uma das formas mais importantes das relações humanas, e invoca sentimentos nas suas mais diferentes formas. Por isto, vários trabalhos publicados nos últimos anos sobre a temática enfocam justamente o lado humanístico da relação médico-paciente e a importância na qualidade desta relação no estabelecimento do vínculo do paciente com os cuidados à saúde.^{2,9}

A grande maioria dos usuários entrevistados nas UBS referiu usar exclusivamente aquele serviço quando buscam atenção à sua saúde. Poucos indivíduos afirmaram já ter consultado dentro de um atendimento em serviço privado. Quando questionados abertamente sobre o motivo de usarem aquele serviço, as respostas basicamente se concentraram em dois argumentos: por falta de outra alternativa, respondida por 17 entrevistados, e pela facilidade de acesso, respondida por 16. Apenas cinco usuários afirmaram consultar naquele serviço por gostarem (do serviço e/ou do médico) e quatro por estarem

inseridos num dos programas de saúde. Interessa destacar que apenas dois entrevistados argumentaram consultar naquela UBS por considerarem um direito utilizar o serviço oferecido (*“acho que se tem um posto de saúde e médico aqui nesta quadra, a gente tem o direito de usar, não é?”*).

Os entrevistados avaliaram relativamente bem o atendimento nas UBS que habitualmente usavam, apesar dos motivos alegados pela maioria dos pacientes não fazerem referência à qualidade ou satisfação em usar aquele serviço. Para 25 usuários, o atendimento na unidade é bom e apenas 3 entrevistados o classificaram como ruim. Os demais 20 usuários consideraram o atendimento como regular. Os motivos da insatisfação foram relatados espontaneamente por alguns entrevistados e foram diversificados, mas incluíram problemas na relação com os profissionais envolvidos (funcionários e médicos) e queixas a respeito da estrutura física das UBS (*“é difícil, a gente fica esperando muito tempo pra ser atendido e ninguém liga pra gente”*) (... *“parece que o pessoal que trabalha aqui está sempre de mau humor”*). Como a assistência à saúde é um processo complexo, constituída por muitos componentes, é difícil também a avaliação de sua qualidade.

Estudos mostram que a satisfação dos usuários com os serviços de saúde é componente importante na avaliação desses serviços, embora muitos desses estudos tenham suas metodologias discutidas.¹² O modo como as pessoas percebem o serviço de saúde e suas necessidades nem sempre são considerados pelos gestores dos serviços de saúde: muitas vezes, as atividades e os programas desenvolvidos nesses serviços respeitam mais as necessidades técnico-políticas.¹³ E um dos determinantes mais importantes na avaliação da qualidade dos serviços de saúde e na vinculação do paciente ao serviço é justamente a relação médico-paciente.⁹ Em estudo que objetivou avaliar fatores associados à frequência da utilização do serviço de puericultura, autores nacionais constataram que, de um total de 198 mães ou responsáveis, 21,7% não levaram as crianças às consultas por problemas com o serviço, dentre os quais a insatisfação com o atendimento dos profissionais.¹⁴ Em outro estudo nacional, observa-se uma maior vinculação dos usuários ao serviço de saúde com a qualidade da atenção, avaliada por diferentes meios relacionados à eficácia da comunicação, como conhecer o motivo da consulta e o nome do médico que faz o atendimento.¹⁵ Em relação a este último aspecto, é importante destacar que, na presente casuística, 55,5% dos entrevistados não souberam referir o nome do médico que os havia atendido.

Questionados sobre suas expectativas a respeito do médico na consulta, as respostas mais apresentadas pelos pacientes referiram-se à atenção e orientação adequadas, a um bom atendimento e paciência, satisfação de suas dúvidas, prescrição de medicamentos e solicitação de exames (*“a gente espera que ele tenha paciência para ouvir as queixas da gente para poder ajudar”*; *“eu espero que ele me dê atenção e peça os exames para saber o que eu tenho”*). Apenas dois entrevistados disseram que suas expectativas residiam na resolução de seus problemas, enquanto a grande maioria dos entrevistados mencionou a atenção do médico como uma de suas principais expectativas. Essa manifestação, que atribui grande importância à atenção médica na qualidade da consulta, mostra a necessidade que o paciente tem em ser ouvido quanto aos seus anseios.

Alguns entrevistados referiram a prescrição de medicamentos dentro da expectativa que têm dos médicos na consulta. É possível entender que alguns entrevistados tenham dado importância aos medicamentos prescritos como um reflexo da cultura histórica do modelo médico-assistencialista, que

valoriza as medidas de caráter curativo e sustenta a atitude “medicalizante” como solução dos problemas de saúde. A relação estabelecida entre a indústria farmacêutica com os médicos, muitos deles completamente enquadrados às exigências mercadológicas, reforça esse modelo.¹⁶

Quando questionados se as consultas eram como se esperava, houve divisão exata entre os usuários que responderam afirmativamente e aqueles que disseram que não ou nem sempre, excluindo-se seis pacientes que não souberam responder. Embora as expectativas dos pacientes sobre o médico recaiam mais em aspectos subjetivos do comportamento profissional, como na atenção médica dispensada, praticamente metade dos usuários respondentes refere frustrações com a consulta.

Esta insatisfação não é um problema apenas local. Muitos estudos revelam a insatisfação de pacientes quanto à atenção recebida durante a consulta médica, evidenciada principalmente na baixa disposição de tempo e na falta de paciência do médico em escutar aquilo que o paciente tem a dizer, o que gera frustração na expectativa de estabelecer uma comunicação satisfatória com o profissional.¹⁷ Entre os usuários entrevistados, muitos atribuem aos profissionais médicos e à estruturação de suas consultas a sensação de indiferença e de pouco vínculo com os problemas que os afligem (“... às vezes, a gente tá sentindo alguma coisa e às vezes a gente quer falar e eles não escutam o que a gente tem para falar”). Pode-se dizer que a atitude médica dentro do tradicional modelo biomédico, na visão dos usuários, reforça a postura reducionista, que considera quase exclusivamente a queixa biológica, desconsiderando outros aspectos subjetivos da saúde humana. Em muitas respostas dadas pelos usuários, existe um discurso que remete à humanização do atendimento, tanto enfatizando a sua falta como reconhecendo sua presença.

É frequente os médicos elegerem um problema do paciente para explorar, dificultando a oportunidade de expressar outras queixas e, mesmo assim, nem sempre o paciente consegue completar o relato do problema que o médico julgou ser o principal. Em um estudo desenvolvido por Marvel et al.,¹⁸ foi determinado que o tempo médio utilizado pelos pacientes para relatarem suas queixas antes que os médicos fizessem o primeiro redirecionamento foi de apenas 23 segundos. Esta interrupção precoce não se explica por uma possível invasão no tempo caso o paciente fosse liberado para falar o quanto quisesse, comprometendo a agenda e o andamento do trabalho médico, mas sustenta-se pela própria formação profissional ainda enraizada numa abordagem quase exclusivamente biológica.^{19,20}

Questionados sobre o que acham da conversa que o médico tem com eles durante a consulta, a maioria (23) estava satisfeita, sendo que alguns (11) estavam insatisfeitos, poucos (2) responderam que a conversa era regular e outros 12 não souberam qualificar, assumindo a dificuldade de qualificá-la ou dando respostas evasivas, sem que pudessem ser classificadas pelos autores. Por outro lado, indagados se o médico costumava examinar o seu corpo durante a consulta, 20 disseram que não, 14 disseram que sim e 10 disseram que o exame físico era feito algumas vezes. Muitos pacientes que disseram ter sua expectativa atendida na consulta afirmaram que o exame físico ou não era feito ou era feito de maneira superficial.

Na avaliação da percepção do usuário sobre o tempo de consulta, 16 julgaram muito curto ou insuficiente, 20 julgaram-no suficiente e 12 não souberam avaliar. Os argumentos usados pelos pacientes variaram muito. Alguns consideraram a elevada demanda da UBS para justificar que o médico não pode demorar muito com cada um dos pacientes, embora muitos deles considerem que o profissional médico não cumpra exatamente sua carga horária de trabalho no local e que não seja pontual. Dentre os que

avaliaram o tempo de consulta suficiente, alguns responderam espontaneamente que o tempo da consulta é curto, mas imposto pela estrutura do serviço, como a demanda na sala de espera (*“Ela faz de 3 a 4 minutos. Bom, esse tempo pode ser curto, mas como ela é uma clínica geral, ela só vai te ouvir. É ótimo esse tempo. Tem muita gente para ela atender”*). É curioso que, mesmo dentre os que julgam o tempo da consulta suficiente, em outro momento da entrevista fazem críticas contundentes em aspectos que têm como base exatamente a fragilidade da consulta oferecida. Cabe considerar a subjetividade das percepções relacionadas ao vínculo entre o paciente e o profissional, o que mostra que, nos dizeres de Albuquerque e Bosi,²¹ “no plano das experiências com a consulta médica não existe uma homogeneidade”.

Em uma tese de doutorado, Arroyo²² analisou como o tempo de atendimento influencia na avaliação da qualidade dos serviços de saúde pelos usuários. A autora fez seu levantamento em pacientes usuários de três Unidades Básicas de Saúde, quatro hospitais particulares e um hospital público. As instituições de saúde que tiveram pior avaliação de qualidade também apresentaram os menores tempos de consulta médica. Quando as consultas são rápidas e mal estruturadas, os pacientes percebem que não receberam a atenção necessária do médico, mesmo se o médico tem um bom relacionamento com o seu paciente (*“... a minha acho que não chegou nem nos três minutos. Acho isso errado. Não é pra demorar, pra deitar, apertar, perguntar onde é que dói? Aí, não faz nada, mal a gente senta.”*), conforme expressa um dos participantes desta pesquisa.

Influenciando a relação médico-paciente, devem ser levados em conta aspectos relacionados às condições de trabalho dos profissionais, como a precarização dos diversos aspectos necessários à execução do trabalho, de estruturação física do ambiente até a formação inadequada e incompleta do médico que se insere dentro de uma unidade básica de saúde e, também, o não cumprimento da carga horária, problemas que podem ser considerados recorrentes.¹⁵ Na presente avaliação, a pontualidade e o cumprimento de horário não foram questionados diretamente nem para os próprios médicos nem para os pacientes entrevistados, mas foram apontados por um número elevado de pacientes. Quando perguntados sobre o que sugeririam para mudar a qualidade do serviço de saúde, as propostas mais apontadas pelos usuários referiram-se a aspectos relacionados à qualidade da assistência médica (melhorar a qualidade do médico, aumentar o número de profissionais, facilitar o sistema de encaminhamentos para especialidades e exames e até maior vigilância no desempenho profissional por parte dos gestores) e para aspectos relativos à estrutura física e serviços (melhor atendimento pelos funcionários e facilitação do sistema de agendamento). Nos dizeres de dois pacientes: *[aqui a gente demora demais pra ser atendido, mal tem cadeira pra gente sentar enquanto espera.] [acho que tinha que ter mais médico aqui, ou então eles deviam cumprir o horário, ninguém controla]*. A mesma pergunta dirigida aos médicos trouxe respostas parecidas. Apenas um médico respondeu que deveria haver uma melhora na formação médica para atuação em serviço público, somente dois sugeriram aumentar a quantidade de profissionais, número pequeno considerando-se a queixa de que as UBS geram grande demanda de usuários para cada médico, três fizeram referência à dificuldade de fornecer medicamentos (*“aqui quase nunca tem remédios pra gente dar, e a gente sabe que muitas vezes o paciente nem vai comprar”*), mas a proposta mais apresentada pelos médicos foi a de facilitar o encaminhamento para avaliação com especialistas ou para exames e a contrarreferência (*“é muito difícil a gente conseguir encaminhar para um serviço mais especializado, na maioria das vezes a gente não consegue, ou se consegue, quase nunca temos a contrarreferência”*).

Uma das prerrogativas do SUS é a integralidade. Esta permite a articulação entre a atenção primária à saúde e o acesso aos meios de diagnóstico e atendimento em serviços de especialidade. Neste estudo, foi constatado que componentes dos dois grupos de entrevistados (médicos e usuários) citaram espontaneamente que suas necessidades não são atendidas: ou não conseguem os encaminhamentos necessários ou, quando conseguem, o processo é tão lento que não satisfazem mais às suas necessidades. Quanto à formação profissional, grande parte dos médicos entrevistados respondeu ter escolhido trabalhar naquela UBS por gostar de serviço público, pela remuneração, pela qualidade de vida e para adquirir experiência. De certo modo, assumem que não houve uma formação acadêmica para prepará-los para o ofício que já exercem, inclusive reconhecendo as limitações profissionais. Nos dizeres de um médico entrevistado, *“tem um campo de aprendizado muito grande, dá pra ver muita coisa (...) que eu dizia: ‘ah! Nunca vou ver isso’ e eu vejo bastante aqui”*.

Na formalização da relação médico-paciente em seus diferentes âmbitos, as duas partes componentes têm expectativas diferentes e, às vezes, até mesmo conflitantes: o médico valoriza a evolução clínica e o tratamento instituído, dentro de modelos historicamente consagrados, ao passo que o paciente tem expectativas mais gerais, ligadas a aspectos mais subjetivos.^{1,23}

Quando analisadas as visões dos médicos e dos usuários, ambos inseridos num mesmo serviço de saúde, são observadas diferenças de referencial, cada qual interpretando de maneira distinta o processo saúde-doença e também os serviços de saúde. As percepções dos usuários, em geral, são mais desfavoráveis em comparação às dos profissionais²⁴ (paciente: *A colega minha falou que ela entrou lá no consultório e ele [o médico] ficou conversando com os outros, isso é normal? Pra mim não é normal não, você atende a pessoa e enche de gente lá dentro do consultório?*)/médico: *“apesar de algumas dificuldades, aqui dá pra fazer um bom atendimento, é, em geral, os pacientes aqui são bem atendidos”*). Essa percepção mais desfavorável dos pacientes pode ser constatada mesmo no caso de médicos que vivem a experiência de serem pacientes, ou seja, quando se trocam os papéis, trocam-se as expectativas.²⁵ Possivelmente, isto se explica pelo fato do médico não dar atenção às múltiplas dimensões humanas que regem a relação médico-paciente. É neste contexto que os médicos entrevistados se inserem, pois, apesar de mencionarem uma lista grande de problemas que dificultam seu trabalho, dentre os quais a grande demanda de pacientes nos serviços, a dificuldade de encaminhamento, as falhas estruturais físicas e humanas nas UBS, e até mesmo a falta de resolubilidade, apenas dois médicos afirmaram não ser possível atender bem naquele local. Todos os demais não reconheceram que tantos obstáculos comprometem o bom atendimento.

Uma boa relação médico-paciente tem efeitos positivos na qualidade dos serviços de saúde, na aderência ao tratamento, no estado de saúde do paciente e na satisfação do usuário e do profissional.^{26,27} A empatia profissional pode influenciar até mesmo na resposta imune do paciente e encurtar o tempo de evolução da doença ou atenuar a sua morbidade.²⁷ Evidentemente que, para tais resultados, o profissional médico tem que estar preparado para abordar o paciente em sua integralidade.

Pode-se dizer que a relação médico-paciente está ligada à formação profissional e também com o modelo de saúde instituído. É preciso que o médico perceba o paciente em sua integralidade e isto requer que o currículo educacional contenha os elementos básicos dos aspectos éticos e de comunicação, como já é realidade em algumas escolas médicas do mundo.²⁵

Algumas limitações deste estudo devem ser consideradas. Embora sejam discutidos aspectos ligados à relação médico-paciente, cujo tema tem um corpo teórico mais específico, as entrevistas não focaram tantos atributos direcionados para uma análise mais precisa da relação entre as partes. Outra limitação é o fato de não ter sido avaliado o tempo de permanência dos profissionais em cada UBS estudada, o que pode refletir, indiretamente, na relação já historicamente estabelecida entre cada profissional de saúde e a demanda de pacientes daquela unidade. Sabe-se, porém, que todos os profissionais estavam locados em suas unidades há não muito tempo.

Apesar de algumas limitações, este trabalho permite reflexões sobre as relações estabelecidas entre o paciente, o profissional de saúde e a própria visão destes sobre as Unidades Básicas de Saúde, e estimula discussão sobre as expectativas essencialmente subjetivas do paciente, o papel do médico quanto a satisfazer tais expectativas, a formação profissional, dentre outros. O estudo espera, portanto, provocar discussão e gerar novos estudos que contribuam para uma transformação nas diferentes dimensões da prática médica.

Considerações finais

Uma boa relação entre os usuários e os serviços de saúde é fundamental para a satisfação dos pacientes e isto impõe, dentre tantos atributos, um atendimento médico centrado no indivíduo, de forma integral e em respeito à subjetividade de suas expectativas, um comprometimento dos profissionais, uma formação profissional adequada e o desenvolvimento de habilidades e competências para lidar melhor com o tempo de consulta e com a ética, e maiores cuidados com aspectos infraestruturais dos serviços.

Este estudo não tem por pretensão generalizar as afirmações dos respondentes ou possíveis conclusões que delas forem abstraídas. Os resultados aqui apresentados têm um caráter mais indicativo das tendências e peculiaridades que se estabelecem na relação médico-paciente nas unidades básicas de saúde estudadas.

No âmbito de uma consulta, é importante que se coloquem em prática, com habilidade e competência, alguns atributos que tornam a consulta mais eficaz para assegurar um melhor cuidado à pessoa. Para facilitar a relação médico-paciente, faz-se necessário um processo educativo que valorize um modelo de comunicação bidirecional, que permite uma relação de empatia e com a participação efetiva do paciente.

Este estudo traz uma reflexão para uma medicina de caráter complexo, que aborde conceitos éticos, antropológicos, metafísicos e epistemológicos. Aponta a necessidade de uma formação profissional que contemple o ser humano como sujeito de escolhas, o qual está inserido num contexto sociocultural que lhe é singular.

Referências

1. Ballester D, Zucolotto SMC, Gannam SSA, Escobar, AMU. A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico. *Rev Bras Educ Med.* 2010;34(4):598-606. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022010000400016>
2. Lopes JMC, Curra LCD. A importância do afeto na conduta do Médico de Família e Comunidade. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2013;8(26):6-10. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(26\)393](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(26)393)

3. Minayo MCS. Interdisciplinariedad y pensamiento complejo em el área de la salud. *Salud Colectiva*. 2008;4(1):5-8.
4. Lown B. *The Lost Art of Healing: Practicing Comparison in Medicine*. Boston: Houghton Mifflin Company; 1996.
5. Balint M. *O Médico, seu paciente e a doença*. São Paulo: Atheneu; 2007. p.291.
6. Carrió FB, Dohms M. Relação clínica na prática do médico de família. In: Gusso G, Lopes JMC. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade*. São Paulo: Artmed; 2012, p.124-33.
7. Chinato IB, D'Agostini CL, Marques RR. A relação médico-paciente e a formação de novos médicos: análises de vivências de hospitalização. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2012;7(22):27-34. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc7\(22\)289](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc7(22)289)
8. Lopes JMC. Consulta e abordagem centrada na pessoa. In: Gusso G, Lopes JMC. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2012, p.113-23.
9. Brunello MEF, Ponce MAZ, Assis EG, Andrade RLP, Scatena LM, Palha PF, et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). *Acta Paul Enferm*. 2010;23(1):131-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000100021>
10. Bosi MLM, Uchimura KY. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integridade e na humanização. In: Bosi MLM, Mercado-Martinez FJ, org. *Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde. Enfoques Emergentes*. Petrópolis: Editora Vozes; 2006, p.87-117.
11. Fontanella BJB, Melo, DG, Germano CMR, Watanabe BM, et al. Iniciação científica com pesquisas qualitativas: relato de experiência de um grupo de professores e alunos de Medicina. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2011;6(21):275-82. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc6\(21\)411](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc6(21)411)
12. Adami NP, Maranhão AMSA. Qualidade dos serviços de saúde: conceitos e métodos avaliativos. *Acta Paul Enferm*. 1995;8(4):47-55.
13. Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? *Soc Sci Med*. 1994;38(4):509-16. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90247-X](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(94)90247-X)
14. Vitolo MR, Gama CM, Campagnolo PD. Frequency of public child care service use and associated factors. *J. Pediatr (Rio J)*. 2010;86(1):80-4.
15. Ribeiro JM, Siqueira SAV, Pinto, LFS. Avaliação da atenção à saúde da criança (0-5 anos) no PSF de Teresópolis (RJ) segundo a percepção dos usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(2):517-27 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000200028>
16. Cruz Neto O. Dificuldades da relação médico-paciente diante das pressões do "mercado de saúde". *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(1):307-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100023>
17. Bodenheimer T. The future of primary care: transforming practice. *N Engl J Med*. 2008;359(20):2086-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp0805631>
18. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA*. 1999;281(3):283-7. PMID: 9918487. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.281.3.283>
19. Blau JN. Time to let the patient speak. *BMJ*. 1989;298(6665):39. PMID: 2492851. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.298.6665.39>
20. Langewitz W, Denz M, Keller A, Kiss A, Rüttimann S, Wössmer B. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *BMJ*. 2002;325(7366):682-3. PMID: 2492851. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.325.7366.682>
21. Albuquerque ABB, Bosi MLM. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(5):1103-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000500017>
22. Arroyo CS. Qualidade de serviços de assistência à saúde: o tempo de atendimento da consulta médica. [Tese de doutorado]. Ribeirão Preto, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo; 2007.
23. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(1):139-46. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000100014>

24. Van Stralen CJ, Belisário SA, Van Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CDL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e em saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(sup1):S148-58.
25. Caprara A, Franco ALS. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad Saúde Pública*. 1999;15(3):647-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1999000300023>
26. Francis V, Korsch BM, Morris MJ. Fallos em la comunicacion medico-paciente. Respuesta de los pacientes a las recomendaciones del medico. In: White KL, Frenk J, Ordóñez C, Paganini JM, Starfield B. *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington: Organización Panamericana de La Salud; 1992.
27. Rakel DP, Hoelt TJ, Barrett BP, Chewning BA, Craig BM, Niu M. Practitioner empathy and the duration of the common cold. *Fam Med*. 2009;41(7):494-501.

Motivos de consulta mais comuns das pessoas atendidas por uma equipe de saúde da família em Fortaleza - CE

The most common reasons for health encounters in a community assisted by a health team in Fortaleza, Ceará

Motivos de consulta más comunes de las personas atendidas por un equipo de salud de la familia en Fortaleza - CE

Karina de Paula Bastos Santos. Sistema Municipal Saúde Escola. Fortaleza, CE, Brasil. kkdepaula2004@hotmail.com
(*Autora correspondente*)

Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro. Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. marcotuliomfc@gmail.com

Resumo

Objetivo: conhecer os principais motivos de consulta da população atendida em uma equipe de saúde do município de Fortaleza - CE. **Métodos:** estudo de caráter quantitativo, exploratório e transversal. Os dados foram coletados a partir dos registros dos atendimentos médicos efetuados durante o primeiro semestre de 2012, extraídos de banco de dados secundário, classificados com a CIAP-2, tabulados no Excel e analisados pelo Epi-Info. **Resultados:** houve um total de 1044 encontros, 68% para o sexo feminino e 32%, masculino. A faixa etária predominante consistiu de pessoas entre 20-39 anos. Foram encontrados 1985 motivos de consulta. Os capítulos mais comuns foram Geral e Inespecífico, Respiratório, Digestivo, Músculo-Esquelético e Circulatório. Os 30 principais motivos de consulta corresponderam a 51,49% do total. Houve grande variedade de demandas trazidas pelas pessoas e a maioria dos motivos esteve relacionada com a demanda programada. **Conclusão:** a CIAP-2 possibilitou uma avaliação minuciosa da demanda. Esse estudo pode servir como instrumento para auxiliar a equipe de saúde no cuidado das pessoas, por meio de capacitação, organização da clínica e ações comunitárias e individuais para enfrentamento dos problemas.

Abstract

Objective: the aim of this study was to establish the main reasons for engaging in consultations with a health team in Fortaleza, Ceará. **Methods:** the data were collected from medical records covering the first semester of 2012. They were extracted from a secondary database, coded using ICPC, and then entered into an Excel spreadsheet. **Results:** there were 1,044 different encounters recorded, 68% with female patients and 32% with males. Most of the patients were between 20 and 39 years old. There were 1,985 reasons for encounters, the most common of which were categorized as General and Unspecified, Respiratory, Digestive, Musculoskeletal, and Cardiovascular. The main 30 reasons for encounters accounted for 51.49% of the total number. People raised a great number of demands, most of which related to the program. **Conclusion:** the ICPC2 program helped to precisely evaluate patients' demands. Therefore, this study showed that the program was a tool by which the health team could take care of people through capacitation, managing the clinic, and developing actions for the individuals and community to face issues that arise.

Palavras-chave:

Atenção Primária à Saúde
Classificação de Doenças
Registros Médicos

Keywords:

Primary Health Care
Disease Classification
Medical Records

Como citar: Santos KPB, Ribeiro MTAM. Motivos de consulta mais comuns das pessoas atendidas por uma equipe de saúde da família em Fortaleza - CE. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(37):1-11. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(37\)831](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(37)831)

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
218.324 (Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP/CE) aprovado em 13/03/2013

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.
Recebido em: 06/10/2013.
Aprovado em: 07/05/2015.

Resumen

Objetivo: conocer los principales motivos de consulta de la población atendida en un equipo de salud de la ciudad de Fortaleza - CE. **Métodos:** los datos fueron recogidos desde los registros de los atendimientos médicos realizados en el primer semestre del 2012. Ellos fueron extraídos desde un banco de datos secundario, clasificados con la CIAP-2 y analizados en Excel. **Resultados:** hubo una totalidad de 1044 encuentros distintos. 68% fueron para el sexo femenino y 32%, masculino. El grupo de edad que predomina consistió en las personas entre 20-39 años. Fueron encontrados 1985 motivos de consulta. Los capítulos más comunes fueron General e Inespecífico, Respiratorio, Digestivo, Muslo-Esquelético y Circulatorio. Los 30 principales motivos de consulta correspondieron al 51,49% de la totalidad. Existió una gran variedad de demanda traídas por las personas y la mayoría de los motivos estuvo relacionada con la demanda programada. **Conclusión:** la CIAP 2 posibilitó una evaluación minuciosa de la demanda. Así, ese estudio se ha tornado un instrumento para que el equipo de salud se prepare para el cuidado a esas personas, a través de capacitación, administrando mejor la clínica y desarrollando acciones comunitarias e individuales para enfrentamiento de los problemas.

Palabras clave:

Atención Primaria de Salud
Clasificación de Enfermedades
Registros Médicos

Introdução

Em 1978, na Conferência de Alma Ata, firmou-se a Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia prioritária para ampliar o acesso à saúde, de onde partiu a meta “saúde para todos, no ano 2000”.¹ Como linha de frente para organização do sistema, a APS possui quatro atributos essenciais: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado.¹ O primeiro contato está diretamente relacionado com a acessibilidade dos serviços de saúde para a população. Isso permite que os episódios de cuidado das pessoas daquele território sejam iniciados no primeiro nível de atenção, ao invés de acontecerem na atenção secundária ou terciária.

A medicina de família e comunidade (MFC), especialidade chave para a APS, surgiu como um ramo da clínica geral, em resposta ao número crescente de especialidades médicas e novas tecnologias, que fragmentaram o cuidado em saúde com abordagens que priorizavam o ponto de vista biológico.² A MFC rompeu com essa lógica, uma vez que os seus princípios consistem em fornecer o primeiro contato com o sistema de saúde, coordenar os cuidados destinados aos pacientes, dar resolutividade aos problemas detectados e responsabilizar-se pela saúde das pessoas e da comunidade. Ela também valoriza a subjetividade na medicina, dialogando com problemas vagos e inespecíficos. Grande parte dos fatores que interferem no estado de saúde de uma pessoa - experiência com a doença, interações familiares, fatores sociais, inclusive a relação médico-paciente - são trabalhados pelos médicos de família.² Portanto, os princípios norteadores da MFC são bastante adequados para cumprir com os atributos da atenção primária, descritos por Barbara Starfield.

O atributo da longitudinalidade corresponde ao acompanhamento contínuo, ao longo do tempo, favorecendo o conhecimento profundo dos indivíduos e o estabelecimento do vínculo. Para se cumprir com esse atributo, é essencial a existência de qualidade nos registros médicos, que, além de fornecer informações precisas sobre o estado de saúde das pessoas atendidas em determinado território, possibilitam o gerenciamento das ações dos profissionais da APS. Por isso, um bom sistema de classificação pode auxiliar na organização e análise destes dados.

Os sistemas de classificação inicialmente estavam direcionados para causas de morbidade e mortalidade. O mais conhecido deles é a Classificação Internacional de Doenças (CID). Ele é bastante útil

para o uso de outros especialistas, uma vez que é organizado para as condições que ameaçam a saúde.³ Entretanto, ele não considera a perspectiva do paciente, seus sentimentos e expectativas, problemas sociais e familiares. Na atenção secundária e terciária esses aspectos costumam ser menos trabalhados, porém na atenção primária eles são muito importantes.

O motivo de consulta consiste na razão que leva a pessoa a procurar um serviço de saúde. A partir dele, o profissional detecta um problema e as ações a serem destinadas para a pessoa que o procura.⁴ Esse motivo pode ser um sintoma, uma doença, um pedido de exame ou de medicamento ou algum procedimento administrativo. A partir do desenvolvimento da Classificação de Motivos de Consulta percebeu-se que era possível e importante codificar os outros momentos da consulta - o problema detectado e o processo de cuidado, que engloba os procedimentos e condutas adotadas. Dessa forma, surgiu a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP). A primeira edição foi publicada pela Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA) em 1987. Em 1998, a CIAP foi revisada e transformou-se em CIAP-2. Nesta versão foram incorporados os critérios de inclusão e de exclusão, para padronizar as codificações, e o mapeamento pela CID.⁵

O trabalho nas equipes de Saúde da Família precisa ser constantemente avaliado, uma vez que isso faz parte da gestão da clínica, com o objetivo de melhorar os indicadores de saúde e aumentar a satisfação das pessoas de determinado local. É preciso conhecer detalhadamente a demanda, os principais motivos que levam as pessoas a procurar o serviço, os diagnósticos e problemas mais comuns, assim como as intervenções realizadas. A CIAP permite que esse estudo seja feito de forma mais adequada que outros sistemas de classificação. Ainda são poucos os lugares no Brasil que começaram a utilizá-la, portanto, existem poucos estudos a esse respeito.^{3,6,7}

A CIAP estrutura-se em episódios de cuidado.⁸ Estes representam os problemas de saúde. Um episódio inicia-se quando uma pessoa procura atendimento em um serviço de saúde por um determinado motivo, que pode acompanhá-la por toda a sua vida, como no caso de um indivíduo com síndrome de Down; ou pode ter início e fim, como, por exemplo, um resfriado. Um episódio de cuidado poderia originar várias consultas e em cada uma delas três elementos são essenciais: os motivos de consulta, o diagnóstico ou problema encontrado e o processo de cuidado (intervenção ou procedimento). Todos esses elementos são codificados pela CIAP.

A CIAP-2 possui uma estrutura biaxial, organizada em 17 capítulos e 7 componentes.⁸ O seu código é chamado de alfa-numérico, porque a primeira parte corresponde a uma letra, de determinado capítulo, e os outros dois dígitos são os números relacionados aos componentes. Os capítulos englobam os problemas de acordo com a distribuição anatômica, porém existe um capítulo geral/inespecífico, um para problemas sociais e outro para os psicológicos.

Os componentes abrangem aspectos relacionados aos sinais, sintomas, procedimentos (diagnósticos ou preventivos); medicações, tratamentos ou procedimentos terapêuticos; resultado de exames; administrativo; acompanhamento e outros motivos de consulta; diagnósticos ou doenças.

O objetivo deste estudo consistiu em identificar os principais motivos de consulta dos pacientes atendidos em uma equipe de Saúde da Família utilizando a CIAP.

Métodos

Trata-se de um estudo de caráter quantitativo, exploratório e transversal. O banco de dados utilizado consistiu nos registros das consultas médicas presentes nos prontuários manuais de todas as pessoas atendidas pelos médicos da Equipe de Saúde da Família 31 de Março, no período de janeiro a junho de 2012. Essa equipe integra o Centro de Saúde da Família Frei Tito de Alencar, vinculado à Coordenação Regional II de Fortaleza, no Ceará, localizado na Praia do Futuro. Essa unidade é responsável por uma população de aproximadamente 20.000 pessoas, estando 3.000 sob responsabilidade da Equipe 31 de Março. O número de atendimentos dos residentes é reduzido em relação aos médicos da equipe de saúde da família que não estão em um processo formativo, para que este número esteja adequado para a discussão dos casos com os preceptores, garantindo espaço e tempo para o ensino-aprendizado.

A médica residente foi a responsável pela codificação dos registros, poucos atendimentos foram realizados por outros médicos (preceptores) presentes na equipe. Os registros de consulta foram feitos em forma de Registros Médicos Orientados por Problemas (RMOP), método bastante adequado para organização do raciocínio médico e para a investigação clínica em medicina. Foram utilizadas as notas da evolução, organizadas em SOAP (subjetivo, objetivo, avaliação e plano), as quais permitiram um acesso rápido às informações dos prontuários. Foram codificados os motivos de consulta, contidos no S, os problemas encontrados, presentes no A, e as intervenções para os mesmos (P). A parte objetiva (O) não é codificável. Os motivos de consulta foram coletados no início da consulta, e sempre que possível eram deixados nas palavras das pessoas atendidas. Se no decorrer da consulta fossem observados outros motivos, eles poderiam ser acrescentados.

Os códigos foram organizados em uma planilha Excel e submetidos à análise estatística pelo Epi-Info. Essa codificação foi transformada em números, seguindo uma metodologia já utilizada em outros estudos.^{3,7} Foram utilizados, no máximo, três motivos de consulta por pessoa. Se houvesse dois motivos relacionados a um mesmo problema, os dois eram utilizados.

Foram excluídos os códigos presentes nos prontuários em que a data de nascimento ou a idade das pessoas não havia sido incluída, além dos prontuários de pessoas de outras áreas de abrangência que porventura tivessem sido atendidas pela equipe. O código utilizado para consultas de puericultura foi o A98 (Medicina Preventiva/Manutenção da Saúde), semelhante à padronização feita em outro estudo.³ Essa pesquisa não recebeu financiamento externo para a sua produção, sendo as despesas custeadas pelos autores. Não houve conflito de interesses que pudesse influenciar no resultado da pesquisa. Ela foi autorizada pela coordenação da unidade de saúde, através do Termo de Fiel Depositário, submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará e aprovada pelo mesmo (número do parecer 218.324, CAAE 08604613.8.0000.5037). Este artigo faz parte de um estudo maior, que contém outros objetivos e fazem parte da monografia de conclusão do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade.

Resultados

No período de janeiro a junho de 2012, foram atendidos 677 pacientes da área 31 de Março. Destes, 446 realizaram atendimento médico mais de uma vez, resultando em um total de 1044 consultas e uma média de 1,5 encontros por pessoa. Esse número de consultas foi o total de atendimentos disponibilizados

para a população desta área de abrangência, o que corresponde a uma média de nove consultas por dia no período realizado. Houve um grande número de consultas para o mesmo paciente, devido à quantidade de gestantes, hipertensos e diabéticos, cujo acompanhamento necessitava de vários encontros. O sexo predominante correspondeu ao feminino, com um total de 68% das consultas, enquanto o masculino obteve 32%. A faixa etária com maior número de atendimentos correspondeu às pessoas com idade de 20 a 39 anos, como pode ser visto no Gráfico 1.

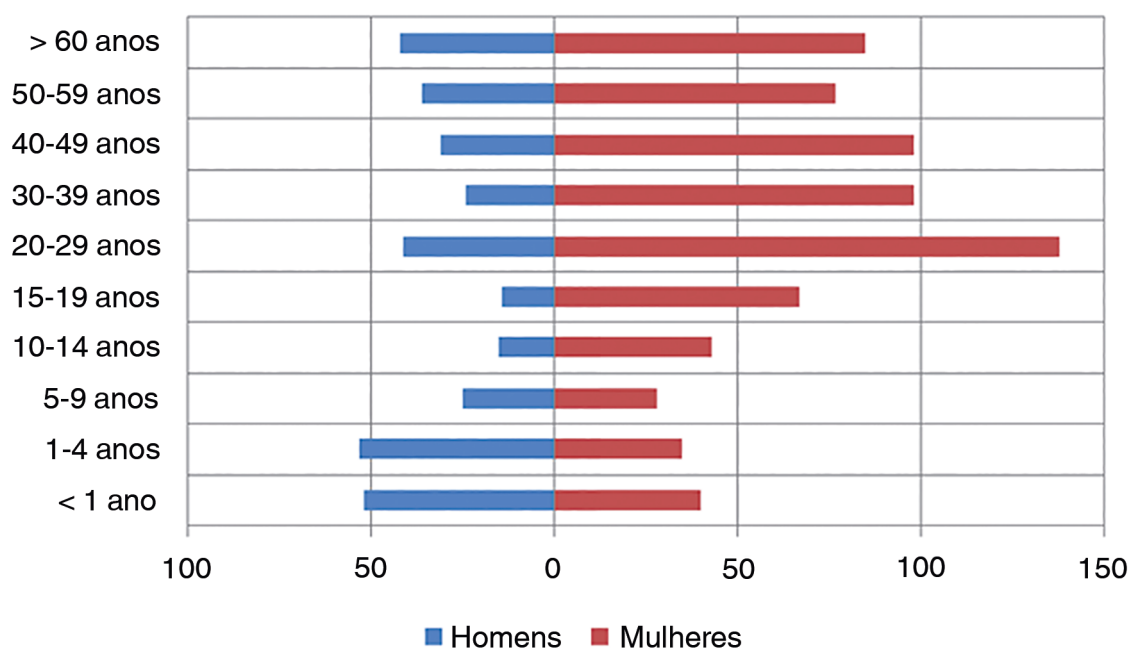


Gráfico 1. Distribuição dos encontros por faixa etária e sexo em uma equipe de saúde da família de Fortaleza, 2012

Esse estudo encontrou 1985 motivos de consulta. A frequência dos mesmos, organizada por capítulo e por códigos específicos, pode ser vista na Tabela 1. Os mais prevalentes corresponderam aos códigos do capítulo Geral e Inespecífico, Respiratório, Digestivo, Musculoesquelético e Circulatório.

Na Tabela 2, observa-se diferença entre as frequências dos motivos por capítulos de acordo com o sexo.

Os 30 principais motivos de consulta corresponderam a 51,49% do total, como pode ser visto na Tabela 3. Na faixa etária dos 15 aos 19 anos, o motivo Gravidez teve maior prevalência.

A distribuição dos motivos de consulta de acordo com os componentes da CIAP pode ser vista no Gráfico 2. A maioria deles (51,1%) pertenciam ao componente 1, o qual engloba os sintomas. Foi possível perceber que 24,8% eram diagnósticos definitivos (componente 7) trazidos pelas pessoas, aceitos nos motivos de consulta, mesmo que na avaliação do profissional a doença em questão não fosse confirmada.

Discussão

A análise dos principais motivos contribui para a capacitação dos profissionais da APS e entendimento do perfil dos pacientes que buscam a unidade. A distribuição por sexo foi similar à encontrada em outros estudos de demanda brasileiros, corroborando o fato de as consultas na atenção primária terem uma

Tabela 1. Prevalência dos motivos de consulta por capítulos da CIAP em uma equipe de saúde da família de Fortaleza, 2012.

Capítulos	Frequência	Percentual
A - Geral e Inespecífico	243	12,24%
R - Respiratório	228	11,49%
D - Digestivo	221	11,13%
L - Musculoesquelético	204	10,28%
K - Circulatório	187	9,42%
S - Pele	182	9,17%
W - Gravidez, parto e planejamento familiar	135	6,8%
X - Genital feminino	133	6,7%
T - Endócrino/Metabólico e Nutricional	132	6,65%
N - Neurológico	120	6,05%
P - Psicológico	72	3,63%
U - Urinário	44	2,22%
F - Olho	33	1,66%
H - Ouvido	31	1,56%
Y - Genital Masculino	11	0,55%
B - Sangue, Sistema Hematopoiético, Linfático e Baço	9	0,45%
Total	1985	100%

Tabela 2. Prevalência dos Motivos de Consulta por capítulo de acordo com o sexo em uma equipe de saúde da família de Fortaleza, 2012.

Capítulos	Mulheres		Homens		
	#	%	Capítulos	#	%
D - Digestivo	149	10,7%	A - Geral e Inespecífico	109	18,6%
L - Musculoesquelético	148	10,6%	R - Respiratório	96	16,3%
W - Gravidez/Planej.	135	9,7%	S - Pele	74	12,6%
A - Geral e Inespecífico	134	9,6%	D - Digestivo	72	12,3%
R - Respiratório	132	9,4%	K - Circulatório	63	10,7%
X - Genital Feminino	132	9,4%	L - Musculoesquelético	56	9,5%
K - Circulatório	124	8,9%	T - Endocrino	37	6,3%
S - Pele	108	7,7%	N - Neurológico	27	4,6%
T - Endócrino	95	6,8%	H - Ouvido	14	2,4%
N - Neurológico	93	6,6%	Y - Genital Masculino	11	1,9%
P - Psicológico	63	4,6%	P - Psicológico	9	1,5%

predominância do sexo feminino.^{3,7,9} Isso pode estar relacionado com questões culturais e históricas. Esse estudo também demonstrou que os homens procuraram mais a unidade devido a queixas agudas. Um estudo de demanda realizado em quatro países demonstrou divisão por sexos igualitária, exceto nos dados dos Estados Unidos, em que o sexo feminino ocupou 59% das consultas.¹⁰ Resultados semelhantes a esse estudo foram encontrados em duas cidades da China.¹¹

Adolescentes demandaram poucas consultas médicas, quando comparados com as outras faixas etárias, semelhante ao encontrado em outros estudos.^{3,9-11} Geralmente, essa faixa etária adoece pouco, mas a equipe de saúde precisa saber se esse é o motivo pelo qual eles não procuram a unidade ou se existe alguma dificuldade no acesso. A maioria dos que procuraram foi devido a questões relacionadas com a gravidez e puerpério. Isso demonstra que esse problema é muito importante na adolescência nesta

Tabela 3. Motivos de consulta mais frequentes em uma equipe de saúde da família de Fortaleza, 2012.

Motivo de Consulta	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
W78 - Gravidez	85	4,27%	4,27%
N01 - Cefaleia	78	3,92%	8,19%
A98 - Medicina Preventiva/Manutenção da Saúde	78	3,92%	12,11%
K86 - Hipertensão sem complicações	75	3,77%	15,88%
S06 - Erupção cutânea localizada	61	3,06%	18,94%
T90 - Diabetes não insulino dependente	59	2,96%	21,9%
R05 - Tosse	58	2,91%	24,81%
A03 - Febre	53	2,66%	27,47%
R80 - Gripe	49	2,46%	29,93%
D50 - Medicação/prescrição/renovação/injeção (capítulo Digestivo)	37	1,86%	31,79%
K50 - Medicação/prescrição/renovação/injeção (capítulo Circulatório)	35	1,76%	33,55%
R21 - Sinais/sintomas da garganta	29	1,46%	35,01%
L03 - Sinais/sintomas da região lombar	26	1,31%	36,32%
D11 - Diarreia	25	1,26%	37,58%
K60 - Resultado de Análises/Procedimentos (capítulo Circulatório)	24	1,21%	38,79%
L14 - Sinais/sintomas da coxa/perna	21	1,05%	39,84%
A60 - Resultado de Análises/Procedimentos (capítulo Geral e Inespecífico)	20	1%	40,84%
X14 - Secreção Vaginal	19	0,95%	41,79%
X60 - Resultado de Análises/Procedimentos (Capítulo Genital Feminino)	19	0,95%	42,74%
S08 - Alterações da cor da pele	18	0,90%	43,64%
D01 - Dor abdominal generalizada/cólicas	18	0,90%	44,54%
D02 - Dores abdominais, epigástricas	18	0,90%	45,44%
L15 - Sinais/sintomas do joelho	17	0,85%	46,29%
X05 - Menstruação escassa/ausente	16	0,80%	47,09%
P64 - Episódio/problema iniciado pelo prestador (capítulo Psicológico)	15	0,75%	47,84%
T50 - Medicação/prescrição/renovação/injeção (capítulo Endócrino/ Metabólico e Nutricional)	15	0,75%	48,59%
L17 - Sinais/sintomas do pé/dedos dos pés	15	0,75%	49,34%
D10 - Vômitos	15	0,75%	50,09%
X17 - Sinais/sintomas da pélvis feminina	14	0,70%	50,79%
R02 - Dificuldade respiratória, dispneia	14	0,70%	51,49%

comunidade, indicando que as atividades de planejamento reprodutivo realizadas pela equipe precisam ser mais efetivas, no intuito de reverter esse quadro.¹² Este capítulo também foi bastante frequente nesta faixa etária em um estudo da África do Sul, porém as adolescentes procuravam as unidades para consultas de contracepção.¹³ O capítulo Geral é o que engloba grande parte dos motivos de consulta na maioria dos estudos.^{3,6,7,10,11} Em um estudo piloto brasileiro, os capítulos respiratório e digestivo também estiveram entre os primeiros.⁶ O capítulo Genital Masculino e o relacionado com o sistema hematopoiético foram os que tiveram as menores frequências, semelhantes às encontradas nos outros estudos.^{3,7,10,11,14} A baixa prevalência do capítulo Psicológico pode ser um reflexo da dificuldade que os médicos de família possuem na abordagem de queixas psicológicas, conforme apontado em um estudo europeu.¹⁵

A Tabela 4 demonstra os sete principais motivos de consulta no estudo em questão e em outros estudos. Dos mais frequentes, três eram relacionados com consultas de ação programática, o que sugere

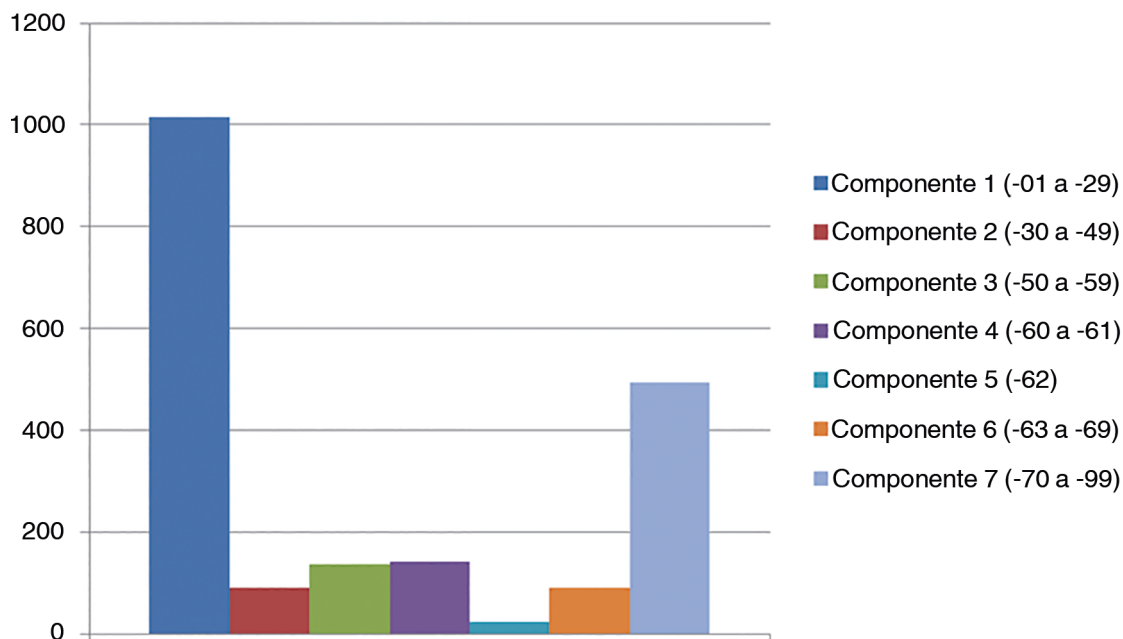


Gráfico 2. Natureza dos motivos de consulta em uma equipe de saúde da família de Fortaleza, 2012.

que a agenda dos profissionais pode estar organizada de acordo com os programas do Ministério da Saúde. O estudo de Betim obteve uma maior frequência de cefaleia, febre e tosse como motivos relacionados aos sintomas.⁷ Essa diferença pode ser atribuída ao fato de esse estudo analisar apenas a demanda espontânea, excluindo a programada. No estudo realizado em Florianópolis, o motivo de consulta mais comum consistiu em Medicina Preventiva/Manutenção de Saúde, seguido de tosse, pedido de medicação do aparelho circulatório, febre e gravidez.³

Tabela 4. Motivos de consulta mais frequentes em alguns estudos.

Ordem de frequência	Estudo em questão (tabela 3)	Florianópolis ³	Betim ⁷	China ¹¹	Holanda ⁴	África ¹³
1	Gravidez	Medicina Preventiva/manutenção da saúde	Resultado de análises/procedimentos	Tosse	Exames especial-circulatório	Tosse
2	Cefaleia	Tosse	Medicação/Prescrição/renovação/injeção-geral	Vertigens/tonturas	Tosse	Cefaleia
3	Medicina Preventiva/manutenção da saúde	Medicação/Prescrição/renovação/injeção-circulatório	Cefaleia	Febre	Hipertensão sem complicações	Febre
4	Hipertensão sem complicações	Febre	Febre	Sinais/sintomas da garganta	Contracepção	Sinais e sintomas nasais
5	Erupção cutânea localizada	Gravidez	Tosse	Cefaleia	Sensação de Ansiedade/nervosismo	Sinais e sintomas da garganta
6	Diabetes não insulino dependente	Cefaleia	Dor generalizada, múltipla	Palpitações	Medicação/Prescrição/renovação/injeção-circulatório	Sinais e sintomas da região lombar e dorsal
7	Tosse	Hipertensão sem complicações	Medicação/Prescrição/renovação/injeção-circulatório	Sensação de pressão/aperto no peito atribuída ao coração	Medicação/Prescrição/renovação/injeção-psicológico	Dor generalizada

Apenas dez desses motivos coincidiram com os mais frequentes em cenários internacionais, conforme demonstra um estudo realizado a partir da coleta de dados na Holanda, Japão, Estados Unidos e Polônia.¹⁰ Nesse estudo, os autores coletaram os motivos de consulta, diagnósticos e intervenções no cenário de atenção primária. Os capítulos mais frequentes foram semelhantes - digestivo, circulatório, musculoesquelético, respiratório e pele. Entretanto, consideraram apenas os motivos do componente 1 da CIAP. As diferenças encontradas podem ter uma relação com as particularidades de cada local. No estudo de demanda realizado em duas cidades da China, os motivos mais comuns consistiram em hipertensão sem complicações e diabetes não insulino-dependente, no grupo de doenças, e cefaleia e lombalgia como sintomas, os quais também foram encontrados neste estudo.¹¹

Quanto à natureza dos motivos, a quantidade de diagnósticos definitivos demonstra que algumas pessoas já procuraram o serviço com uma patologia, pode ser por causa de uma doença crônica ou devido à opinião deles sobre seus sintomas. Esses dados foram semelhantes aos encontrados no estudo piloto da CIAP realizado na Holanda,⁴ porém diferentes daqueles encontrados no estudo pioneiro da CIAP no Brasil, no qual 70% dos motivos pertenciam ao componente 1, seguido do componente 2 (9,8%) e componente 7 (7,3%).⁶ Entretanto, esse estudo utilizou como fonte de dados não apenas registros da atenção primária, mas também de outros níveis da atenção.

A quantidade de consultas iniciadas pelo prestador também foi pequena, demonstrando que, na maioria das vezes, a pessoa trazia seus motivos de forma espontânea. Provavelmente, a agenda priorizada era a do paciente e não a do médico. Além disso, foi escasso o número de motivos que consistiam em pedido de encaminhamento para outro especialista, o que pode mostrar que a equipe consegue atender às necessidades da população ou então que a população não possui a tendência de solicitar de imediato um encaminhamento para outro especialista. Esse achado foi bastante similar a um outro estudo de demanda realizado anteriormente em Fortaleza.⁹

Não foi possível fazer a análise por episódio de cuidado, uma vez que para isso é necessário um prontuário eletrônico para correlacionar os motivos de consulta e diagnósticos referentes a um mesmo problema. Além disso, a análise foi efetuada com os atendimentos realizados em um semestre, não sendo possível afirmar se os mesmos são representativos do padrão do ano inteiro. A não utilização dos códigos relacionados ao capítulo social pode ter prejudicado este estudo, uma vez que a população atendida era bastante vulnerável a problemas sociais.

A CIAP tem limitações. Alguns aspectos da consulta perdem-se pelo fato de não serem codificáveis. Além disso, a classificação, em alguns momentos, simplifica a complexidade envolvida no trabalho do médico de família e comunidade. Essa ferramenta depende diretamente da capacitação que o médico possui para realizar a codificação, das suas habilidades de comunicação e do relacionamento e vínculo que ele tem com seus pacientes, para descobrir o real motivo da vinda deles ao consultório.

É importante ressaltar a baixa quantidade de consultas ofertadas para a população da qual a equipe é responsável, uma vez que houve uma média de 0,7 atendimentos por pessoa/ano, metade da média nacional, e bem abaixo do valor mais sugerido internacionalmente - 3 a 4 consultas/pessoa/ano.¹⁶ Este fato poderia ser explicado pelo número médio de consultas realizadas pela médica residente, que para garantir o cenário adequado para o seu aprendizado, tem uma agenda reduzida. De toda forma, este achado pode sugerir que esta pode ser uma ferramenta importante para a discussão do processo de trabalho da equipe e do modelo de preceptorial em que a residência está estruturada.

Esse estudo demonstrou a grande variedade de condições que se apresentam na atenção primária. A CIAP demonstrou ser um instrumento bastante útil para conhecer a demanda da população atendida, tornando possível o entendimento das etapas do processo diagnóstico, além de ser uma nova ferramenta para trabalhar a epidemiologia da Medicina de Família e Comunidade. Quando existem equipes de saúde que realizam esse tipo de estudo do seu território de abrangência, a comunidade terá profissionais com um conhecimento profundo sobre os problemas existentes na mesma. O desafio consiste em saber se os egressos das residências em Medicina de Família e Comunidade e das residências multiprofissionais em Saúde da Família adquiriram a formação adequada para lidar com esses problemas; para responder essa questão seriam necessários outros estudos.

Conclusão

Os dados encontrados no presente estudo foram semelhantes aos de outros estudos brasileiros, quanto ao perfil da população atendida e às demandas. Em relação aos estudos internacionais, houve semelhança dos dados em alguns capítulos para os motivos de consulta. Ao conhecer as condições mais comuns da prática, cabe ao médico preparar-se para as mesmas, de forma individual, com as capacitações e educação permanente e em conjunto com os outros profissionais. Dessa forma, é possível trabalhar com a gestão da clínica nas unidades para lidar de forma resolutiva com os problemas encontrados.

Referências

1. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726p.
2. McWhinney IR, Freeman T. Manual de medicina de família e comunidade. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2010. p.472.
3. Gusso GDF. Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a classificação internacional de atenção primária. 2a ed (CIAP 2) [Tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009. 212p.
4. Lamberts H, Meads S, Wood M. Classification of reasons why persons seek primary care: pilot study of a new system. *Public Health Rep.* 1984;99(6):597-605.
5. Soler JK, Okkes I, Wood M, Lamberts H. The coming of age of ICPC: celebrating the 21st birthday of the International Classification of Primary Care. *Fam Pract.* 2008;25(4):312-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmn028>
6. Lebrão ML. Classificação internacional de motivos da consulta para atenção primária: testes em algumas áreas brasileiras. *Rev Saúde Pública.* 1985;19(1):69-78. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101985000100008>
7. Landsberg GAP, Savassi LCM, Sousa AB, Freitas JMR, Nascimento JLS, Azagra R. Análise de demanda de Medicina de Família no Brasil utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012;17(11):3025-36. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100019>
8. Gusso GDF. Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2) [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2009.
9. Pimentel IRS, Coelho BC, Lima JC, Ribeiro FG, Sampaio FPC, Pinheiro RP et al. Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família. *Rev Bras Med Fam.* 2011;6(20):175-81. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf6\(20\)95](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf6(20)95)
10. Okkes IM, Polderman GO, Fryer GE, Yamada T, Bujak M, Oskam SK, et al. The role of family practice in different health care systems: a comparison of reasons for encounter, diagnoses, and interventions in primary care populations in the Netherlands, Japan, Poland, and the United States. *J Fam Pract.* 2002;51(1):72-3. <http://www.jfponline.com/pages.asp?aid=1085>.
11. Wun Y, Lu X, Liang W, Dickinson J. The work by the developing primary care team in China: a survey in two cities. *Fam Pract.* 2000;17(1):10-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/17.1.10>

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Cadernos de Atenção Básica número 26. Brasília; 2010.
13. Mash B, Fairall L, Adejayan O, Ikpefan O, Kumari J, Mathee S, et al. A morbidity survey of South African primary care. *PLoS One*. 2012;7(3):e32358. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0032358>
14. Moth G, Olesen F, Vedsted P. Reasons for encounter and disease patterns in Danish primary care: changes over 16 years. *Scand J Prim Health Care*. 2012;30(2):70-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/02813432.2012.679230>
15. Rosendal M, Vedsted P, Christensen KS, Moth G. Psychological and social problems in primary care patients - general practitioners' assessment and classification. *Scand J Prim Health Care*. 2013;31(1):43-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/02813432.2012.751688>
16. Gusso GDF, Poli Neto P. Gestão da Clínica. In: Gusso GDP, Lopes JMC, eds. *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2012. p.159-66.

Prevalência de sobrepeso e obesidade entre crianças de 7 a 10 anos atendidas em unidade de Estratégia Saúde da Família - ESF

Prevalence of overweight and obesity among children aged 7-10 years treated at unit of the Family Health Strategy (ESF)

La prevalencia de sobrepeso y obesidad entre los niños de 7-10 años de edad tratados en unidad de la Estrategia Salud de la Familia - ESF

Maria Suzana Marques. Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Montes Claros, MG, Brasil. suzana.residente@yahoo.com.br (Autora correspondente)

Joviene Rose Silva. Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Montes Claros, MG, Brasil. jovienerose@hotmail.com

Celina Aparecida Gonçalves Lima. Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Montes Claros, MG, Brasil. celina.prof@bol.com.br

Eliana Maria Guimarães Costa Maia. Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Montes Claros, MG, Brasil. elianamgcmia@live.com

Resumo

Objetivo: Estabelecer a prevalência de sobrepeso e obesidade entre crianças cadastradas em unidade de Estratégia Saúde da Família. **Métodos:** Estudo descritivo, quantitativo, de corte transversal, com população alvo de 134 crianças de 7 a 10 anos de idade. Foi calculado o índice de massa corporal das crianças e aplicado questionário sobre práticas alimentares e atividade física. No tratamento estatístico dos dados foi usado o SPSS versão 19, utilizando-se os procedimentos: média, desvio padrão, frequência, teste *t* e Qui Quadrado. Usou-se *Odds ratio* de prevalência com intervalo de confiança de 95%. A importância relativa dos fatores estudados no risco da criança apresentar sobrepeso ou obesidade foi observada pelo ajuste do modelo regressão logística. **Resultados:** Foram avaliadas 86 crianças de ambos os sexos. A taxa de sobrepeso foi de 17,5% e de obesidade de 25% entre meninas e 4,3% de sobrepeso e 13% de obesidade entre meninos ($p=0,061$). Crianças matriculadas na rede particular tiveram 18,8% de sobrepeso e 37,5% de obesidade enquanto nas da rede pública as taxas foram de 8,6% e 14,3%, para sobrepeso e obesidade, respectivamente ($p=0,058$). As demais variáveis não foram estatisticamente significativas após a aplicação do modelo de regressão logística. **Conclusão:** Houve alta prevalência de sobrepeso e obesidade na população estudada, principalmente entre crianças matriculadas na rede particular e do sexo feminino.

Palavras-chave:

Obesidade
Sobrepeso
Fatores de Risco
Criança

Abstract

Objective: This study aimed to determine the prevalence of overweight and obesity among children enrolled in a unit of the Family Health Strategy. **Methods:** This descriptive, quantitative, and cross-sectional study included 134 children aged 7-10 years. The children's body mass indexes were calculated, and they were administered questionnaires on eating habits and physical activity. SPSS version 19 was used in the statistical analyses of the data, and the following were calculated: mean, standard deviation, frequency, *t* and chi-square test values, and prevalence odds ratio with 95% confidence interval. The relative importance of the factors studied affecting the risk of the child being overweight or obese was measured by adjusting the logistic regression model. **Results:** A total of 86 children of both sexes were evaluated. Among girls, 17.5% were overweight and 25% were obese, and among boys, 4.3% were overweight and 13% were obese ($p=0.061$). Among children enrolled in private schools, 18.8% of children were overweight and 37.5% were obese, while in the public schools, 8.6% were overweight and 14.3% were obese ($p=0.058$). The other variables were not statistically significant after applying the logistic regression model. **Conclusion:** There was a high prevalence of overweight and obesity in the population, especially among girls enrolled in private schools.

Keywords:

Obesity
Overweight
Risk Factors
Child

Como citar: Marques MS, Silva JR, Lima CAG, Maia EMGC. Prevalência de sobrepeso e obesidade entre crianças de 07 a 10 anos atendidas em unidade de Estratégia Saúde da Família - ESF. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(37):1-9. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(37\)1032](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(37)1032)

Fonte de financiamento: declaram não haver.

Parecer CEP: UNIMONTES, 326.793, 05/07/2013

Conflito de interesses: declaram não haver.

Procedência e revisão por pares: revisado por pares.

Recebido em: 27/10/2014.

Aprovado em: 17/11/2015.

Resumen

Objetivo: Determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad entre los niños inscritos en una unidad de la Estrategia de Salud Familiar. **Métodos:** estudio cuantitativo descriptivo, transversal, con población de 134 niños entre los 7 y 10 años de edad. Fue calculado el índice de masa corporal de los niños y aplicado el cuestionario sobre los hábitos alimentarios y la actividad física. El tratamiento estadístico de los datos se utilizó el programa SPSS versión 19, con los siguientes procedimientos: media, desviación estándar, frecuencia, prueba *t* y Qui Cuadrado. Se utilizó *Odds ratio* de prevalencia con intervalo de confianza del 95%. La importancia relativa de los factores estudiados en el riesgo de que el niño sea sobrepeso u obesidad se observó mediante el ajuste del modelo de regresión logística. **Resultados:** Se evaluaron 86 niños de ambos sexos. La tasa de sobrepeso fue del 17,5% y 25% de obesidad entre las niñas y el 4,3% de sobrepeso y el 13% de obesidad entre los niños ($p=0,061$). Los niños inscritos en escuelas privadas tuvieron el 18,8% de sobrepeso y 37,5 de obesidad, mientras que en las tarifas públicas fueron el 8,6% y el 14,3% para el sobrepeso y la obesidad, respectivamente ($p=0,058$). Las otras variables no fueron estadísticamente significativas después de aplicar el modelo de regresión logística. **Conclusión:** Hubo una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población, especialmente entre los niños matriculados en escuelas privadas y del sexo femenino.

Palabras clave:

Obesidad
Sobrepeso
Factores de riesgo
Niño

Introdução

A obesidade é um agravo à saúde de causa multifatorial e determinada por fatores genéticos, biológicos, sociais e comportamentais.¹ O excesso de peso é um problema de saúde pública que teve sua prevalência aumentada, alcançando níveis epidêmicos.² Entre crianças e adolescentes, esse aumento também foi verificado, sendo o excesso de peso um fator de risco para a obesidade na vida adulta.³ Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que em 2010 havia mais de 40 milhões de crianças no mundo com sobrepeso ou obesidade. A OMS ainda alerta que o excesso de peso tem matado mais pessoas do que a desnutrição.⁴ Dados da *International Obesity Task Force* (IOTF) mostraram que, já em 2004, havia no mundo, aproximadamente, 10% de crianças e adolescentes entre 5 e 17 anos com sobrepeso e 2 a 3% de obesos.⁵ Conforme dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - VIGITEL 2013, entre adultos, o problema também existe, sendo que 50,8% dos adultos brasileiros apresentaram sobrepeso e 17,5%, obesidade.⁶

Para diagnosticar sobrepeso e obesidade entre crianças, o Ministério da Saúde do Brasil adotou, no ano de 2009, as curvas de Índice de Massa Corporal (IMC) desde o lactente até 19 anos de idade que consideram como pontos de corte para sobrepeso e obesidade os percentis 85 e 97, respectivamente.⁷

A obesidade correlaciona-se com o aumento da incidência de hipertensão arterial, dislipidemias, *diabetes mellitus*, colecistite e síndrome de dor crônica, sendo algumas dessas comorbidades diretamente relacionadas a incremento de risco cardiovascular. Do ponto de vista psicológico, a obesidade altera a imagem corporal, acarretando em algumas pessoas a desvalorização da autoimagem e do autoconceito e diminuindo a sua autoestima. Em decorrência desse impacto psicológico, podem surgir sintomas depressivos, ansiosos e sensação de inadequação social.⁸

Por ser a obesidade um agravo à saúde que vem se tornando mais frequente no Brasil e no mundo e por estar fortemente associada a complicações, optou-se por realizar o levantamento da prevalência de sobrepeso e obesidade entre crianças cadastradas em uma unidade de Estratégia Saúde da Família (ESF). Verificou-se também a associação entre excesso de peso e as variáveis: sexo, tipo de escola em que a criança se encontra matriculada, perfil de comportamento alimentar e de prática de atividade física.

Método

Foi realizado um estudo descritivo, quantitativo, de corte transversal, cuja população alvo foi composta por todo o universo de crianças de 7 a 10 anos cadastradas em uma unidade de ESF, totalizando 134 indivíduos. Nenhuma criança foi excluída por possuir doença crônica que incapacitasse a realização das medidas antropométricas e 48 crianças não compareceram à coleta de dados após, pelo menos, dois convites, sendo consideradas perdas. Foram, então, incluídas na pesquisa por amostragem de conveniência 86 crianças, estabelecendo-se um nível de confiança de 95% e um erro de estimativa de 6,2%.

As crianças foram agrupadas conforme idade, sexo e tipo de escola em que estão matriculadas, sendo, ainda, traçado o perfil de hábitos alimentares e de atividade física realizada por elas.

Todas as crianças participantes tiveram a altura e peso medidos por estadiômetro de resolução milimétrica e de balança analógica, respectivamente. A partir da altura e peso, foi calculado o IMC. Com o objetivo de diminuir erros de técnica na aferição dos elementos peso e altura, as medidas antropométricas foram realizadas, em um mesmo momento, por dois pesquisadores diferentes, denominados Avaliadores A e B. Na presença de discrepância entre os valores obtidos, uma terceira aferição foi realizada pelo avaliador A.

Foi aplicado um questionário elaborado pelos pesquisadores com questões relativas às práticas alimentares e de atividade física das crianças, o qual foi respondido pela mãe, pai ou responsável com conhecimentos dos hábitos de vida dos escolares. As crianças faltosas à realização das medidas antropométricas e aplicação do questionário foram novamente convidadas a comparecerem. No tratamento estatístico foi usado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 19. Para a análise descritiva dos dados, foram utilizados os procedimentos estatísticos: média, desvio padrão e frequência. Foi realizado o teste *t* para possíveis diferenças entre as médias e o teste Qui Quadrado para a associação de variáveis, fixado o nível de confiança de 95%. Para avaliar a associação de sobrepeso e obesidade com as diversas variáveis foi calculado *Odds ratio* de prevalência com intervalo de confiança de 95%. A importância relativa dos fatores estudados no risco da criança apresentar sobrepeso ou obesidade foi observada pelo ajuste do modelo regressão logística.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa vinculado a uma instituição nacional de ensino superior. Participaram do estudo apenas as crianças cujos pais ou responsáveis legais concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Foram avaliadas 86 crianças de 7 a 10 anos, de ambos os sexos, cadastradas em uma unidade de ESF (Tabela 1).

A maior parte das crianças apresentou peso normal. Apenas quatro crianças apresentaram baixo peso. A prevalência de excesso de peso, conforme a curvas de IMC da OMS, foi de 29,06%, sendo 10,46% de sobrepeso e 18,60% de obesidade (Tabela 1).

A grande maioria das crianças avaliadas encontra-se regularmente matriculada em escolas públicas da rede municipal ou estadual e nenhuma delas está fora da escola. Não há grande variação percentual

Tabela 1. Análise descritiva das variáveis: sexo, tipo de escola, lanche escolar, tempo de amamentação e IMC.

Variável		n	%
Sexo	Masculino	45	52,3%
	Feminino	41	47,6%
Tipo de escola	Pública	70	81,3%
	Particular	16	18,6%
Lanche escolar	Come merenda escolar	47	54,6%
	Leva lanche de casa	39	45,3%
Tempo de amamentação	Até 6 meses	14	16,2%
	De 6 meses a 2 anos	54	62,7%
	Mais de 2 anos	14	16,2%
	Não sabe informar	04	4,6%
IMC	Baixo Peso	04	4,6%
	Peso normal	57	66,2%
	Sobrepeso	09	10,46%
	Obesidade	16	18,60%

entre o número de crianças que consomem o lanche escolar fornecido pelas escolas e aquelas que levam o lanche de casa (Tabela 1).

A maior parte das crianças (62,7%) mamou ao seio de seis meses a dois anos de idade, 16,2% receberam aleitamento materno até seis meses e 16,2% foram amamentadas ao seio por mais de dois anos (Tabela 1). Quatro pessoas não souberam informar o tempo de amamentação das crianças.

A forma de transporte para escola utilizada por grande parcela das crianças é o ativo, por meio da caminhada ou do uso de bicicleta. Mais da metade das crianças que utilizam transporte ativo gastam menos de 15 minutos no trajeto.

Em relação à prática de educação física escolar, apenas seis crianças não frequentam as aulas. As demais fazem educação física escolar uma ou duas vezes por semana (Tabela 2).

Quanto à realização de atividades lúdicas com gasto energético, tais como: jogar bola, peteca, andar de bicicleta, jogos de queimada e corridas, verificou-se que a maior parte delas não tem hábito de brincar ou o fazem muito raramente, conforme percepção subjetiva dos responsáveis. Já o tempo gasto com

Tabela 2. Análise descritiva de variáveis referentes à atividade física.

Variável		N	%
Transporte para a escola	Ativo	57	66,27%
	Veículo motorizado	29	33,72%
Trajeto escolar	<15min	30	52,63%
	≥15min	27	47,36%
Frequência de educação física semanal	Não faz educação física	6	6,97%
	1 a 2 vezes semanais	80	93,02%
Frequência de brincadeiras infantis	Nunca ou pouco	42	48,83%
	Sempre	44	51,16%
Tempo assistindo TV, jogando videogame, usando computador	Até 1h	31	36,04%
	Entre 1 e 3h	39	45,34%
	>3h	16	18,60%

atividades de baixo gasto energético, como assistir televisão, DVD, jogar videogame e usar computador variou entre as crianças pesquisadas, sendo que a maioria delas gasta de uma a três horas por dia com essa prática (Tabela 2).

Foi realizada a análise bivariada (Tabela 3) para estabelecimento das associações entre as variáveis independentes e a ocorrência de IMC acima do valor de referência.

Tabela 3. Análise bivariada das variáveis independentes com a variável IMC.

Variável		Baixo Peso	Peso normal	Sobrepeso	Obesidade	Total	p
Sexo	Feminino	1 (2,5%)	22 (55%)	7 (17,5%)	10 (25%)	40	0,061
	Masculino	3 (6,5%)	35 (76,1%)	2 (4,3%)	6 (13%)	46	
Tipo de Escola	Pública	4 (5,7%)	50 (71,4%)	6 (8,6%)	10 (14,3%)	70	0,058
	Particular	0 (0%)	7 (43,8%)	3 (18,8%)	6 (37,5%)	16	
Educação física	Não faz	0 (0%)	2 (33,3%)	3 (50%)	1 (16,7%)	06	0,012
	1 a 2 vezes/sem	4 (5%)	55 (68,8%)	6 (7,5%)	15 (18,8%)	80	
Brincadeiras infantis	Nunca ou pouco	1 (2,3%)	25 (58,1%)	7 (16,3%)	10 (23,3%)	43	0,131
	sempre	3 (7%)	32 (74,4%)	2 (4,7%)	6 (14%)	43	
Transporte escolar	Ativo	4 (7%)	39 (68,4%)	4 (7%)	10 (17,5%)	57	0,243
	motorizado	0 (0%)	18 (62,1%)	5 (17,2%)	6 (20,7%)	29	
Trajeto escolar	<15min	2 (6,5%)	19 (61,3%)	3 (9,7%)	6 (20%)	30	0,736
	≥15min	2 (7,4%)	20 (74,1%)	1 (3,7%)	4 (14,8%)	27	
Tempo dedicado a TV, PC	Até 1h	4 (12,9%)	21 (67,7%)	2 (6,5%)	4 (12,9%)	31	0,141
	1 e 3h	0 (0,00%)	26 (66,7%)	4 (10,3%)	9 (23,1%)	39	
	Mais de 3h	0 (0,00%)	10 (62,5%)	3 (18,8%)	3 (18,8%)	16	
Lanche Escolar	Merenda escolar	3 (6,4%)	34 (72,3%)	3 (6,4%)	7 (14,9%)	47	0,301
	Lanche de casa	1 (2,6%)	23 (59%)	6 (15,4%)	9 (23,1%)	39	
Tempo de Amamentação	0m	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0	0,465
	Até 6m	0 (0,00%)	7 (50%)	3 (21,4%)	4 (28,6%)	14	
	6m a 2 anos	2 (3,7%)	38 (70,4%)	4 (7,4%)	10 (18,5%)	54	
	Mais de 2 anos	1 (7,1%)	10 (71,4%)	2 (14,3%)	1 (7,1%)	14	
	Não sabe	1 (25%)	2 (50%)	0 (0,00%)	1 (25%)	04	

Observou-se que houve uma proporção maior de crianças do sexo feminino com IMC acima do valor normal, sendo encontradas 17,5% com sobrepeso e 25% com obesidade entre meninas, enquanto entre meninos esses valores foram de 4,3% para sobrepeso e 13% para obesidade (Tabela 3).

As crianças matriculadas na rede particular tiveram taxas de sobrepeso e obesidade no valor de 18,8% e 37,5%, respectivamente, sendo mais elevadas quando comparadas com crianças que estudam na rede pública (Tabela 3).

Entre as crianças que não frequentam educação física, houve prevalência de 50% de sobrepeso em comparação com a frequência de 7,5% verificada entre aquelas que fazem educação física uma ou duas vezes por semana. Porém, a mesma associação não foi observada em relação à obesidade (Tabela 3).

As variáveis sexo, tipo de escola em que a criança está matriculada, frequência das aulas de educação física, frequência de brincadeiras infantis com gasto energético, tempo gasto em atividades com baixo consumo calórico (uso de TV, computador, etc) foram consideradas significativas para entrar no modelo múltiplo de regressão logística por possuírem $p \leq 0,20$ na análise bivariada (Tabela 3).

Já as variáveis tipo de transporte usado no trajeto para a escola, tempo utilizado no percurso, tempo de amamentação e tipo de merenda escolar apresentaram resultados diferentes, porém sem significância estatística na análise bivariada ($p \geq 0,20$) capaz de permitir a sua entrada no modelo de regressão logística.

Por meio da análise de regressão logística, observou-se que as variáveis: sexo e tipo de escola em que se encontra matriculada mostraram-se estatisticamente significantes. Porém, a associação entre a frequência em escola particular e o baixo peso teve cálculo impossibilitado possivelmente em decorrência do baixo valor de N (Tabela 4).

Tabela 4. Regressão Logística Multinomial das variáveis associadas ao Índice de Massa Corpórea (IMC).

Variáveis			OR (IC)	p
Baixo peso	sexo	M	1,95 (0,19-20,06)	0,573
		F	1	
	escola	Part	-	-
		Publ	1	
sobrepeso	sexo	M	0,17 (0,03-0,91)	0,038
		F	1	
	escola	Part	4,03 (0,75-21,65)	0,104
		Publ	1	
obesidade	sexo	M	0,35 (0,11 -1,15)	0,084
		F	1	
	escola	Part	4,62 (1,22-17,47)	0,024
		Publ	1	

OR: odds ratio; IC: intervalo de confiança; Godness Pearson=3,152; $p=0,369$; pseudo $R^2=0,163$; $-2\log=27,753$

Discussão

Verificou-se que entre as crianças avaliadas 29,06% apresentaram peso acima do normal. Isso concorda com os dados da *International Obesity Task Force IASO/IOTF* (2010) que mostraram que na União Europeia mais de 20% das crianças em idade escolar estão com sobrepeso ou são obesas.⁵ Dados do IBGE também demonstram que no ano de 2009 no Brasil, uma em cada três crianças de 5 a 9 anos estava acima do peso recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o que corresponde a, aproximadamente, 33% de crianças com sobrepeso ou obesidade. No Brasil, a prevalência do excesso de peso teve um incremento entre escolares nas últimas décadas, sendo que em 1974/1975 havia 10,9% de crianças com excesso de peso, evoluindo para 15% em 1989 e 34,8% em 2008/2009.⁹

Em pesquisa realizada em Maringá (PR), as prevalências de sobrepeso e obesidade entre escolares foram 17% e 7%, respectivamente.¹⁰ Diferentemente do estudo citado anteriormente, no presente trabalho a prevalência de obesidade (18,6%) superou a de sobrepeso (10,46%). Isso concorda com outra pesquisa realizada em Santos (SP), que também mostrou prevalência de obesidade superior a de sobrepeso.¹¹ No presente estudo, a maior prevalência de obesidade pode ser um viés devido ao valor baixo de N, sendo recomendável estudos com maior número de participantes para avaliar essa relação.

Observou-se maior proporção de crianças do sexo feminino com IMC acima do valor de referência, sendo essa diferença estatisticamente significativa, conforme modelo de regressão logística. Foi de 17,5% a taxa de sobrepeso e 25% a de obesidade entre meninas, enquanto entre meninos esses valores foram de 4,3% e 13%, respectivamente. Esse resultado difere de outros estudos, como o realizado em Canoas

(RS) com crianças e adolescentes, que não observou diferença estatisticamente significativa na ocorrência de sobrepeso e obesidade entre os sexos.¹² Estudo realizado com crianças de 6 a 10 anos em Cruzeiro do Oeste (PR) também não demonstrou diferença estatisticamente significativa entre os sexos.¹³

A grande maioria das crianças pesquisadas encontra-se regularmente matriculadas em escolas públicas, totalizando 81,3% delas. As matriculadas na rede particular tiveram taxas mais elevadas de sobrepeso e obesidade quando comparadas com crianças que estudam na rede pública, apresentando diferenças estatísticas significativas. Esses dados concordam com pesquisa realizada na cidade de Santos (SP), a qual revelou que o excesso de peso é mais frequente entre alunos de escolas particulares¹¹ e com o estudo realizado entre escolares em Maringá (PR), que mostrou que a chance de um aluno de escola particular ter excesso de peso é 20% maior do que um estudante da escola pública.¹⁰

Quanto ao lanche consumido na escola, 45,3% das crianças levam lanche de casa e 54,6% comem a merenda escolar. Observou-se que as crianças que levam lanche de casa possuem taxas mais elevadas de excesso de peso, porém sem significância estatística. Estudo realizado em Juiz de Fora (MG) também não revelou diferenças estatisticamente significativas e concluiu não haver influência da qualidade da merenda escolar sobre a prevalência de obesidade.¹⁴

Um estudo transversal realizado em Maceió (AL) não demonstrou associação significativa entre o número de horas assistindo TV e a ocorrência de obesidade na infância, porém ressalta que há razões para acreditar que o comportamento de se gastar grande número de horas em frente à TV possa contribuir para o surgimento de excesso de peso na vida adulta.¹⁵ Já um estudo realizado com alunos do 6º ao 9º ano de escolas públicas da cidade de Niterói (RJ) mostrou que o tempo de tela (somatório do uso de TV, computadores e videogame) associa-se significativamente com o excesso de peso.¹⁶ A presente pesquisa mostrou que a maior parte (45,34%) das crianças utiliza TV, computador ou videogame por 1 a 3 horas/dia; 36,04% utilizam os eletrônicos por menos de 1h/dia e apenas 18,6% utilizam por mais de 3 horas/dia. As crianças que passam mais tempo utilizando esses aparelhos apresentam mais comumente peso acima do valor normal, porém os achados não tiveram significância estatística após a regressão logística.

A prática de educação física escolar é comum à realidade da grande maioria das crianças avaliadas. A análise bivariada mostrou que as crianças que não praticam educação física possuem taxas maiores de sobrepeso, embora não tenha sido observada essa relação para a obesidade. Essa discrepância em relação à obesidade pode ser devido à presença de apenas uma criança com obesidade entre as que não praticam educação física escolar e ao baixo número de crianças que não frequentam tais aulas dentro da população avaliada, somando apenas seis dentre o total de 86 escolares analisados.

Pelo ajuste do modelo de Regressão Logística Multinomial, não se observou relação estatisticamente significativa entre a prática de educação física escolar e o excesso de peso. Um estudo de metanálise realizado para avaliar o impacto de intervenções de atividade física na escola evidenciou que essas ações não melhoram a composição corporal, porém, ressalta que a atividade física deve ser promovida nas escolas, uma vez que é um componente do estilo de vida saudável. O estudo alerta que pesquisas adicionais com aprimoramento metodológico são necessárias antes que a promoção generalizada da atividade física na escola seja justificada como um componente central da solução para o excesso de peso entre crianças.¹⁷ Em nosso estudo, os resultados apresentados podem conter vieses devido ao baixo valor de N e à possibilidade de causalidade reversa, uma vez que crianças com sobrepeso ou obesidade podem praticar menos atividade física impostas pelo excesso de peso e essa limitação, por sua vez, implicar em incremento do peso corporal.

Considerando-se como atividade física regular para a infância a prática de brincadeiras infantis como andar de bicicleta, jogar bola, peteca e queimada, verificou-se que este hábito é pouco frequente entre as crianças avaliadas. Aquelas que praticam brincadeiras infantis de alto gasto energético têm taxas menores de sobrepeso e obesidade, porém essa associação não foi estatisticamente significativa. Ressalta-se que na presente pesquisa a percepção da atividade física pelos responsáveis foi avaliada de maneira subjetiva apenas, podendo ser considerado um viés da pesquisa. Estudo realizado com crianças de 7 a 10 anos em Corumbá (MS) mostrou que as crianças mais ativas têm menor percentual de gordura e menor IMC.¹⁸

Outro aspecto relacionado à atividade física é a forma de transporte para a escola. Foi observado que crianças que se deslocam ativamente têm menos sobrepeso ou obesidade, porém a diferença não foi significativa. Isso difere de um estudo realizado com 1570 escolares de 7 a 12 anos, o qual mostrou que o deslocamento ativo associa-se à menor prevalência de excesso de peso.¹⁹ Dados de outro estudo mostrou não haver influência do deslocamento ativo para escola por si só, sendo importante a distância do trajeto na determinação do IMC.²⁰

Foi demonstrado que a maior parte das crianças avaliadas (62,7%) foi amamentada ao seio durante 6 meses a 2 anos, 16,2% mamaram menos de 6 meses e 16,2% mais de 2 anos. Houve maior prevalência de sobrepeso e obesidade entre crianças que mamaram menos de 6 meses, porém a associação não foi estatisticamente significativa. Um estudo com 566 crianças de São Paulo (SP) mostrou que o aleitamento materno exclusivo por seis meses ou mais pode atuar como fator de proteção contra sobrepeso e obesidade.²¹ Outra pesquisa realizada entre crianças e adolescentes australianos também evidenciou que a amamentação por seis meses ou mais atua como fator protetor contra o excesso de peso na infância e adolescência.²² É importante salientar que em relação à amamentação deve ser considerado o viés de memória, uma vez que as mães/responsáveis foram entrevistados quando a criança apresentava 7 a 10 anos de idade, estando a lembrança sobre a duração da amamentação possivelmente prejudicada.

Conclusão

Constatou-se que há alta prevalência de crianças com IMC acima da curva de referência da OMS, sendo 10,46% de sobrepeso e 18,6% de obesidade. Foram considerados fatores de risco para sobrepeso e obesidade entre a população estudada ser do sexo feminino e estudar em escola particular. Não houve associação estatisticamente significativa entre IMC e o tipo de lanche escolar, tempo de aleitamento materno, o tipo de transporte escolar e tempo gasto no percurso, frequência em educação física escolar, tempo dedicado a brincadeiras infantis de alto gasto energético e tempo usando aparelhos como TV, videogame e computador. São reconhecidas as limitações desta pesquisa em virtude de sua amostra restrita, com baixo valor de N. Desta maneira, o trabalho apresenta correlações importantes, porém falta-lhe poder estatístico. Sugere-se que novos estudos sejam conduzidos para avaliar a associação existente entre as variáveis estudadas e o excesso de peso em crianças.

Referências

1. Guedes DP, Rocha GD, Silva AJ, Carvalhal IM, Coelho EM. Effects of social and environmental determinants on overweight and obesity among Brazilian schoolchildren from a developing region. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;30(4):295-302.
2. Moreira MA, Cabral PC, Ferreira HS, Lira PI. Overweight and associated factors in children from northeastern Brazil. *J Pediatr (Rio J)*. 2012;88(4):347-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.2203>

3. Coelho LG, Cândido AP, Machado-Coelho GL, Freitas SN. Association between nutritional status, food habits and physical activity level in schoolchildren. *J Pediatr (Rio J)*. 2012;88(5):406-12.
4. World Health Organization - WHO. Obesity and Overweight. [Internet]. World Health Organization; [acesso 23 Jul 2012]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en>
5. International Association for the study of obesity - IASO. The Global Epidemic [Internet]. London: International Obesity Task Force - IOTF; [acesso 23 Jul 2012]. Disponível em: <http://www.iaso.org/iotf/obesity/obesitytheglobalepidemic>
6. Brasil. Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil 2013. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
7. Melo ME. Diagnóstico da Obesidade Infantil [Internet]. São Paulo: Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica - ABESO; [acesso 3 Ago 2012]. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pdf/Artigo%20-%20Obesidade%20Infantil%20Diagnostico%20fev%202011.pdf>
8. Silva MP, Jorge Z, Domingues A, Nobre EL, Chambel P, Castro JJ. Obesidade e Qualidade de Vida. *Acta Med Port*. 2006;19(3):247-50.
9. Portal Brasil. POF 2008-2009: desnutrição cai e peso das crianças brasileiras ultrapassa padrão internacional [acesso 18 Ago 2012]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1699&id_pagina=1
10. Rosaneli CF, Auler FI, Manfrinato CB, Rosaneli CF, Sganzerla C, Bonatto MG, et al. Avaliação da prevalência e de determinantes nutricionais e sociais do excesso de peso em uma população de escolares: análise transversal em 5.037 crianças. *Rev Assoc Med Bras*. 2012;58(4):472-6.
11. Costa RF, Cintra IP, Fisberg M. Prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares da cidade de Santos, SP. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2006;50(1):60-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302006000100009>
12. Romagna ES, Silva MCA, Ballardín PAZ. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de uma unidade básica de saúde em Canoas, Rio Grande do Sul, e comparação do diagnóstico nutricional entre os gráficos do CDC 2000 e da OMS 2006. *Sci Med*. 2010;20(3):228-31.
13. Azambuja APO, Netto-Oliveira ER, Oliveira AAB, Azambuja MA, Rinald W. Prevalência de sobrepeso/obesidade e nível econômico de escolares. *Rev Paul Pediatr*. 2013;31(2):166-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822013000200006>
14. Carvalho MF, Carvalho RF, Cruz FLG, Rodrigues PA, Leite FPP, Chaves MGAM. Correlação entre a merenda escolar, obesidade e cariogenicidade em escolares. *Rev Odontol Univ Metodista de São Paulo*. 2009;17(34):56-63.
15. Rivera IR, Silva MAM, Silva RDTA, Oliveira BAV, Carvalho ACC. Atividade física, horas de assistência à tv e composição corporal em crianças e adolescentes. *Arq Bras Cardiol*. 2010;95(2):159-65. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010005000065>
16. Vasconcellos MB, Anjos LA, Vasconcellos MTL. Estado nutricional e tempo de tela de escolares da Rede Pública de Ensino Fundamental de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(4):713-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000800009>
17. Harris KC, Kuramoto LK, Schulzer M, Retallack JE. Effect of school-based physical activity interventions on body mass index in children: a meta-analysis. *CMAJ*. 2009;180(7):719-26. PMID: 19332753 DOI: <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.080966>
18. Baruki SBS, Rosado LEFPL, Rosado GP, Ribeiro RCL. Associação entre estado nutricional e atividade física em escolares da Rede Municipal de Ensino em Corumbá-MS. *Rev Bras Med Esporte*. 2006;12(2):90-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-86922006000200007>
19. Silva KS, Lopes AS. Excesso de peso, pressão arterial e atividade física no deslocamento à escola. *Arq Bras Cardiol*. 2008;91(2):93-101.
20. Landsberg B, Plachta-Danielzik S, Much D, Johannsen M, Lange D, Müller MJ. Associations between active commuting to school, fat mass and lifestyle factors in adolescents: the Kiel Obesity Prevention Study (KOPS). *Eur J Clin Nutr*. 2008;62(6):739-47. DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/sj.ejcn.1602781>
21. Simon VGN, Souza JMP, Souza SB. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(1):60-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000100008>
22. Scott JA, Ng SY, Cobiac L. The relationship between breastfeeding and weight status in a national sample of Australian children and adolescents. *BMC Public Health*. 2012;12:107. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-12-107>

A expansão da Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro, 2009-2012: estudo de caso numa área da cidade

Expansion of the Family Health Strategy in Rio de Janeiro, 2009-2012: a case study in one area of the city

La expansión de la Estrategia Salud de la Familia en Rio de Janeiro, 2009-2012: un estudio de caso en una zona de la ciudad

Reniani Lami Jesus. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. renianilami@hotmail.com
Elyne Engstrom. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. engstrom@ensp.fiocruz.br
Ana Laura Brandão. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. alaurabrandao@gmail.com
(Autora correspondente)

Resumo

Objetivo: descrever os aspectos da expansão da Estratégia Saúde da Família à luz dos relatórios gerenciais e documentos oficiais de uma área da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro no período 2009-2012, identificando fortalezas e fragilidades. **Métodos:** as análises foram sistematizadas considerando as dimensões das mudanças ocorridas na estrutura e processos e resultados em curto prazo; sistematizadas na matriz SWOT. **Resultados:** identificou-se investimentos em processos formativos para diversas categorias profissionais, implantação da Carteira de Serviços, Protocolo de Enfermagem, Prontuário Eletrônico e Academia Carioca, ampliação do acesso aos serviços e participação mais ativa das lideranças locais. **Conclusão:** ainda há fragilidades, como a articulação das Redes de Atenção à Saúde, porém todo esse processo é contínuo, em sintonia com a Política Nacional de Atenção Básica, na perspectiva da integralidade, coordenação do cuidado e superação de paradigmas no campo da saúde, possibilitando uma mudança na concepção do processo saúde-doença. Foi possível observar mudanças incrementais e algumas inovações importantes, tais como a ampliação da cobertura e do escopo das ações no âmbito da atenção primária à saúde.

Palavras-chave:

Estratégia Saúde da Família
Atenção Primária à Saúde
Serviços de Saúde

Abstract

Objective: to identify the strengths and weaknesses of the expansion of the Family Health Strategy based on management reports and official documents from one area of the Municipal Health Secretary of Rio de Janeiro from 2009-2012. **Methods:** the analyses were systematized in a Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats (SWOT) matrix according to the structural and procedural changes and short-term results. **Results:** the identified strengths included investments in training processes for various professional groups and implementation of the Service Portfolio, Nursing Protocol, Electronic Medical Records, and Carioca Academy, as well as increased access to services and increased participation by local leaders. **Conclusion:** while weaknesses remain, such as the coordination of Primary Health Networks, the process is continuous, and in line with the national policy on primary care as well as the goals of comprehension, coordination of care, and overcoming paradigms in health, thus enabling a change in the conception of the process of health and disease. Incremental changes and important innovations were observed, such as the expansion of both coverage and the scope of actions within the framework of primary health care.

Keywords:

Family Health Strategy
Primary Health Care
Health Services

Como citar: Jesus RL, Engstrom E, Brandão AL. A expansão da Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro, 2009-2012: estudo de caso numa área da cidade. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(37)1-11. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(37\)975](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(37)975)

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: 15/07/2014.
Aprovado em: 18/11/2015.

Resumen

Objetivo: describir los aspectos de la expansión de la Estrategia Salud de la Familia a la luz de los informes de gestión y los documentos oficiales de un área de la Secretaría Municipal de Salud de Río de Janeiro, entre 2009-2012, las fortalezas y debilidades. **Métodos:** los análisis fueron sistematizados considerando las dimensiones de los cambios en la estructura y los procesos y resultados a corto plazo; revisión sistemática de la matriz SWOT. **Resultados:** se identificaron las inversiones en los procesos de capacitación para diversos grupos profesionales, servicios de Implementación de la Cartera, Protocolo de Enfermería, los Registros Electrónicos y Gimnasio Carioca, un mayor acceso a los servicios y la participación más activa de los líderes locales. **Conclusión:** aún existen debilidades, como la articulación de las redes para la Atención a la Salud, pero el proceso está en curso, de acuerdo a la Política Nacional de Atención Primaria en la perspectiva de la integración, la coordinación de la atención y la superación de paradigmas en el campo de la salud, lo que permite un cambio en el diseño del proceso de salud-enfermedad. Se observó los cambios incrementales y algunas innovaciones importantes, como la ampliación de la cobertura y el alcance de las acciones dentro de la atención primaria a la salud.

Palabras clave:

Estrategia de Salud Familiar
Atención Primaria de Salud
Servicios de Salud

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada como porta de entrada do Sistema de Atenção à Saúde, que integra e coordena o cuidado atuando na resolução da maioria das necessidades de saúde da população.¹

AAPS é o primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a satisfazer suas necessidades de saúde, e que só refere os casos muito incomuns que exigem atuação mais especializada.

Segundo Starfield, os atributos característicos da APS podem ser essenciais e derivados. Os atributos essenciais são: o acesso, a continuidade, a integralidade e a coordenação da atenção. Os atributos derivados são: a atenção centrada na família, a orientação comunitária e a competência cultural. Esses atributos combinados são característicos de sistemas de saúde orientados para a APS.²

Nessa concepção, a APS é compreendida como uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os demais níveis do sistema de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de recursos básicos e especializados, direcionados para a promoção, prevenção, cura e reabilitação, para maximizar a saúde e o bem-estar.²

No Brasil, durante as últimas décadas, grandes mudanças foram realizadas na organização do sistema de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) vem ampliando as responsabilidades municipais na garantia de acesso aos serviços de saúde com base na descentralização (regionalização) e reorganização funcional para reorganização do modelo de saúde. A atenção básica obteve um relativo destaque, com a introdução de programas inovadores e estratégicos com objetivos de realizar mudanças no modelo assistencial oferecido pelo SUS.³

Em 1991, iniciou-se a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com a proposta de reorientação do modelo assistencial da atenção primária. A experiência inicial de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como uma estratégia de saúde pública estruturada deu-se em 1987, no Ceará, contribuindo para a queda da mortalidade infantil, com ações de saúde da mulher e da criança.

Em 1994, o Ministério da Saúde adota o Programa Saúde da Família (PSF), modificado para Estratégia Saúde da Família (ESF) em 1998 como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, com o objetivo principal de viabilizar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade.

A ênfase na implantação da ESF justifica-se pela necessidade de substituição do modelo assistencial historicamente biomédico por um novo modelo considerando a integralidade da atenção, promoção da saúde, reabilitação, sendo ordenadora do cuidado.

Assim, o indivíduo deixaria de ser visto de forma fragmentada, isolado do seu contexto familiar e social e de seus valores, tornando possível o desenvolvimento de “ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas”.⁴

A concepção da atenção passa a ser gerenciada por práticas sanitárias, democráticas e participativas, no trabalho em equipe com territórios definidos, pelos quais assumem responsabilidade e a criação do novo modo de atuação, favorecendo a adoção de um enfoque associado ao monitoramento e avaliação dos serviços de saúde da área, buscando, assim, alcançar os princípios norteadores da APS.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a APS é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Assim, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde deve ser o contato preferencial dos usuários.⁴

Estudos apontam a dificuldade de implantação, nos grandes centros urbanos, do modelo centrado na ESF.⁵

Dificuldade apresentada na cidade do Rio de Janeiro, que, no ano de 2009, possuía cobertura de apenas 4% de Estratégia de Saúde da Família, adotando o modelo tradicional de atenção básica em suas unidades de saúde.

Esse cenário modifica-se a partir de 2009, quando o governo municipal propõe um novo modelo de gestão em saúde, com a parceria com Organizações Sociais para gestão da Atenção Básica com o lançamento do Programa Saúde Presente que, entre outras diretrizes, elegeu a ESF como modelo a ser adotado para a expansão e reforma da APS na cidade.⁶

Percebe-se, nesse movimento, uma indução em curto prazo para que a APS possa ser protagonista do modelo de cuidado, promovendo do acesso e melhorando a qualidade dos serviços. Após quatro anos de implementação, cabe uma avaliação desse processo de transformação de modelo de atenção básica, considerando a complexidade de um grande centro urbano, como o caso do Rio de Janeiro. Adota-se como hipótese que o Programa Saúde Presente apoiado pela Secretaria Municipal de Saúde do município tenha provocado mudanças na reorientação do modelo de atenção à Saúde, há se estudar os desafios e as potencialidades dessa trajetória.

O objetivo deste artigo é descrever a expansão da ESF numa regional de saúde, denominada de Área Programática (AP), situada na Zona Oeste do Município, do Rio de Janeiro em relação às modificações nas condições de estrutura e processos (de gestão, de organização do trabalho, de logística) e alguns resultados intermediários selecionados.

Método

Trata-se de um estudo descritivo que busca apresentar de forma organizada informações sobre a expansão da ESF por meio de um estudo de caso, com análise transversal referente aos anos de 2009 a 2012. Para tal, realizou-se análise documental, em que foram sistematizadas e analisadas informações secundárias da gestão municipal de saúde da área e documentos públicos que expressam um cenário histórico, uma visão política e operacional dos gestores municipais que atuaram na AP no período estudado.

Utilizou-se como base o Relatório de Gestão, que é um instrumento de planejamento e gestão, que demonstra os resultados alcançados e que são apurados com base no conjunto de ações e metas que foram definidos na Programação Anual de Saúde. Cabe destacar que, ao final do período de vigência do Plano de Saúde, é necessário que seja feita a sua avaliação, retratando os resultados efetivamente alcançados, de modo a subsidiar a elaboração do novo Plano, com as correções de rumos que se fizerem necessárias e a inserção de novos desafios ou inovações.⁷

Os Relatórios Anuais de Gestão configuram-se insumos privilegiados que, além de contemplar aspectos qualitativos e quantitativos, envolvem também uma análise acerca do processo geral de desenvolvimento do Plano, registrando os avanços obtidos, os obstáculos que dificultaram o trabalho, bem como as iniciativas ou medidas que devem ser desencadeadas.⁷

No caso estudado o Relatório é elaborado semestralmente pelas áreas programáticas e apresentado à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Conselho Distrital e gestores das unidades, e contém elementos relativos às ações assistenciais, resultados e dificuldades observadas.

APS de qualidade tem sido considerada um importante requisito para a atenção de qualidade nos países, ganhando força por meio de evidências. Os sistemas nacionais de saúde que priorizam as ações primárias em seu elenco de atividades, tendo a APS como eixo norteador das práticas do cuidado, alcançam melhores resultados em saúde e, conseqüentemente, maior satisfação dos usuários.²

Uma série de atributos se combinam para influenciar a qualidade do atendimento que é prestado. Avaliações de desempenho de prestação de cuidados em APS podem incluir detalhes de estrutura e medidas de processo, bem como os de resultados.⁸

A avaliação do processo compara os procedimentos empregados com os estabelecimentos como normas pelos próprios profissionais de saúde. A avaliação dos resultados descreve o estado de saúde do indivíduo ou da população como resultado da interação ou não com os serviços de saúde. Como os resultados de políticas e ações de saúde devem-se a muitos fatores, a avaliação de etapas, das proximais às distais, permite aproximações de avaliação do cuidado total.⁹

Considerando-se a natureza multifacetada do estado de saúde, muitas metodologias utilizam medidas de resultado seguras e válidas. Entre estas, incluem-se medidas de capacidade física e estado funcional, inventários de saúde mental, medida do impacto das doenças sobre o comportamento dos indivíduos, de percepção pessoal da saúde geral, dentre outras.⁹

Considerando os referenciais teóricos sobre pilares da qualidade dos serviços de saúde propostos foram descritas variáveis e indicadores de Estrutura (ampliação das unidades, cadastramento, Recursos Humanos e Informatização), Processo (qualificação das práticas) e Resultados (indicadores referentes a pré-natal, vacinação, exames colpocitológico, dengue, mortalidade materna e infantil), escolhidos por se tratarem de eventos prioritários e relevantes e por estarem nas prioridades da Política Nacional de Atenção Básica.⁹

A avaliação segundo critérios que envolvem estrutura, processo e resultado permite, ao final, um juízo de valor sobre o nível de qualidade alcançado, identificação dos problemas, trazendo, assim, a necessidade de buscar estratégias para a correção dos aspectos não satisfatórios.¹⁰

Os indicadores foram escolhidos por serem considerados nas análises relevantes para a APS, norteadas pela PNAB, a saber: acesso; qualidade e integralidade da atenção; vigilância e informação; promoção da saúde gestão da saúde e formação profissional.⁴

As conclusões foram sistematizadas na Matriz SWOT, por se tratar de uma ferramenta detalhada, de forma a identificar a relação entre os pontos fortes e fracos e atuar para melhoria do processo de trabalho e a gestão dos serviços de saúde. O principal objetivo da matriz SWOT é permitir um olhar em relação às forças que compõem a organização. Isto possibilita que você possa desenvolver e firmar a estratégia. Essa matriz é uma ferramenta de análise de cenário, segundo quatro variáveis: *Strengths* (Forças) e *Weaknesses* (Fraquezas), que possibilitam uma análise do ambiente interno à instituição, e *Oportunities* (Oportunidades) e *Threats* (Ameaças), que possibilitam uma análise do ambiente externo.¹¹

Resultados

Sobre a estrutura da APS na área programática

Ampliações dos serviços de saúde

A AP localiza-se na região oeste da cidade do Rio de Janeiro, com área de 163.730km² (13,15% da área do município), é composta por três bairros e possui baixos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH), tendo cerca de 360 mil habitantes.

A expansão de 2008-2012 se retrata pela ampliação do número de unidades, cobertura populacional, número de pessoas cadastradas, número de equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal e tipos de unidades predominantes.

De 2008 a 2012 houve uma expansão em construção de unidades de saúde. Em 2008, havia 14 Unidades Municipais de Saúde e em 2012 a área possuía 26 unidades, tendo 85% de expansão das unidades.

Em relação ao cadastramento de pessoas da área, em 2009 81.685 cidadãos estavam cadastrados e em 2012 esse numero alcança 332.796 cidadãos com acesso à ESF, ou seja, houve uma cobertura que se iniciou com 58% e em 2012 atingiu 97,2%.

Em relação à implantação das equipes as Equipes de saúde da família, houve um aumento de 183%, e nas Equipes de Saúde Bucal (ESB) o aumento foi de 205% (Gráfico 1).

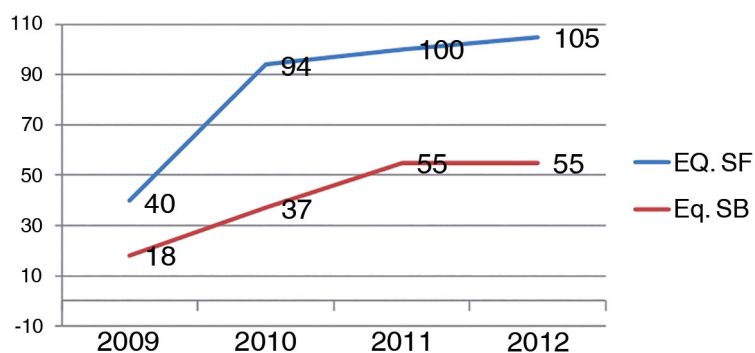


Gráfico 1. Evolução da população coberta por Equipes de Saúde da Família em uma área programática do município do Rio de Janeiro, de 2009 a 2012. Fonte: SMS/SUBPAV e AP 5.3 - 2012 ref. Dezembro.

Em relação ao modelo das unidades, foram realizadas denominações: Tipo A, B e C. As unidades tipo A são aquelas que só funcionam a ESF, tipo B equipes de ESF e atendimentos com especialistas e tipo C são unidades que funcionam exclusivamente com especialidades.

Em 2012, houve um aumento nas unidades tipo A (76% para 84%), em relação às do tipo B (12% para 26%) e C (permaneceu 4%) quando comparado a 2011, evidenciando aumento de unidades que adotavam a ESF como principal porta de entrada.

Em relação às Academias Cariocas, em 2011 iniciaram-se as inaugurações e em 2012 todas as unidades foram contempladas com as Academias Cariocas.

Constatou-se, positivamente, que todas as equipes de saúde da família passaram a contar com um Agente de Vigilância em Saúde por equipe, atuando nos territórios em parceria com os demais membros das equipes.

Recursos humanos

Em relação aos recursos humanos, houve uma expansão de profissionais por meio da contratação pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) por Organização Social, permitindo dinamismo ao processo de contratação e, sobretudo, agilidade na admissão de profissionais.

Tal fato se reflete diretamente no acesso da população aos serviços, principalmente de procedimentos clínicos. Entretanto, verificou-se que se manteve a dificuldade de lotação de profissionais médicos na carga horária de 40h/semanais. (Tabela 1)

Tabela 1. Distribuição de profissionais de saúde segundo categoria profissional e regime de contratação de uma área programática do município do Rio de Janeiro, nos anos de 2009 a 2012.

Categorias	2009		2010		2011		2012		
	Estatutários	CLT	Estatutários	CLT	Estatutários	CLT	Estatutários	CLT	
Profissionais na Gestão CAP	Médicos	6	0	7	0	5	0	9	0
	Superior não médicos	30	0	32	0	15	0	15	1
	Técnicos de nível médio	26	0	26	0	25	0	25	4
Subtotal CAP	62	0	65	0	45	0	49	5	
Profissionais das unidades	Médicos	49	32	56	131	48	250	42	161
	Superior não médicos	190	234	177	827	155	508	155	280
	Técnicos de nível médio	481	41	449	277	484	588	484	392
Subtotal Unidades	720	307	682	1235	687	1346	681	833	
TOTAL	782	307	747	1235	732	1346	730	838	

Fontes: Dados sobre os Estatutários, ERGON; e Dados sobre contratos por OSS, SCNES.

Por conta da diversidade de vínculos, há uma diferenciação salarial (Estatutários, Médicos Especialistas e CLT), o que dificulta o processo de contratação de algumas categorias e, diante desse impasse, surgem conflitos em relação aos processos de trabalho.

Implantação de tecnologias de informação

A implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) na área ocorreu a partir de 2011 e foi uma inovação no que se refere ao monitoramento dos indicadores e registros de informações em saúde

obrigatórios pelo contrato de gestão. O mesmo possibilita desde o cadastramento de pacientes e famílias até o registro de consultas médicas, serviços de enfermagem, odontológicos e intervenções, num único prontuário eletrônico por paciente, atingindo, em 2012, 100% de informatização.

Durante o período de implantação do PEP, foram detectadas inconsistências nos dados. Em função disso, a AP organizou um comitê para elaborar coletivamente caminhos para propostas e soluções com a finalidade de melhoria da gestão da informação.

Sobre os processos da APS

Para descrição do processo, utilizou-se a qualificação das práticas em 2011, destaca-se a implantação da Carteira de Serviços e do Protocolo de Enfermagem para nortear o processo de trabalho, bem como aumento das capacitações e ações em saúde para os profissionais e usuários em temas específicos.

A adoção de protocolos e guias auxilia o desenvolvimento de melhores práticas e são estratégias fundamentais tanto no processo de planejamento, implementação e avaliação das ações quanto na padronização dos processos de trabalho. Dessa forma, podem ser considerados elementos importantes para o enfrentamento de problemas na assistência, na gestão dos serviços de saúde e na obtenção da qualidade dos serviços.

A qualificação das práticas ganha cada vez mais importância visando despertar nos profissionais a vontade de mudar, sendo que aí a EPS é crucial, pois transforma o comprometimento individual no coletivo, abre espaços para o grupo se manifestar e juntos construir um cotidiano de trabalho melhor.

A Academia Carioca é um espaço mobilizador de Promoção da Saúde por meio de ação comunitária e multissetorial, centrada na inserção da prática de atividade física regular nas Unidades Básicas de Saúde. Por garantir o acesso da população a práticas que visem promover o bem-estar físico, mental e social, a Academia Carioca tem se constituído como um significativo dispositivo de construção de uma sociedade mais ativa e com estilo de vida mais saudável.¹²

Na área estudada, com o aumento da implantação da Academia Carioca em todas as unidades de saúde, observou-se o acompanhamento dos indivíduos com hipertensão arterial e diabetes, fazendo mensuração sistemática dos níveis glicêmicos e pressóricos, realizando atividades físicas e educação em saúde com temas como alimentação saudável. Consequentemente, além da diminuição dos efeitos fisiológicos e metabólicos nos indivíduos com diagnóstico de doenças crônicas não transmissíveis, ocorreram melhoras significativas para o controle dos níveis séricos e glicêmicos.¹³

Em relação à Saúde Bucal, houve ampliação do acesso ao tratamento odontológico no qual o indivíduo ingressa no programa, a partir de avaliação/exame clínico odontológico com a finalidade de diagnóstico e elaboração de um Plano Preventivo Terapêutico (PPT), e essa melhoria do acesso foi devido ao aumento do número de equipes de Saúde bucal na área.

As certificações realizadas pelo Ministério da Saúde (MS), em parceria com a SMS, foram outro fator importante para o fortalecimento da gestão e dos processos de trabalho. Pode-se ressaltar a adesão ao Programa de Melhoria da Qualidade (PMAQ).

Sobre alguns resultados de curto prazo

Para análise dos resultados, foram elencados o Pré-natal, Vacinação, Exames colpocitológico, Dengue (Quadro 1) e Mortalidade Infantil e Materna (Quadro 2) por fazerem parte da Política Nacional de Atenção Básica.

Quadro 1. Avaliação de indicadores Pré-natal, Vacinação Tetravalente, Exames citopatológicos e denúncias relacionadas à dengue entre 2009 e 2012 na área 5.3 no Município do Rio de Janeiro.

Atividade	Indicadores	2009	2010	2011	2012
Consultas de pré-natal*	Média de consultas de pré-natal, por gestantes, da unidade X, por ano	2,5	2,55	4,24	5,8
	Número de consultas de pré-natal na rede de atenção primária	12655	13990	22397	34523
Vacinação de tetravalente**	Proporção de crianças menores de 1 ano vacinadas para tetravalente	95	89	90	97
Exames colpocitológicos***	Razão de exames colpocitológicos na faixa etária de 25 a 64 anos, em relação à população-alvo na área de abrangência da unidade	0,11	0,1	0,17	0,23
% de denúncias relacionadas a dengue atendidas pelo 1746 em até 5 dias. (****)	Forma de cálculo: (nº denúncias atendidas em até 5 dias/nº denúncias realizadas) * 100. Meta: ?70%	0	0	65,10%	80%

Fontes: (*) SIA/SINASC; (**) SI-API; (***) SISCOLO; (****) S/SUBPAV/SVS/CVAS. Dados AP - População (IBGE, 2010), nº mulheres de 25 a 64 anos (IBGE 2010) e nº nascidos vivos (SINASC).

Quadro 2. Análise de indicadores de mortalidade infantil e materna.

Indicador	2009		2010		2011		2012	
	MRJ	AP	MRJ	AP	MRJ	AP	MRJ	AP
Mortalidade infantil (*)	13,63	18,43	13,05	14,38	13,22	17,18	13,5	14,26
Mortalidade materna (*)	72,29	67	75,73	155,9	58,62	168,07	45,7	67,15

Fontes: (*) GTDV/CAS/SVS/SUBPAV/SMSDC-RJ.

A oferta das consultas de pré-natal apresentou variação positiva em 2011 de 69,6%, no comparativo com 2009. A variação se atribuiu à expansão da ESF, que ampliou o acesso aos serviços e influenciou a média de consultas de pré-natal, que progride a cada ano, alcançando a média de 5,80 consultas em 2012. A média preconizada pelo MS é de seis consultas durante o acompanhamento de pré-natal.

A vacinação de tetravalente alcançou uma cobertura de 97% em 2012, superior ao estabelecido pela SMS. Diversas iniciativas contribuíram para a melhoria deste desempenho, como campanhas de intensificação, eventos de promoção à saúde e vigilância nas salas de imunização.

Na coleta de exames colpocitológicos, registrou-se, ainda, variação positiva em 2012 relacionando a 2009, variando de 0,11 a 0,23 na faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde (25 a 64 anos).

Em relação a denúncias sobre a dengue, após a inserção da ouvidoria 1746 e várias atividades nos territórios, os usuários passaram a se conscientizar e ampliar as denúncias de suspeita de focos de dengue.

Em relação à mortalidade materna e infantil, houve declínio em 2012 em relação a 2009, devido ao desenvolvimento de atividades de educação permanente com profissionais e usuárias, temas como assistência pré-natal, incentivo ao aleitamento materno e visita à maternidade por meio do Programa Cegonha Carioca, porém a perda de um hospital da rede (referência para partos locais), no final de 2010, foi relevante para a elevação da mortalidade materna e infantil em 2011 (Quadro 2).

Os achados foram sistematizados na Matriz SWOT, na qual é apresentada uma relevância positiva da aproximação da gestão com o Conselho Distrital e lideranças locais, reordenamento do NASF, inserção de novas tecnologias, qualificação das práticas e monitoramento de desempenho (Figura 1).

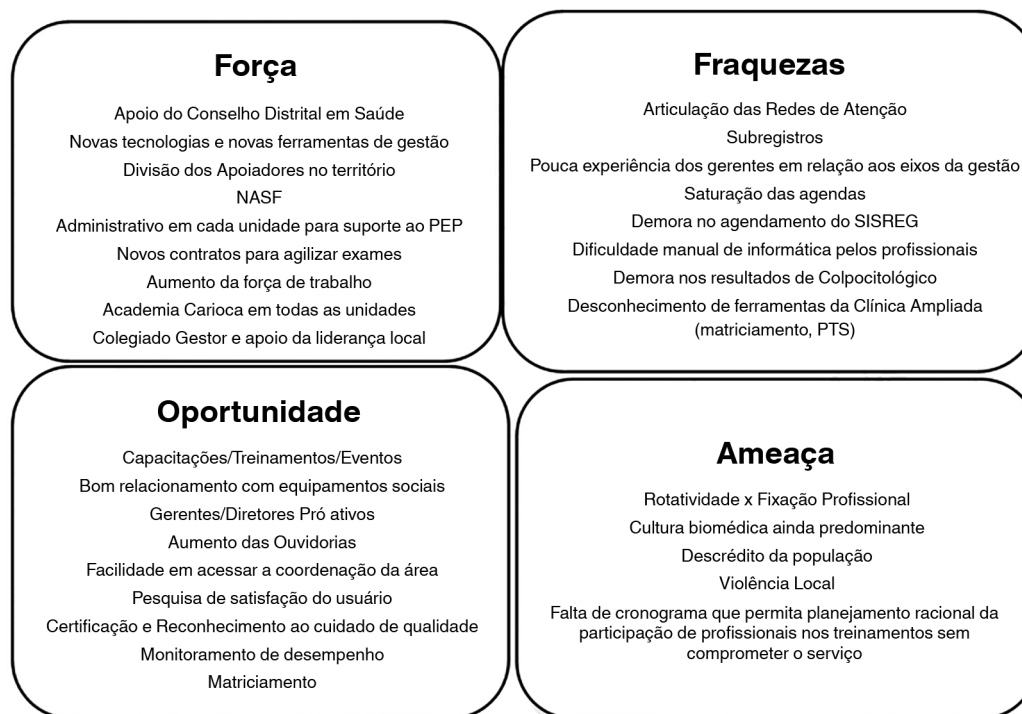


Figura 1. Fragilidades e fortalezas: Matriz SWOT/Comparação com dimensões da PNAB.

Quanto às fragilidades, há rotatividade profissional, fazendo com que a qualificação seja permanente e, com a saída do profissional da unidade, ocorrem problemas, comprometendo o serviço. Ainda há muitos encaminhamentos para especialidades e, por se tratar de um local de difícil acesso, os usuários têm dificuldade de locomoção e de recurso financeiro, causando absenteísmo às consultas agendadas em outro território.

Conclusão

A pretensão do programa Saúde Presente é, sobretudo, ampliar o acesso na área programática. Quanto a isso, os resultados foram positivos, pois em 2012 atingiu-se 97% da população com acesso à ESF, o que representa um grande marco para a história da área. Essa expansão contribui assim para a mudança do modelo de atenção básica tradicional para o centrado na saúde da família.

A eficácia e a efetividade da atenção básica estão diretamente associadas à capacidade político-institucional das equipes de saúde de organizar o sistema em rede. Da mesma forma, são influenciadas pela dinâmica de interação/comunicação que se estabelece em cada unidade e em cada uma das equipes de atenção básica, o que corresponde à construção de determinadas dinâmicas de intercâmbio, reposicionamentos no trabalho e capacidade inventiva dos trabalhadores face às expectativas e exigências ético-político e clínicas da sua ação no território.¹⁴

Além disso, um eixo que deveria ser mais articulado seria trabalhar com as prioridades locais dos territórios. O trabalho deve ser articulado pelas necessidades de saúde da população, que se expressam, em boa parte, em situações demográficas e epidemiológicas singulares.¹

Ao longo do processo de expansão e implantação de equipes, pode-se destacar a valorização e fixação dos profissionais, principalmente médicos. Alguns elementos foram potencializadores, desde os que tangem às questões salariais, inovação tecnológica e na gestão, com a oportunidade ímpar de ter na área médicos especialistas em saúde da família e comunidade, como também a presença de residentes. Esse escopo contribui de forma singular para a qualidade da atenção à saúde.

Além disso, a inserção dos Prontuários Eletrônicos representou mudança significativa para os profissionais e para o processo de trabalho. A informatização foi um avanço no tocante à tecnologia, porém ainda há problemas nos registros e na produção dos dados, causando viés entre dados apresentados e a realidade, sendo que os mesmos já estão sendo aprimorados.

Em relação aos processos e às qualificações das práticas, percebe-se que houve a intensificação em atividades de formação dos profissionais, promovendo uma reavaliação e melhoria nos processos de trabalho.

Em relação aos resultados, houve ampliação do acesso aos serviços e ação na APS por meio da expansão realizada na área, detectando-se, também, melhoria dos indicadores assistenciais.

Um facilitador foi a ativação das organizações sociais no que se refere à contratação de recursos humanos, organização da logística, aquisição de bens móveis e insumos, além de uma cultura de trabalho por desempenho valorizando o novo modelo de gestão, sendo um momento singular não só na área, mas na metrópole do Rio de Janeiro.

Iniciativas para divulgar e promover a ESF ainda são necessárias para fomentar a comunicação e cooperação entre profissionais da rede de serviços de saúde e construir uma sólida base de apoio ao sistema público de saúde.

Neste estudo, observou-se que a APS é de extrema relevância na organização do sistema de saúde, neste caso pautado na ESF, que ganhou importância na agenda da política de saúde.

Entretanto, para que seja possível conhecer e analisar a ESF, é essencial a apresentação dos seus objetivos à população, bem como o trabalho contínuo na educação popular.

Novos elementos precisam ser sistematizados, principalmente em decorrência de mudanças no modelo com a incorporação de ferramentas e práticas da gestão, como planejamento, avaliação e monitoramento.

Os resultados identificados seguem as diretrizes da PNAB e fazem a diferença para os usuários e profissionais de saúde.

Uma APS de qualidade existirá apenas se cumprir as suas três funções essenciais: a resolubilidade, a comunicação e a responsabilização. A função de resolubilidade, inerente ao nível de atenção primária, significa que a APS deve ser resolutiva, capacitada, portanto, cognitiva e tecnologicamente, para atender mais de 85% dos problemas de sua população.¹

Referências

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2a ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
2. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726p [Acesso: 20 Mar 2011]. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609
3. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res.* 2003;38(3):831-65. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/1475-6773.00149>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
5. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saúde Públ.* 2010;26(2):286-98. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200008>
6. Rio de Janeiro. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Plano Diretor da Cidade de Saúde. Rio de Janeiro, SMSDC-Rio, 2009 [Acesso: 05 Ago 2013]. Disponível em: http://www.camara.rj.gov.br/planodiretor/pd2009/audiencias_pd/Apresentacao_PD_Saude_SMSDC22-09-09.pdf
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: instrumentos básico/Ministério da Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
8. Donabedian A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. México: Prensa Médica Mexicana; 1984.
9. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q.* 1966;44(3):Suppl:166-206. PMID: 5338568 DOI: <http://dx.doi.org/10.2307/3348969>
10. Campos CEA. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção primária à Saúde. *Rev Bras Saude Mater.* 2005;5(Supl 1):S63-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1519-38292005000500007>
11. 100 Grandes Conceitos de Gestão. In: Rodrigues JN, Cardoso JF, Nubes C, Eiras R. 50 gurus para o século XXI. 1a ed. Lisboa: Centro Atlântico; 2005.
12. Dia Nacional do Idoso é comemorado com baile do programa Academia Carioca. Rio de Janeiro. Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro [Acesso: 28 Jul 2015]. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/guest/exibeconteudo?id=4991114>
13. Paz EPA, Guimarães RM, Muzi CD, Tavares MAS, Bahia CA, Ayres ARG. Análise da tendência da mortalidade masculina no Rio de Janeiro: contribuição da enfermagem. *Esc Anna Nery.* 2014;18(4):593-9. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452014000400593&script=sci_arttext&tIng=es
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

Estoque domiciliar de medicamentos de pessoas assistidas por uma equipe de profissionais da Estratégia de Saúde da Família

Medications stored at home by patients cared for by Family Health Strategy professionals

Almacenamiento medicamentos de los pacientes atendidos por profesionales de atención primaria de la salud

Ana Paula Loch. Universidade Regional de Blumenau (FURB). Blumenau, SC, Brasil. anapaulaloch@gmail.com
(*Autora correspondente*)

Nevoni Goretti Damo. Universidade Regional de Blumenau (FURB). Blumenau, SC, Brasil. nevoni@furb.br

Ernani Tiaraju de Santa Helena. Universidade Regional de Blumenau (FURB). Blumenau, SC, Brasil. etshelena@gmail.com

Edson Machado Sirai Missugiro. Santa Casa de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, SP, Basil. emsmitsu@gmail.com

Resumo

Objetivo: identificar aspectos relacionados às “Farmácias caseiras” de pessoas assistidas por uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF). **Métodos:** estudo transversal em 100 domicílios em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família em Blumenau, SC, entre fevereiro e março de 2012. **Resultados:** nos domicílios visitados, 91% tinham medicamentos, sendo encontrados 737 medicamentos (média de 7,6 por domicílio). O grupo terapêutico de medicamentos mais frequente foi o dos que atuam no sistema digestivo 148 (20,1%) e o medicamento mais encontrado foi o paracetamol (6,5%). Dentre os entrevistados, 29 (31,9%) relataram descartar medicamentos no lixo comum, 12 (13,2%) não observavam o aspecto físico antes de utilizar e 74 (81,3%) tiveram acesso a medicamentos em farmácias comunitárias e ESFs. Observou-se associação entre número de medicamentos e número de pessoas no domicílio ($p<0,01$) e com presença de doenças crônicas ($p<0,05$). **Conclusão:** pessoas com mais escolaridade armazenam mais medicamentos ($p<0,001$). Contudo, pessoas com baixa escolaridade utilizam mais medicamentos prescritos por médicos ($p<0,001$).

Abstract

Objective: to identify related aspects such as “home pharmacy” of people assisted by one of the Family Health Strategy (FHS). **Methods:** a cross-sectional study of 100 households in an area covered under the Family Health Strategy was conducted in Blumenau, SC, between February and March 2012. **Results:** among the households visited, 91% had stored drugs; 737 different medications were found (with a mean of 7.6 medications per household). The most commonly stored drugs were the ones that act on the digestive system (148 drugs, or 20.1%), and the most commonly found medication was paracetamol (6.5%). Among the respondents, 29 (31.9%) reported often having disposed of medications in the trash; 12 (13.2%) did not particularly note the drug’s appearance before ingesting it; and 74 (81.3%) had access to drugs in publicly funded (community) pharmacies and primary healthcare centers. The number of drugs was associated with the number of people in the household ($p<0.01$) and the presence of chronic diseases ($p<0.05$). **Conclusion:** people with higher levels of education stored more drugs ($p<0.001$). However, people with lower levels of education used more drugs prescribed by doctors ($p<0.001$).

Palavras-chave:

Armazenamento de Medicamentos
Medicamentos
Uso de Medicamentos
Autocuidado
Atenção Farmacêutica

Keywords:

Drug Storage
Medications
Drug Utilization
Self Care
Pharmaceutical Care

Fonte de financiamento: Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-SAÚDE).

Parecer CEP: FURB, 196/11, 09/02/2012.

Conflito de interesses: declaram não haver.

Procedência e revisão por pares: revisado por pares.

Recebido em: 14/03/2015.

Aprovado em: 21/11/2015.

Como citar: Loch AP, Damo NG, Helena ETS Missugiro EMS. Estoque domiciliar de medicamentos de pessoas assistidas por uma equipe de profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(37):1-11.
[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(37\)1090](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(37)1090)

Resumen

Objetivo: identificar los aspectos relacionados con las “farmacias de casa” de personas atendidas por un equipo de la Estrategia Salud de la Familia (ESF). **Métodos:** un estudio transversal se llevó a cabo en 100 hogares en un área de cobertura de la Estrategia de la Salud de la Familia en Blumenau, SC, entre febrero y marzo del 2012. **Resultados:** en el 91% de los hogares visitados había medicinas, donde fueron encontrados 737 medicamentos (promedio de 7,6 por hogar). Los medicamentos que actúan sobre el sistema digestivo fue el grupo terapéutico más frecuente 148 (20,1%) y la medicina más encontrada fue el Paracetamol (6,5%). Entre los encuestados, 29 (31,9%) relataron que descartan sus medicamentos en la basura común, 12 (13,2%) no observaban el aspecto físico antes del uso y 74 (81,3%) tuvieron acceso a los medicamentos en las farmacias comunitarias y en la ESF. Se observó una asociación entre el número de medicamentos y el número de personas en el hogar ($p<0,01$) y la presencia de enfermedades crónicas ($p<0,05$). **Conclusión:** las personas con más educación almacenan más drogas ($p<0,001$). Sin embargo las personas con bajo nivel de estudios utilizan más medicamentos prescritos por los médicos ($p<0,001$).

Palabras clave:

Almacenamiento de
Medicamentos
Medicamentos
Utilización de Medicamentos
Autocuidado
Atención Farmacéutica

Introdução

O envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida trazem consigo o aumento das doenças crônico-degenerativas, que gera novas demandas de consumo de serviços de saúde pela população. O consumo de medicamentos de modo contínuo está relacionado diretamente a essas necessidades de saúde.¹

De acordo com Bueno et al.,² é muito frequente a população armazenar medicamentos e outros insumos relacionados à saúde nos domicílios, estocando-os de forma a constituir um estoque domiciliar, denominando este armazenamento como “farmácia caseira”, independente do local que está localizada e das condições que se encontra.

Schenkel et al.³ consideram que o estoque domiciliar é composto por todos os medicamentos que estiverem sendo mantidos no domicílio e relatam ainda que existe uma escassez de dados de como os medicamentos são armazenados e utilizados após a sua aquisição. A forma de se verificar o que acontece com os medicamentos é avaliar a farmácia caseira, buscando respostas para o que acontece quando o medicamento chega às mãos do paciente.

Ribeiro e Heineck⁴ enfatizam que o excesso de medicamentos nos domicílios pode influenciar os moradores a praticar a automedicação e ainda gerar um problema de aquisição de medicamentos pelo SUS, pois se houver um programa eficiente de controle da entrega dos medicamentos, o ciclo da assistência farmacêutica se torna mais efetivo frente à escassez de recursos enfrentada nos dias de hoje. Achados semelhantes foram obtidos por Tourinho et al.,⁵ que observaram que a automedicação entre crianças e adolescentes se mostra associado a uso de muitos medicamentos e a baixa escolaridade dos pais.

Desta forma, o objetivo desse estudo foi identificar aspectos relacionados às “Farmácias caseiras” de pessoas assistidas por uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Método

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo transversal, realizado entre os meses de fevereiro e março de 2012, na área de abrangência de uma ESF do município de Blumenau/SC, cuja unidade de estudo foi o domicílio. Essa unidade de saúde é considerada docente-assistencial, fazendo parte de cenário de

práticas para acadêmicos da Universidade Regional de Blumenau (FURB), dos cursos da área da saúde, além de participar do Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-SAÚDE).

Seleção da amostra

A equipe de saúde é composta por um médico, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem e três agentes comunitárias de saúde (ACS), atende 841 famílias cadastradas distribuídas em 5 microáreas. Dos 841 domicílios cadastrados na unidade, foi escolhida uma amostra de 100 domicílios para serem visitados. Os domicílios foram selecionados tendo em conta a rotina dos ACS que inclui a entrega de receitas médicas, preenchimento de fichas A, agendamento de exames e consultas, marcação de puericultura e convocação para alguns usuários participantes de grupos. Algumas visitas foram realizadas somente pela pesquisadora e se limitaram a locais mais próximos da unidade de saúde. Houve uma distribuição heterogênea da amostra entre as microáreas, as microáreas 01 e 02 localizadas mais próximas à unidade de saúde concentraram 55% da amostra, enquanto as microáreas 03, 04 e 05 representaram 45%. Foram excluídos da amostra inicial 5% dos domicílios, 4% porque os moradores estavam ausentes, e 1% por recusa a participar. Estes domicílios foram substituídos por outros da mesma microárea.

Roteiro de visita usado nos domicílios

As entrevistas se sucederam ao longo do tempo, conforme o aceite dos moradores. Os domicílios foram visitados uma única vez pela entrevistadora.

Ao chegar aos domicílios, era explicado ao morador o objetivo do estudo e o mesmo era convidado a participar. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o morador era entrevistado com base em questionário estruturado adaptado (Bueno et al.)² e era realizada uma análise visual dos medicamentos presentes nos domicílios e registro escrito.

Variáveis do estudo

No questionário utilizado na entrevista, foram abordadas as seguintes variáveis de estudo: idade, sexo, escolaridade (classificada em sete grupos: analfabeto, 1º grau incompleto, 1º grau completo, 2º grau incompleto, 2º grau completo, 3º grau incompleto e 3º grau completo), número de pessoas que residem no domicílio, classificando-as em crianças, adultos e idosos, presença de doença crônica, se sim, qual doença e qual o medicamento era utilizado para a mesma, quem havia prescrito/indicado os medicamentos, o local de aquisição dos medicamentos, se o entrevistado analisava o aspecto do mesmo antes de utilizá-lo, o local de armazenamentos no domicílio, se o medicamento estava ao alcance de crianças, presença de bula com o respectivo medicamento, local de descarte e prática de automedicação.

Análise

Somente os medicamentos de uso em humanos foram considerados como integrantes da farmácia caseira (excluindo preparações de uso animal). Os medicamentos foram agrupados com base no sistema de classificação *Anatomical Therapeutic Chemical (ATC)* do *Nordic Council on Medicines*, index 2012 (*World Health Organization*).⁶ O registro de medicamentos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária

(ANVISA) foi utilizado para identificar a composição das especialidades farmacêuticas.⁷ Foi examinado se os medicamentos constavam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)⁸ e na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME).⁹

Os dados foram digitados no aplicativo *Epidata*. Foram realizadas estatísticas descritivas apresentadas por frequência absoluta e frequência relativa com intervalo de 95% de confiança. Foi examinada a possível associação entre o estoque domiciliar (número de medicamentos, guarda e descarte) e características dos moradores (quantidade, sexo, idade, escolaridade e doenças). Para variáveis quantitativas, foram calculadas as medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão). Foram utilizados os testes de “*t* de *Student*” para comparar possíveis diferenças entre valores médios de variáveis contínuas e teste de Qui-Quadrado (χ^2) para associação entre variáveis categóricas. Foi aceito um nível de significância de $p < 0,05$.

Aspectos éticos

O estudo foi feito em conformidade com a Declaração de Helsinque e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional de Blumenau (FURB), de acordo com o parecer constante do processo de número 196/2011.

Resultados

Foram visitados 100 domicílios nos quais uma pessoa consentiu em participar do estudo. O número de pessoas por domicílio variou de uma a nove pessoas (média=3,3 pessoas, $dp=1,6$; mediana=3, intervalo interquartilico=2-4). A composição domiciliar foi predominantemente de adultos (somente 25% dos domicílios tinham crianças e 10% tinham idosos).

Os entrevistados tinham em média 42,5 anos ($dp=15,7$) e mediana de 41,6 anos (intervalo interquartilico 29,1-54,6), 77% eram do sexo feminino e 58,8% estudaram até o ensino fundamental (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos entrevistados.

Variável	Frequência	Percentual
Sexo (n=100)		
Masculino	27	27
Feminino	73	73
Idade em anos (n=100)		
Até 20	7	7
20-49	59	59
50-64	26	26
65 e mais	8	8
Escolaridade (n=97)		
Analfabeto	2	2,1
Ensino fundamental incompleto	36	37,1
Ensino fundamental completo	19	19,6
Ensino médio incompleto	6	6,2
Ensino médio completo	23	23,7
Ensino superior incompleto	8	8,2
Ensino superior completo	3	3,1

Com relação aos domicílios, 91% possuíam medicamentos constituindo farmácia caseira, que se mostrou associado à presença de pessoas com doenças crônicas (todos os domicílios que tinham pessoas com essa condição possuíam farmácia caseira), mas não com o número de moradores. Dentre as características dos entrevistados, a presença de farmácia caseira se mostrou associada ao sexo feminino (97,3% x 74,1%, $\chi^2=12,9$ $p<0,001$).

Nas farmácias caseiras foram identificadas 737 especialidades farmacêuticas, que representa uma média de 7,6 por domicílio (dp=6,6) e mediana de 6 (intervalo interquartilico=3-10) e 2,2 por morador. Os dez medicamentos mais frequentes representam 32% do total, dos quais todos constam na REMUME e dois não constam na RENAME (Diclofenaco de potássio e Butilbrometo de escopolamina) (Tabela 2).

Tabela 2. Especialidades farmacêuticas encontradas com maior frequência nos domicílios, segundo código anatômico, terapêutico e químico e ordem de frequência da especialidade.

ATC*	Especialidade Farmacêutica	Frequência	%	IC95%
N02BE01	Paracetamol	48	6,5	4,8-8,5
M01AX17	Nimesulida	28	3,8	2,5-5,4
A02BC01	Omeprazol	26	3,5	2,3-5,1
M01AE01	Ibuprofeno	24	3,4	2,1-4,8
B01AC06	AAS	20	2,7	1,7-4,2
N02BB02	Dipirona	20	2,7	1,7-4,2
C10AA01	Sinvastatina	17	2,3	1,4-3,7
C09AA02	Enalapril	16	2,2	1,2-3,5
M01AB05	Diclofenaco potássico	15	2	1,1-3,3
A03BB01	Butilbrometo de escopolamina	14	1,9	1,0-3,2
Outros**	-	527	68,9	
Total		737	100	

* Anatomic therapeutic chemical code; ** Correspondem a medicamentos com frequência inferior a 1,9%.

Em relação à classificação anatômica das especialidades encontradas, as mais frequentes correspondem ao aparelho digestivo e metabolismo 149 (20,22%), sistema nervoso 145 (19,67%) e sistema musculoesquelético 115 (15,60%). As classes terapêuticas que apresentaram maior frequência estão disponíveis na Tabela 3.

Tabela 3. Classes terapêuticas mais frequentes nos domicílios.

ATC 2º Nível	Classe Terapêutica	N	%
A01	Preparações estomacais	5	0,68
A02	Antiácidos	41	5,56
A03	Fármacos para disfunções gastrointestinais funcionais	52	7,06
A04	Antieméticos/antinauseantes	2	0,27
A05	Terapia para bile e fígado	3	0,41
A06	Laxativos	10	1,36
A07	Antidiarreicos/Anti-inflamatórios intestinais/Anti-infecciosos intestinais	11	1,49
A10	Drogas usadas no diabetes	11	1,49
A11	Vitaminas	6	0,81
A12	Suplementos minerais	3	0,41
A16	Outras drogas para trato digestivo e metabolismo	4	0,54

Tabela 3. Continuação...

B01	Antitrombóticos	19	2,58
B03	Antianêmicos	10	1,36
C01	Terapia cardíaca	4	0,54
C02	Antihipertensivos	4	0,54
C03	Diuréticos	17	2,31
C05	Vasoprotetores	8	1,09
C07	Agentes betabloqueadores	18	2,44
C08	Bloqueadores de canal de cálcio	9	1,22
C09	Agentes que atuam no sistema renina-angiotensina	26	3,53
C10	Antidislipidêmicos	28	3,80
D01	Antifúngicos	7	0,95
D02	Emolientes	4	0,54
D03	Preparações para o tratamento de feridas e úlceras	3	0,41
D06	Antibiótico e quimioterápicos	14	1,90
D07	Corticosteroides	2	0,27
D08	Antissépticos/desinfetantes	6	0,81
G03	Hormônios sexuais e moduladores do sistema genital	10	1,36
G04	Urológicos	4	0,54
H02	Corticosteroides de uso sistêmico	10	1,36
H03	Terapia tireoide	9	1,22
J01	Antibacterianos de uso sistêmico	26	3,53
M01	Anti-inflamatórios e antirreumáticos	106	14,38
M02	Anti-inflamatório não esteroidais de uso tópico	3	0,41
M03	Relaxante muscular	4	0,54
N02	Analgésicos	88	11,94
N03	Antiepiléticos	10	1,36
N05	Psicolépticos	20	2,71
N06	Psicoanalépticos	23	3,12
N07	Outras drogas para o sistema nervoso	3	0,41
R01	Preparações nasais	14	1,90
R03	Drogas para doenças obstrutivas das vias respiratórias	14	1,90
R05	Preparações para tosse e resfriado	16	2,17
R06	Antihistamínicos de uso sistêmico	26	3,53
S01	Oftalmológicos	8	1,09
S02	Otológicos	3	0,41
	Outros*	13	1,76
Total		737	100,00

* Correspondem a medicamentos com frequência absoluta inferior a n=1.

Chama a atenção que, apesar de os antibióticos representarem somente 3,5% do total de medicamentos prescritos, os mesmos estavam presentes em 21 dos 91 domicílios (23,1%) que possuíam farmácia caseira.

Quando perguntados sobre o local de armazenamento dos medicamentos, 73 (75,25%) citaram armazenar em algum local da cozinha, sendo: 41 (42,26%) no armário superior, 14 (14,43%) no balcão da cozinha, 8 (8,24%) no armário inferior, 5 (5,15%) sobre a geladeira, 3 (3,09%) dentro da geladeira, enquanto

1 (1,03%) armazenava sobre a mesa da cozinha ou em uma sacola plástica pendurada na parede. Outros sete (14,43%) em algum lugar do dormitório e outros dois (10,3%) em outros locais.

Quanto ao descarte, 29 (31,9%) relataram descartar no lixo comum, 12 (13,2%) afirmaram não observar o aspecto físico do medicamento antes de utilizar e 74 (81,3%) relataram ter acesso a medicamentos em farmácias comunitárias e ESFs.

Observou-se que 64% dos domicílios com três ou mais pessoas tinham mais de dez medicamentos enquanto 59% dos domicílios com menos de três pessoas tinham até três medicamentos ($\chi^2=25,9$ $p<0,001$). Por outro lado, 65,8% dos domicílios que tinham pessoas com doenças crônicas tinham mais de dez medicamentos enquanto 46,3% dos domicílios sem pessoas com doenças crônicas tinham até 3 medicamentos ($\chi^2=8,8$ $p<0,05$).

Outras associações observadas se referem à escolaridade dos entrevistados. Pessoas com ensino médio ou superior armazenavam mais de dez medicamentos no domicílio (59,8% x 40,2%, $\chi^2=15,2$ $p<0,01$), mas com a presença de bula junto com os mesmos (71,6% x 28,4%, $\chi^2=20,0$ $p<0,001$). Por outro lado, pessoas com baixa escolaridade (analfabetos e com ensino fundamental) armazenam mais medicamentos ao alcance de crianças (68,8% x 31,2, $\chi^2=13,4$ $p<0,001$).

Discussão

Em 2001, foi implantada no Brasil a Política Nacional de Medicamentos (PNM), cujas diretrizes zelam pelo acesso a medicamentos de qualidade à população.¹ Para tal objetivo, foram criadas algumas diretrizes, e entre elas está como prioritária a revisão permanente da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que permitiu que a população tenha acesso sobre prescrição médica a uma gama de medicamentos considerados essenciais, independente de fatores econômicos. Esta diretriz pode influenciar na formação de estoque domiciliar de medicamentos e consequente uso desses medicamentos estocados. Isso pode ter refletido nos resultados encontrados, pois como pode ser visto na Tabela 2, todas as especialidades que apresentaram maior frequência são as disponibilizadas na REMUME⁹ do município de Blumenau e apenas três não estão disponíveis na RENAME.⁸

A prevalência de estoque domiciliar de medicamentos foi de 91%, resultados semelhantes ao encontrado em estudos Brasileiros de diferentes regiões do país como os de Ferreira et al.¹⁰ em Divinópolis, MG, em que a presença de medicamentos nas residências foi de 96,6% e Schenkel et al.,³ em Porto Alegre, RS também observaram alto índice de medicamentos nas residências 97%. Em outros países temos o estudo de Yousif¹¹ em domicílios do Sudão, aproximadamente 97,7% destes apresentaram pelo menos um medicamento e Nova Guiné, por Kiyangi & Lauwo,¹² das 139 famílias entrevistadas, 73 tinham o hábito de estocar medicamentos.

Nesse estudo, a média de especialidades farmacêuticas por domicílio foi de 7,6 especialidades, que se assemelha à encontrada no Rio Grande do Sul,¹³ cuja média foi de 7,5 por domicílio, enquanto na Bahia encontrou-se média de 9,2 por domicílio,¹⁴ o que sugere pouca variação em relação à média de especialidades farmacêuticas por domicílio nas diversas regiões brasileiras.

Algumas hipóteses podem ser formuladas para explicar esses resultados, que mostram o hábito de formar estoque domiciliar de medicamentos no Brasil. De um lado, aumento no acesso e a prática de automedicação, o crescente aumento de informações disponíveis sobre doenças e tratamentos e pela

falta de controle nas vendas de medicamentos que exigem apresentação da receita médica e pela prática da prescrição inadequada. Por outro lado, aspectos relacionados ao modelo político-econômico da nossa sociedade que estimula o consumo, em que o medicamento é mais um produto a ser estocado.¹⁵ Apesar da RDC nº 306 de 2004,¹⁶ que trata do gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (RSS) - os RSS são de responsabilidade do próprio serviço que o gera, a falta de uma política de controle de resíduos por parte do Estado faz com que indústrias, distribuidoras e farmácias não se responsabilizem pelos seus resíduos. Diferentemente de países como Portugal, México, Canadá e Colômbia, o Brasil ainda não possui um programa nacional de recolhimento de medicamentos.¹⁷

A instauração de programas desse tipo associado a campanhas de conscientização dos usuários de medicamentos poderiam reduzir os estoques domiciliares. Outra medida importante nesse sentido é a dispensação de medicamentos fracionados conforme a necessidade do tratamento prescrito na receita médica, pelo serviço público e farmácias privadas. Vale lembrar que, no caso de tratamento de doenças crônicas, há a necessidade de um estoque domiciliar mínimo, para o qual o usuário deve contar com a orientação do profissional prescritor e do farmacêutico.

A maior proporção de entrevistados foi do sexo feminino, que pode ser atribuída ao fato de as mulheres terem maior disponibilidade para responder ao questionário e ainda permanecerem mais tempo no domicílio, sendo estas as integrantes da família que geralmente se responsabilizam pelos cuidados com saúde.¹⁸

Já o local predominante de armazenamento dos medicamentos foi a cozinha, o que se assemelha aos estudos.^{4,5,19,20} Tourinho et al.⁵ preconizam que o local utilizado para armazenar os medicamentos tem influência cultural e regional, sendo que em SP assim como em Minas Gerais,⁶ os autores verificaram que esse cômodo foi o “dormitório”, que no presente estudo ficou em segundo lugar. Existe associação entre adesão medicamentosa e o local onde eles são armazenados, pois quanto mais práticos e próximos estão os medicamentos guardados, possivelmente maior será sua adesão.²¹

Foi observada uma associação entre a forma de armazenamento dos medicamentos e a escolaridade dos moradores. Pessoas com ensino médio ou superior armazenavam mais de dez medicamentos no domicílio, mas com a presença de bula junto, enquanto pessoas com baixa escolaridade (analfabetos e com ensino fundamental) armazenam mais medicamentos ao alcance de crianças.

Ao se tratar do armazenamento ao alcance das crianças, autores como Kusturica et al.¹⁵ mostram que as crianças são expostas a um alto risco acidental de intoxicações por medicamentos. Neste estudo, em 15 domicílios (16,48%), os medicamentos encontravam-se ao alcance de crianças, resultado abaixo dos 22,40% encontrado no estudo por Tourinho et al.⁵ e 23,5% relatado por Milanez et al.¹⁸

Domicílios com pessoas com escolaridade menor possuem maior acesso aos medicamentos pelo Sistema Único de Saúde. Estudo de Rodrigues et al.²¹ já havia demonstrado que o uso dos serviços da Estratégia Saúde da Família está associado a pessoas de baixo nível escolar tanto no Nordeste quanto no Sul do Brasil. Nesse contexto, a presença de um profissional farmacêutico nas ESF poderia contribuir para minimizar tais erros de armazenamento por meio de orientações. Para facilitar o processo, o farmacêutico poderia contar com o auxílio das (os) profissionais ACSs para o diagnóstico de problemas de armazenamento e então realizar um atendimento individualizado para as pessoas com maiores dificuldades de entendimento devido à baixa escolaridade e outros possíveis fatores.

Em relação às classes farmacológicas, os medicamentos com ação no aparelho digestivo e metabolismo foram os mais encontrados: 148 (20,08%), seguidos do sistema nervoso 145 (19,67%), músculo esquelético 115 (15,60), cardiovascular 114 (15,47%) e respiratório 71 (9,63%), resultados parecidos ao estudo de Arrais et al.²² e Ribeiro e Heineck,⁴ que encontraram os mesmos grupos de medicamentos.

O índice de medicamentos encontrados relacionados ao sistema nervoso pode ser justificado, ao menos em parte, pelo uso como tratamento de apoio a *stress* pós-trauma, pois a maioria das casas e ruas no local do estudo é atingida por repetidas enchentes e enxurradas. Apesar da classificação anatômica do Sistema Nervoso englobar várias especialidades, incluindo medicamentos da classe dos anti-inflamatórios não esteroidais (AINES), aos quais a população tem fácil acesso em farmácias comunitárias, 18 (2,44%) especialidades correspondiam à classe dos inibidores da recaptação de serotonina e 17 (2,31%) à classe dos benzodiazepínicos.

Quanto aos medicamentos antimicrobianos, uma alteração da legislação Nº 44, de 2010,²³ tornou obrigatória a dispensação de medicamentos antimicrobianos mediante prescrição médica. Neste estudo se encontraram 28 (3,80%) antibióticos, enquanto no estudo realizado por Ribeiro e Heineck⁴ o número de antibióticos de uso sistêmico foi de 5,82%. Por outro lado, apesar de os antibióticos representarem somente 3,5% do total de medicamentos prescritos, os mesmos estavam presentes em 21 dos 91 domicílios (23,1%) que possuíam farmácia caseira, o que pode sugerir abandono parcial de tratamento com sobra de medicamentos que pode favorecer seu uso indevido que pode favorecer o fenômeno do aumento da resistência bacteriana.²⁴

O vínculo do paciente com a sua medicação, como verificar as características físicas e organolépticas do medicamento antes de tomar, sugerem uma adesão maior ao tratamento. Sendo importante ressaltar que o local destinado ao armazenamento de medicamentos deve ser seco e ao abrigo da luz, no estudo apenas 12 (13,19%) afirmaram não observar o aspecto físico do medicamento antes de utilizar, fato que pode ser reflexo da escolaridade da população estudada e baixo conhecimento sobre o assunto.

Já em relação ao acesso, 74 (81,31%) relataram ter acesso a medicamentos em farmácias comunitárias e ESFs, fato que pode ocorrer devido à facilidade de aquisição dos medicamentos em farmácias comunitárias, visto que a maioria dos medicamentos podem ser adquiridos sem receita médica.

Esse estudo conta com algumas possíveis limitações. O processo amostral não foi constituído como uma amostra aleatória de todos os domicílios da área de abrangência da ESF o que pode gerar um viés de seleção. Contudo, os resultados se mostraram semelhantes a outros estudos nacionais no contexto da atenção primária quanto à composição dos domicílios e proporção das variáveis de estudo, o que sugere que esse viés, caso tenha ocorrido, não parece ter efeito importante. Por outro lado, como se trata de estudo seccional, não é possível estabelecer associações causais. Por fim, o fato de termos realizado o estudo em uma única ESF pode comprometer a generalização dos resultados.

Conclusão

Conclui-se que as farmácias caseiras são muito prevalentes nos usuários da atenção primária. Desta forma, fazem-se necessárias ações educativas das equipes de ESF junto à comunidade, no sentido de minimizar práticas irracionais de consumo, armazenamento e descarte de medicamentos, em especial para

famílias numerosas e com pessoas com doenças crônicas. Outros estudos são necessários no sentido de melhor compreender os possíveis fatores associados à prática de estocar medicamentos, em especial no contexto da atenção primária.

Referências

1. Secretaria de Políticas de Saúde. Política nacional de medicamentos. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(2):206-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910200000200018>
2. Bueno CS, Weber D, Oliveira KR. Farmácia caseira e descarte de medicamentos no bairro Luiz Fogliatto do município de Ijuí - RS. *Rev Ciênc Farm Básica Apl*. 2009;30(2):203-10.
3. Schenkel EP, Fernandes LC, Mengue SS. Como são armazenados os medicamentos nos domicílios? *Acta Farm Bonaerense*. 2005;24(2):266-70.
4. Ribeiro MA, Heineck I. Estoque Domiciliar de Medicamentos na Comunidade Ibiaense Acompanhada pelo Programa Saúde da Família, em Ibiá - MG, Brasil. *Saúde Soc São Paulo*. 2010;19(3):653-63.
5. Tourinho FSV, Bucarechi F, Stephan C, Cordeiro R. Farmácias domiciliares e sua relação com a automedicação em crianças e adolescentes. *J Pediatr (Rio J)*. 2008;84(5):416-22.
6. WHO - World Health Organization. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. The Anatomical Therapeutic Chemical Classification (ATC); 2014 [acesso 18 Nov 2015]. Disponível em: http://www.whocc.no/atc_ddd_index/
7. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). *Bulário Eletrônico*; 2014 [acesso 18 Nov 2015]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp
8. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicamentos. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
9. Prefeitura municipal de Blumenau, Secretaria Municipal da Saúde. *Relação municipal de medicamentos*. Blumenau, SC; 2012 [acesso 18 Nov 2015]. Disponível em: http://www.blumenau.sc.gov.br/downloads/semus/portaria_359.pdf
10. Ferreira WA, Silva MEST, Paula ACCFF, Resende CAMB. Avaliação de farmácia caseira no município de Divinópolis (mg) por estudantes do curso de farmácia da Unifenas. *Infarma*. 2005;17(7/9):84-6.
11. Yousif MA. In-home drug storage and utilization habits: a Sudanese study. *East Mediterr Health J*. 2002;8(2-3):422-31.
12. Kiyingi KS, Lauwo JA. Drugs in the home: danger and waste. *World Health Forum*. 1993;14(4):381-4. PMID: 8185788
13. Deitos A, Laste G, Marcolin F, Hammes L, Schwingel D, Weizmann RS, et al. Análise do estoque domiciliar de medicamentos em municípios do vale do taquari - RS. XI Salão de Iniciação Científica - PUCRS, 09 a 12 de agosto de 2010 [acesso 18 Nov 2015]. Disponível em: http://www.pucrs.br/edipucrs/XISalaoIC/Ciencias_da_Saude/Farmacia/82642-ALICIA_DEITOS.pdf
14. Franco RCS, Carvalho Neto JA, Khouri MA, Nunes MO, Santos Júnior JW, Marques Neto J, et al. Consumo de medicamentos em um grupo populacional da área urbana de Salvador-BA. *Rev Baiana Saúde Publica*. 1987;13/14(4/1):113-21.
15. Kusturica MP, Sabo A, Tomic Z, Horvat O, Solak Z. Storage and disposal of unused medications: knowledge, behavior, and attitudes among Serbian people. *Int J Clin Pharm*, 34(4):604-10, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11096-012-9652-0>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). RDC Nº 306 de 2004. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
17. Falqueto E, Kligerman DC. Diretrizes para um programa de recolhimento de medicamentos vencidos no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(3):883-92. DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800034>
18. Milanez MC, Stutz E, Rosales TO, Penteadó AJ, Perez E, Cruciol e Souza JM, et al. Avaliação dos estoques domiciliares de medicamentos em uma cidade do Centro-Sul do Paraná. *Rev Ciênc Méd Biol*. 2013;12(3):283-9.
19. Shah AD, Wood DM, Dargan PI. Internet survey of home storage of paracetamol by individuals in the UK. *QJM*. 2013;106(3):253-9. Epub 2012 Dec 19. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/qjmed/hcs232>

20. Krousel-Wood M, Islam T, Webber LS, Re RN, Morisky DE, Muntner P. New medication adherence scale versus pharmacy fill rates in seniors with hypertension. *Am J Manag Care*. 2009;15(1):59-66.
21. Rodrigues MA, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Use of primary care services by elderly people with chronic conditions, Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(4):604-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000037>
22. Arrais PSD, Brito LL, Barreto ML, Coelho HLL. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(6):1737-46. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000600021>
23. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). RDC Nº 44 de 2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Uso Racional de Medicamentos: temas selecionados*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

As ações intersetoriais na Estratégia de Saúde da Família: um estudo da representação do conceito de saúde e de suas práticas na Atenção Básica

Intersectoral actions in Family Health Strategy: a study of the representation of health and its practices in primary care

La acción intersectorial en la Estrategia Salud de la Familia: un estudio de la representación del concepto de salud y sus prácticas en la Atención Primaria

Alana Diniz Cavalcanti. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife, PE, Brasil. alanadcavalcanti@gmail.com
(Autora correspondente)

Joselma Cavalcanti Cordeiro. Universidade de Pernambuco (UPE). Recife, PE, Brasil. cordeirojc@hotmail.com

Resumo

Objetivo: analisar a dinâmica das ações intersetoriais presentes na Estratégia de Saúde da Família a partir de um território, na cidade do Recife. **Método:** pesquisa qualitativa, adotando o referencial teórico da produção social da saúde e a entrevista semiestruturada como instrumento de coleta dos dados aplicado aos profissionais que compõem equipes de saúde da família e profissionais que compõem serviços de referência do território investigado, tendo a teoria de Bardin como base para realização da análise de conteúdo. **Resultados:** obtém-se a noção de saúde perpassando os múltiplos aspectos que envolvem a vida humana e o conceito de intersectorialidade distante das agendas dos serviços, refletindo uma prática intersectorial também deficitária. **Conclusão:** possibilidades de práticas de diálogos entre os setores emergiram como caminhos possíveis dentro e fora do setor saúde como forma de superação dos problemas.

Abstract

Objective: to analyze the dynamics of intersectoral actions present in the Family Health Strategy in a territory in the city of Recife. **Methods:** qualitative research, adopting the theoretical framework of social production of health, and the semi-structured interview as an instrument of data collection, applied to professionals that make up family health teams and those who make up referral services of the territory investigated, using Bardin's theory as a basis for conducting content analysis. **Results:** we achieved a notion of health through multiple aspects of everyday life, and the concept of intersectionality disconnected from services provided reflects a deficient intersectoral practice. **Conclusion:** dialogue across sectors, both inside and outside of the health sector, has emerged as a means of overcoming such deficiencies.

Resumen

Objetivo: analizar la dinámica de las acciones intersectoriales presentes en la Estrategia de Salud de la Familia desde un territorio en la ciudad de Recife. **Métodos:** investigación cualitativa, adoptado como instrumentos el marco teórico de la producción social de la salud y entrevistas semiestructuradas como el instrumento de recolección de datos aplicada a los profesionales que integran los equipos y profesionales de la salud de la familia que componen los servicios de referencia del territorio investigado, con la teoría Bardin como base para la realización del análisis de contenido. **Resultados:** la noción de salud se obtiene desde los múltiples aspectos relacionados con la vida humana y el concepto de intersectorialidad alejado a las agendas de los servicios, lo que refleja una práctica intersectorial también deficiente. **Conclusión:** las posibilidades de prácticas de diálogo entre los distintos sectores han surgido como posibles caminos dentro y fuera del sector de la salud como una manera de superar los problemas.

Como citar: Cavalcanti AD, Cordeiro JC. As ações intersetoriais na Estratégia de Saúde da Família: um estudo da representação do conceito de saúde e de suas práticas na Atenção Básica. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(37):1-9. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(37\)1059](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(37)1059)

Palavras-chave:

Ação Intersetorial
Estratégia de Saúde da Família
Atenção à Saúde

Keywords:

Intersectorial Action
Family Health Strategy
Health Care (Public Health)

Palabras clave:

Acción Intersectorial
Estrategia de Salud Familiar
Atención a la Salud

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
UFPE, 382.158, 03/09/2013.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.

Recebido em: 26/12/2014.

Aprovado em: 25/10/2015.

Introdução

A ampliação do conceito de saúde vem sendo discutida no Brasil antes mesmo da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), dentro da perspectiva da reforma sanitária, num processo social de construção de mudanças do modelo de atenção. Implica a compreensão da saúde como um valor em permanente transformação, produto de fatos econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos.¹

Em seu sentido mais amplo, visa proporcionar um olhar integral ao indivíduo, introduzindo concepções de autocuidado. Para tanto, a Atenção Primária à Saúde (APS) é entendida como condutora de tais práticas, sendo-lhe atribuída a função de primeiro contato para o cuidado e acesso a outros serviços de forma integrada.

Starfield² acrescenta ainda que a APS trata-se de um conjunto de relações que envolvem o nível local e se relaciona a um conjunto maior, extrapolando assim a porta de entrada do SUS. O Brasil organizou sua Atenção Primária a partir dos enfoques da Estratégia de Saúde da Família. Com ela, se “propõe uma mudança no objeto da atuação dos sistemas de saúde, bem como nos princípios éticos norteadores das relações”.³

A Estratégia é fundamentada na intersectorialidade e implica uma articulação entre sujeitos sociais numa nova forma de trabalhar a saúde. Propõe dialogar com setores diversos, incorporando uma nova maneira de pensar os problemas sociais a partir da integração, do território e dos direitos sociais.⁴⁻⁶

Pode-se afirmar que a intersectorialidade contribui significativamente para a efetividade e eficiência no setor saúde, proporcionando uma abordagem mais complexa dos problemas de uma forma geral.⁷ Campos⁸ afirma que esta prática enfatiza a existência de uma abertura para o diálogo entre os setores, estabelecendo-se corresponsabilização e vínculo mútuo, sendo assim um processo de construção compartilhada.

A partir de tais considerações, este estudo teve como objetivo analisar a percepção de atores sociais sobre o conceito de saúde e a dinâmica das ações intersetoriais presentes na Estratégia de Saúde da Família de um território na cidade do Recife.

Métodos

A pesquisa consistiu numa análise do tipo qualitativa, tendo como instrumento de coleta de dados a entrevista do tipo semiestruturada. A entrevista foi aplicada primeiramente em três unidades de saúde do Recife localizadas no bairro de Dois Unidos, sendo elas: USF Alto do Maracanã, USF Alto do Capitão e USF Clube dos Delegados. Em cada unidade de saúde foram escolhidos 15 profissionais que representam as diferentes categorias atuantes na Estratégia: enfermeiro, médico, dentista, auxiliar de saúde bucal, agente comunitário de saúde e técnico de enfermagem.

Um segundo momento de coleta de dados foi realizado por meio de uma nova entrevista do tipo semiestruturada, agora com cinco profissionais representantes de diferentes setores sociais que atuam no território adstrito às USF e que são considerados referência para a sua população, sendo eles: Escola Municipal Alto do Maracanã, Associação de Moradores (Alto do Capitão), Centro de Referência em Assistência Social (RPA II), Empresa de Manutenção e Limpeza Urbana do Recife (EMLURB) e Coordenadoria de Defesa Civil do Recife (CODECIR - RPA II). Ao todo, foram coletadas 20 entrevistas nos dois momentos de aplicação do roteiro.

A técnica de análise dos dados coletados foi a de conteúdo, segundo as proposições de Bardin.⁹ Realizou-se em três fases: 1ª pré-análise, 2ª exploração do material, 3ª tratamento dos resultados e interpretação. O ordenamento dos dados da pesquisa se deu a partir da transcrição e leitura do material, construindo-se categorias para uma interpretação mais profunda. Esse processo possibilitou uma contínua revisão do material empírico em diálogo com o referencial teórico assumido.

Durante o decorrer da análise dos dados, foram transcritas falas dos participantes de forma literal, sendo identificadas pela inicial “E” referente à entrevista realizada, seguida da ordem de realização com o participante, a fim de se manter o sigilo com relação aos nomes.

A pesquisa foi desenvolvida a partir de um projeto aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Pernambuco, constando na Plataforma Brasil sob o número 16984313.5.0000.5207, sendo realizada durante o segundo semestre de 2013. Todos os participantes tomaram ciência dos objetivos da pesquisa e foram convidados a participarem espontaneamente mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme as recomendações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Não houve financiamento de nenhuma instituição de fomento para o desenvolvimento desta pesquisa.

Resultados e discussão

Saúde enquanto conceito

A análise revelou o entendimento da saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social integrado e completo, tal como foi definido pela Organização Mundial de Saúde entre cinco dos entrevistados.

“... assim, pautado agora no que diz que é um bem-estar físico, mental e social, e que num envolve só o conceito de tratamento de doença...(E1)”

“... Saúde, bem-estar físico mental, social, todo esse leque de conjunturas que levam ao estado de saúde, ‘né’?... (E4)”

“... é, a própria organização mundial de saúde diz que saúde é o bem-estar físico, mental e social, ou seja, que o ser humano precisa de vários componentes...(E11)”

Numa tentativa de superar a noção negativa e limitada da saúde enquanto ausência de doenças, a definição da OMS lança seu conceito de forma positiva. Tal conceito, no entanto, se esbarra e se limita a um caráter utópico e inatingível, sendo criticado por ser pouco prático e propício a arbitrariedades em tomadas de decisão. Corroboram com essa afirmação dois trabalhos encontrados,^{10,11} sendo possível observar uma reprodução deste conceito isenta de uma reflexão maior nas falas dos entrevistados.

Como crítica a tal conceito de saúde, Segre e Ferraz¹¹ justificam que seu surgimento foi considerado avançado para a época em que foi realizado, mas que no momento se encontra irreal e ultrapassado. Dentre outras considerações, para os autores, a definição da OMS sofre críticas pela separação entre o físico, o mental e o social, como categorias distintas ao se conceber a saúde. Caponi¹⁰ complementa esse pensamento e o aprofunda ao considerar o risco de ser utilizado para legitimar politicamente, estratégias de controle ou exclusão de tudo aquilo que é considerado indesejável e perigoso.

Numa outra perspectiva, sete profissionais relacionaram a saúde com os diversos aspectos que envolvem a vida do ser humano, remetendo aos determinantes sociais da saúde. Tais profissionais abarcaram a perspectiva mais ampla do conceito, tendo por base o ideário da reforma sanitária em que se observa a necessidade da integralidade nas ações de saúde e a complexidade que a envolve dentro de uma conjuntura histórico-social e econômica. Em seus achados, Silva e Rodrigues¹² sinalizam ainda para o fato de que a perspectiva de cada profissional sobre o que é saúde influencia a sua prática. Muitos profissionais ressaltaram em especial o impacto dos aspectos econômicos, tais como desemprego e falta de saneamento enquanto empecilhos para a construção da saúde.

“... saúde é o resultado de condições de vida e não só atenção à saúde... acesso a educação a moradia, a trabalho, a lazer e tudo mais, eu diria também a promoção da espiritualidade, por que é preciso mais do que nunca pensar nessa parte no momento... (E5)”

“... a saúde, na verdade é a maneira com a gente vive... é uma questão muito pessoal, no sentido assim, de muito individual... e aí eu vejo saúde muito mais como um meio do que um objetivo... (E6)”

Dentro da lógica da produção social da saúde, a prática permite romper com a setorialização da realidade e ocasionar a transformação, na medida em que se observa a dimensão política desse processo.¹ Os profissionais expressaram a concepção de saúde como um processo que se relaciona com os determinantes, incluindo condições socioeconômicas, culturais e ambientais se relacionando com as condições de vida e trabalho de uma pessoa.¹³ Outro ponto presente enquanto condicionante do conceito para os profissionais tem a ver com a possibilidade de promoção de esferas de lazer. A partir disso, para muitos entrevistados a relação que se estabelece entre saúde e o lazer é direta e que, segundo Silva et al.,¹⁴ envolve múltiplos aspectos da vida social e é definida como um espaço para a socialização e produção de saúde.

“... a pessoa tem que tratar a doença, mas tem que ter o lado de lazer, é tudo, ‘né’? Não é só a doença, não só a parte de medicamento, tem que ter acesso a lazer, a se divertir, psicologicamente tem que ser olhado, não só o problema da doença...” (E1).

Os profissionais enfatizam também os serviços de saúde enquanto meios possíveis para se alcançar um nível de bem-estar, ampliando as possibilidades interativas além da articulação teoria e prática, por meio de debates e discussões que fortaleçam e divulguem o conceito.¹⁵

“... eu acho que saúde é isso, é a gente formar, a gente dar condições para as pessoas viverem melhor e a gente fazer com que algumas pessoas usufruam de todo seu potencial de vida. De ‘tá’ fazendo as coisas que os seres humanos têm que fazer. Que aí também é bem abrangente...” (E6)

“... saúde é isso, é tentar levar e promover a saúde à população mais carente que, ainda, querendo ou não tá um pouco desassistida...” (E7)

Tal ênfase se coloca como importante na medida em que se pode pensar uma relação objetiva de um conceito de saúde, na qual os serviços acabam por refletir posições políticas e ideológicas dos sujeitos que o executam, bem como o seu ideário do que vem a ser saúde. Ayres¹⁶ faz uma análise dessas relações e afirma uma necessidade de reconstrução das práticas no sentido de construir novas instrumentalidades e resgatar as dimensões éticas, morais e políticas presentes nos serviços. Os serviços, nessa perspectiva,

devem estar ancorados na lógica de que todos (usuários, profissionais e população) são portadores de uma existência compartilhada, necessitando de decisões conjuntas para a efetivação da saúde.

A intersectorialidade enquanto lógica para o serviço

Dentre aqueles que conseguiram concluir uma conceituação sobre a natureza intersectorial foi possível perceber pontos de similitude entre os discursos, fazendo emergir como categoria, a noção de intersectorialidade enquanto processo de construção compartilhada:

“...É a gente envolver outros serviços tipo a educação, é a parte de limpeza urbana, as comunidades que já existem, as igrejas...” (E12)

“... é um trabalho que cada um, dentro da sua especificidade trabalha junto. A gente desenvolve um trabalho assim junto com algumas outras secretarias...” (E17)

Nesta perspectiva, a intersectorialidade é pensada a partir da integralização dos serviços, dentro e fora do setor saúde, estabelecendo-se uma lógica de cogestão para a melhoria da qualidade de vida da população. A intersectorialidade, para dois profissionais que compõem equipes de saúde da família, é descrita a partir de uma relação estabelecida entre os níveis de assistência dentro da própria saúde e a importância dessa prática nos serviços que visam o bem-estar integral do indivíduo.

“... É um *feedback*. É um dar e um receber que muito hoje a gente não tem isso... por exemplo, a doutora quando encaminha um paciente a um especialista, a gente espera um retorno desse especialista e do paciente com esse retorno, e é algo que a gente não tem...” (E7)

A comunicação que se realizaria entre os níveis de atenção à saúde teria, segundo esse aspecto, relação direta com a efetivação de uma prática integradora do indivíduo. Percebeu-se que os participantes entendem a necessidade de articulação com outros setores e a coloca como fundamental para a efetivação do sentido ampliado da saúde.

Outra categoria emerge da análise sobre a intersectorialidade, sendo esta considerada difusa e complexa para os profissionais. Nesta perspectiva, a concepção do que se trata a intersectorialidade para alguns entrevistados seria confundida com a natureza teórica da interdisciplinaridade:

“... a união de vários núcleos de saberes, de várias formações profissionais, por exemplo médico, enfermeiro, dentista, nutricionista, farmacêutico, terapeuta...” (E9).

Se mostrando pouco entendida, a intersectorialidade nesta categoria, traz à tona ainda, que a intersectorialidade para alguns profissionais ligados a níveis técnicos e formações básicas, não é compreendida ou seria tida como uma tarefa de ordem superior e fazendo parte da atribuição de níveis mais elevados de categoria profissional.

“... é um tema que é pouco abordado ‘pra’ nós, ‘né’? Que a turma veio colocar isso no nível médio. Geralmente, quando tem reuniões que vão falar sobre essa questão intersectorialidade é mais o pessoal de nível superior que vai pra essas reuniões. Então a gente não fica muito por dentro dessas questões...” (E7)

“... não, eu não entendo não...” (E10)

O trabalho de Acioli¹⁷ chama a atenção para a necessidade de envolvimento orgânico entre todos os que compõem a equipe, fazendo emergir o sentimento de corresponsabilidade. Silva e Rodrigues¹² acrescentam que as relações de poder existentes entre diferentes campos de conhecimento e políticas são desafios para a intersetorialidade, precisando ser superados por meio do diálogo.

Os dados mostram que muitos profissionais consultados têm uma percepção inconclusa sobre a intersetorialidade, demonstrando um distanciamento do que venha a ser o conceito. Assim, tal questão começa a ser aprofundada e caracterizada como pouco discutida no âmbito de execução de políticas públicas, principalmente relacionadas à saúde.

O concreto das ações intersetoriais nos serviços: práticas existentes, limites e possibilidades de efetivação

Dentro dos serviços de saúde da família, o setor que estaria mais articulado com práticas intersetoriais, segundo os próprios profissionais consultados, seria a educação, presente pelas escolas públicas municipais e estaduais que atendem as áreas adstritas à pesquisa, como também por meio da Universidade de Pernambuco, que desenvolve programas de ensino tais como residência, ciclos de estágios, dentre outros.

“... a escola do Alto do Maracanã. Não tem outra... sim e no caso a UPE, ‘né’? A gente tem a residência, ‘né’?” (E3)

“... nós desenvolvemos em parceria com escolas e creches, trabalhamos em conjunto com creches tanto na parte de educação em saúde, como na parte da própria saúde mesmo, fazendo vacinações, escovações...” (E11)

É importante assinalar que tais ações, segundo os próprios entrevistados, não ocorreriam de forma contínua e efetiva, mas se realizariam no âmbito do emergencial, não se constituindo em uma rotina propriamente dita. No trabalho de Gonçalves et al.¹⁸ é possível observar, segundo seus achados, que não há efetivamente, no cotidiano das equipes, ações intersetoriais, embora se reconheça que o setor saúde sozinho não é capaz de implementar práticas efetivas de promoção de saúde.

Outro setor fundamental seria a parceria junto com a própria comunidade local. Organizada por meio de associações de moradores ou não, a comunidade, em seu entendimento mais amplo, é reconhecidamente peça-chave para a realização e conquista de melhorias na condição de saúde da população.

“... a gente tem um bom vínculo com a comunidade... que inclui o povo que participa da associação, mas que também não inclui...” (E6)

“... as meninas da outra equipe têm um local que é não sei o que moradores, acho que associação de moradores. Elas fazem atividade, acho que essa é a que mais tem vínculo...” (E14)

Dentre os limites apresentados pelos entrevistados, o tempo foi citado como fator negativo para o desenvolvimento da prática intersetorial. Tal fator aconteceria devido ao grande número de demandas e o curto prazo a que estão sujeitos para realizá-las.

“... a questão de tempo é que a gente tem uma demanda muito grande e às vezes não para ‘pra’ planejar, não para ‘pra’ ter tempo de fazer aquela ação...” (E12)

“... o que nos limita é talvez a questão do calendário, que a gente tem que realmente seguir, entendeu?...”
(E15)

No caso do setor saúde, em específico, a clínica acaba por ainda ser hegemônica nos serviços, dificultando o diálogo para além dessa instância. Tem-se o trabalho de Silva e Rodrigues¹² levantando o questionamento sobre a priorização e o valor que tem sido dada a prevenção e promoção de saúde na atenção básica e ressaltam a sobrecarga de responsabilidades dentro da política setorial, a qual impede os profissionais de olharem além do objeto específico de atuação.

“... a primeira, que eu sempre coloco acima de tudo, é a questão de tempo. A gente não tem tempo pra gente ‘tá’ fazendo reuniões, porque, na verdade, pra a gente ter trabalhos intersetoriais, você tem que ‘tá’ de fato trabalhando junto. E trabalhar junto, é de fato dedicar tempo a reuniões, ações, a questões juntos. Em conjunto com outros setores. E realmente a gente não tem muito tempo pra isso porque a clínica acaba invadindo tudo isso aí. Entendeu? (E6)

Os dados mostraram ainda que a intersectorialidade é pouco discutida no âmbito de trabalho e, para alguns profissionais, a falta de capacitações que trabalhem o tema não permite que eles se aprofundem num debate. Silva et al.¹⁹ pontuam que a formação e a educação permanente se destacam como componentes importantes para a superação de entraves no desenvolvimento das ações na equipe de saúde da família.

“... Eu acho que até a falta de informação, de passar isso também pra os funcionários...” (E1)

“... a falta de profissionais capacitados, entende? A compreensão ou falta de compreensão de alguns profissionais lógico, você vê que está acontecendo muitos movimentos, ‘né’ isso? E isso atrapalha um pouco...” (E2)

Esse limite vem a se somar com as afirmações de Monnerat e Souza²⁰ em que, segundo pesquisas recentes, a articulação da saúde com outros setores não tem sido uma perspectiva predominante adotada pelos gestores dos três níveis de governos ligados a atenção à saúde, ainda que a integralidade venha ganhando relevância nas ações advindas do SUS.

Quanto às soluções possíveis para superação dos entraves apontados e a efetivação da intersectorialidade, a análise mostrou que, primeiramente, deve haver dentro das equipes a sensibilização para essa prática por meio de capacitações frequentes, de tal forma que todos os profissionais sejam capazes de entender a sua necessidade e sua potencialidade no processo.

“... eu acho que é a sensibilização mesmo nossa, a disposição, se mostrar disponível também, ‘pra tá’ atraindo... ter esse espaço de conversa e ‘tá’ solicitando também à prefeitura os órgãos competentes a melhoria, o número de profissionais, aumentar esses recursos humanos...” (E9)

Dentro do próprio setor saúde se faz necessária a efetivação dos itens constantes na política de atenção básica e referentes ao quantitativo de famílias a serem assistidas pelas equipes básicas, assim diminuindo a sobrecarga dos profissionais.

“... É (sic) 1500 famílias e a gente já tem mais do que isso. No caso reduzir e, conseqüentemente, ter mais tempo pra gente planejar e executar ações utilizando dessas outras parcerias que a gente poderia formar...” (E3)

Uma prática integradora na saúde depende também de mudanças que vão além do profissional executor dos serviços e atingem as práticas organizacionais e grupos populacionais que passam a serem considerados sujeitos ativos das questões de saúde.

“... eu acho que, teoricamente, as possibilidades são infinitas, entendeu? E eu acho que a gente tem a possibilidade de se juntar mais à igreja, a gente tem a possibilidade de se juntar com as indústrias que tem por aqui, ‘né’?” (E6)

A análise mostrou que os profissionais entrevistados reconhecem a importância de se inserir o sujeito na efetivação da saúde como fator preponderante para a eficácia dos serviços propostos. A necessidade de reflexão e discussão sobre a espiritualidade também foi ressaltada, sendo este considerado um ponto importante a ser resgatado em tempos materialistas como os da conjuntura atual.

“... pra mim fica cada vez mais claro que as pessoas são muito promotoras da própria saúde. Sem eles, os serviços são muito coadjuvantes, na verdade, ‘né’? Tem que despertar nas pessoas o poder de cura e autocura que elas têm...” (E7)

A análise dos dados mostrou que as práticas intersetoriais têm sido frágeis e pouco concretizadas. Mesmo a partir de uma perspectiva intrasetorial, os profissionais ressaltam que o diálogo tem sido pouco presente e as demandas que emergem na Estratégia de Saúde da Família, ao serem direcionadas para outros níveis de atenção à saúde, não têm sido reportadas ao serviço inicial.

Conclusão

O método de Bardin contribuiu para evidenciar categorias que possibilitam uma análise do material de forma reflexiva e aponta desdobramentos para posteriores estudos, ainda que se observem limitações nas inferências deste trabalho.

A noção de saúde enquanto a simples ausência de doenças se mostrou superada na perspectiva dos profissionais, permanecendo em seu lugar a definição da Organização Mundial de Saúde para alguns e a perspectiva crítica e ampliada da reforma sanitária que evidencia a saúde como uma produção social para outros.

A atuação dos sujeitos envolvidos na Estratégia de Saúde da Família está aquém do que se propõe o conceito de intersetorialidade, sendo ainda pouco entendido. Para muitos, a intersetorialidade é tida como algo complexo, com pouco espaço de discussão nos serviços e como uma atribuição de trabalhadores com formações de nível superior.

As demandas por serviços assistenciais e cobranças no cumprimento de metas de atendimentos individuais também foram pontos ressaltados pelos profissionais para que a intersetorialidade acabasse por não se efetivar completamente. Como meio de superação das dificuldades, foi apontada como necessária a disposição dos profissionais para essa lógica de trabalho e a sensibilização por meio de reuniões constantes.

Referências

1. Mendes EV. Uma agenda para a Saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.
2. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002. p.726.
3. Albuquerque PC. Educação popular em saúde no município de Recife - PE: em busca da integralidade [Tese de doutorado]. Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. Rio de Janeiro; 2003.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Nacionais de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Coordenação-Geral de Planejamento. Plano Nacional de Saúde-PNS: 2012-2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
6. Junqueira LAP. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. Saude Soc. 2004;13(1):25-36. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000100004>
7. Wimmer GF, Figueiredo GO. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11(1):145-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000100022>
8. Campos GW, Barros RB, Castro AM. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2004;9(3):745-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000300025>
9. Mozzato AR, Grzybovski D. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. Rev Adm Contemp. 2011;15(4):731-47. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-65552011000400010>
10. Caponi S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. Hist Cienc Saúde-Manguinhos. 1997;4(1):287-307. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59701997000200006>
11. Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. Rev Saúde Pública. 1997;31(5):538-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>
12. Silva KL, Rodrigues AT. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. Rev Bras Enferm. 2010;63(5):762-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000500011>
13. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis (Rio J.). 2007;17(1):77-93. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
14. Silva DS, Ávila MA, Santos MI, Borges CNF. Ações intersetoriais no planejamento político em esporte, lazer, cultura e turismo na gestão municipal de Ilhéus-BA. Licere. 2012;15(1)
15. Dalmolin BB, Backes DS, Zamberlan C, Schaurich D, Colomé JS, Gehlen MH. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. Esc Anna Nery. 2011;15(2):389-94.
16. Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. Physis (Rio J.). 2007;17(1):43-62. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100004>
17. Aciole GG. Falta um pacto na Saúde: elementos para a construção de um Pacto Ético-Político entre gestores e trabalhadores do SUS. Saúde Debate. 2012;36(95):684-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000400021>
18. Gonçalves AM, Sena RR, Resende VA, Horta NC. Promoção da saúde no cotidiano das equipes de saúde da família: uma prática intersetorial? Rev Enferm Cent-Oeste Min. 2011;1(1):94-102.
19. Silva LA, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. Ciênc Saúde Coletiva. 2013;18(1):221-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100023>
20. Monnerat GL, Souza RG. Da Seguridade Social à intersetorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. Rev Katál. 2011;14(1):41-9.

Um início duvidoso, um fim incógnito - um caso de tinha incógnita

A doubtful beginning, an incognito ending - A case of tinea incognito

Un comienzo dudoso, un final incógnito - un caso de tiña incognita

Francisco Pinto da Costa. ACeS Póvoa de Varzim. Vila do Conde, Porto, Portugal. franciscopintodacost@gmail.com

Margarida Moreira. ACeS Póvoa de Varzim. Vila do Conde, Porto, Portugal. mmargmoreira@gmail.com

(*Autora correspondente*)

Margarida Ferreira da Silva. ACeS Póvoa de Varzim. Vila do Conde, Porto, Portugal. amargferreiradasilva@gmail.com

Rita Ferreira. ACeS Póvoa de Varzim. Vila do Conde, Porto, Portugal. ritarmferreira@gmail.com

Resumo

A tinha incógnita é causada pela modificação de uma dermatofitose após tratamento com imunossuppressores, geralmente corticoides tópicos, mascarando as suas características típicas, resultando na progressão da infecção fúngica original. Relata-se um caso clínico de um homem de 71 anos que desenvolveu um quadro de "picadelas" (*sic*), dor e desconforto no antebraço direito associado a lesões pápulo-vesiculares de cor rósea, não pruriginosas. O doente foi avaliado e medicado, com antiviral, antibiótico, anti-inflamatório não esteroide e corticoide sem sucesso, tendo desenvolvido lesões pápulo-pustulosas violáceas com descamação em cerca de 1 mês. Após prova terapêutica com um agente antifúngico e depois de descoberto que o paciente usava cronicamente corticoides tópicos, foi diagnosticada uma tinha incógnita. O diagnóstico da tinha incógnita representa um desafio para o Médico de Família, uma vez que esta mimetiza várias condições dermatológicas.

Abstract

Tinea incognito is caused by the modification of ringworm after treatment with immunosuppressants, normally topical steroids, which mask its typical characteristics, and result in the progression of the original fungal infection. This is a case of a 71-year-old man who developed a clinical picture involving "bites" [*sic*], pain, and discomfort in the right forearm, associated with papular vesicular lesions that were pinkish in color and non-pruritic. The patient was evaluated and medicated with antivirals, antibiotics, and nonsteroidal anti-inflammatory drugs with no success. He developed violaceous papular-pustular lesions with scaling in about 1 month. After a therapeutic trial with an antifungal agent and the discovery of the patient's chronic use of topical corticosteroids, a diagnosis of tinea incognito was established. This diagnosis presents a challenge to the general practitioner due to its similarity to various dermatological conditions.

Resumen

La Tiña incógnita es causada por la modificación de una dermatofitosis después del tratamiento con inmunosupresores, generalmente esteroides tópicos, enmascarando sus características típicas, conllevando a la progresión de la infección fúngica inicial. Se presenta un caso de un hombre de 71 años que desarrolló un cuadro de "picaduras", dolor y malestar en el antebrazo derecho, asociado a lesiones vesiculares papulosas de color rosado, no pruriginosas. El paciente fue evaluado y medicado con antibióticos, antivirales, corticoides y antiinflamatorio no esteroideo, sin éxito. Se desarrollaron lesiones escamosas violáceas, pápula-pustulosas con evolución de un mes. Después que se descubrió que el paciente estaba usando corticoides tópicos crónicamente, y luego de la prueba terapéutica con un anti-fúngico, le fue diagnosticada una tiña incógnita. El diagnóstico de tiña incógnita representa un desafío para el médico de familia, ya que ésta imita varias condiciones dermatológicas.

Como citar: Costa FP, Moreira M, Silva MF, Ferreira R. Um início duvidoso, um fim incógnito - um caso de tinha incógnita. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(37):1-5.
[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(37\)1015](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(37)1015)

Palavras-chave:

Tinha
Corticosteroides
Administração Cutânea

Keywords:

Tinea
Adrenal Cortex Hormones
Administration, Cutaneous

Palabras clave:

Tiña
Corticosteroides
Administración Cutánea

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: 01/10/2014.
Aprovado em: 13/10/2015.

Introdução

A tinha incógnita representa cerca de 40% de todas as dermatofitoses superficiais¹ e a sua incidência tem aumentado nos últimos anos.² Esta condição resulta da modificação de uma dermatofitose após tratamento incorreto com imunossuppressores, geralmente corticoides tópicos, que embora reduzam o eritema e aliviem a irritação, mascaram as suas particularidades³ de placas eritematosas com bordo inflamatório e descamativo, por vezes vésico-bolhosas, com crescimento centrífugo e clareamento central (“impingem”).^{4,5} O diagnóstico tardio faz com que a infecção original progrida.^{1,3}

Qualquer agente causador de uma dermatofitose pode originar a tinha incógnita. No entanto, o mais frequente é o *Tricophyton rubrum*,^{4,5} que se transmite através do contato direto com lesões infetadas de pessoas, animais ou superfícies contaminadas.³

Detalhamento do caso

O caso refere-se a um paciente do sexo masculino, 71 anos, caucasiano, aposentado, natural e residente na Póvoa de Varzim, Portugal, com o 4^o ano de escolaridade. Pertencente a uma família nuclear, na fase VII do ciclo de Duvall e classe média-alta de Graffar. Dos antecedentes pessoais, salienta-se obesidade, dislipidemia, psoríase e herpes zoster. Sem medicação habitual.

A história da doença atual iniciou-se em junho de 2013, quando o doente recorreu a uma consulta médica privada por quadro de “picadelas” (*sic*), dor e desconforto no antebraço direito associado a lesões papulares não pruriginosas, tendo sido medicado com amoxicilina + ácido clavulânico 875/125mg e loção iodada.

Quinze dias depois, por ausência de melhoria da lesão, recorre ao seu Médico de Família por persistência do quadro de “picadelas” (*sic*), dor e desconforto no antebraço direito. Negava febre, traumatismo do local e contato direto com animais. Ao exame objetivo, apresentava lesões pápulo-vesiculares de cor rósea, não pruriginosas, com três semanas de evolução (Figura 1).



Figura 1. Lesões pápulo-vesiculares róseas no antebraço.

Tendo em conta os antecedentes do doente e a distribuição preferencial pelo dermatomo correspondente a T1 associado à dor, o doente foi medicado com aciclovir 800mg 5 vezes/dia durante 7 dias por suspeita de herpes zoster.

Em julho, retoma a consulta por agravamento da lesão e intensificação da dor. Ao exame objetivo, a lesão tinha aumento da sua extensão até ao dorso da mão e apresentava-se pápulo-pustulosa, violácea, com ligeira descamação em colarete (Figura 2). Foi interpretado como se tratando de impetigo, tendo sido prescrita flucloxacilina 500mg 3 vezes/dia durante 8 dias e diclofenac 75mg em SOS. Ficou com consulta agendada para reavaliação do quadro clínico passados 15 dias.

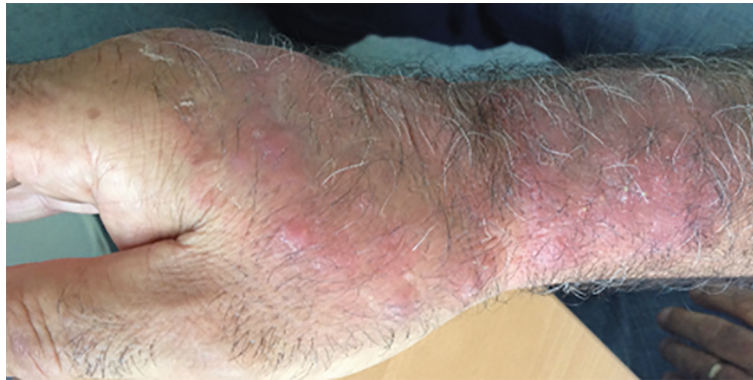


Figura 2. Lesões pápulo-pustulosas violáceas com descamação em colarete no antebraço e mão.

Na data prevista para a consulta, o doente descreve a manutenção do quadro clínico. A lesão apresentava as características anteriores, acrescidas de maior inflamação local e atrofia cutânea (Figura 3). Foi medicado com clobetasol 0,5mg/g creme uma vez por dia. Tendo em conta a ausência de melhoria, a medicação foi suspensa e o doente foi enviado através de Alert P1®, com imagem anexa (Teledermatologia) e caráter urgente para o hospital de referência.



Figura 3. Lesões pápulo-pustulosas violáceas agravadas com descamação em colarete no antebraço e mão.

Na primeira consulta hospitalar, encontrava-se, segundo o mesmo, “na pior fase da doença” (*sic*). Ao exame objetivo, apresentava lesões pápulo-pustulosas violáceas com ligeira descamação em colarete, associada a telangiectasias e atrofia cutânea. Foi colocada, como hipótese mais provável de diagnóstico, uma tinha incógnita. Iniciou tratamento com itraconazol 100mg 2 vezes/dia *per os* (via oral) durante 6 semanas e terbinafina creme 2 vezes/dia durante 4 semanas, equacionando-se a possibilidade de realização de biópsia lesional em caso de insucesso terapêutico.

Cerca de um mês depois, recorre novamente à consulta com a Médica de Família, desta vez já assintomático desde há aproximadamente uma semana. A lesão apresentava-se em remissão com placas maculares purpúricas e algumas telangiectasias residuais (Figura 4).



Figura 4. Lesões maculares purpúricas em placa em fase de remissão.

Após o paciente ter descrito a consulta de Dermatologia, eis que surge a pergunta chave que viria a esclarecer o diagnóstico - “Doutor, posso aplicar este creme novo [terbinafina] nas próximas lesões que surgirem?” (*sic*). Após ser interrogado pelo motivo da questão, o paciente explica que “este creme é melhor do que o que eu usava desde o início” (*sic*). Tendo em conta os antecedentes de psoríase, o doente revelou que, desde o início, aplicou corticoterapia tópica (calcipotriol/betametasona) na lesão por iniciativa própria.

Atualmente, o doente apresenta uma melhoria significativa das lesões, mantendo seguimento nas consultas de Dermatologia e Medicina Geral e Familiar.

Discussão

O diagnóstico das dermatofitoses e, em particular, da tinha incógnita, representa frequentemente um desafio para os médicos, uma vez que esta mimetiza várias condições dermatológicas, nomeadamente eczema, impétigo, lúpus eritematoso, rosácea e psoríase.^{1,2}

Assim, é importante que o Médico de Família conheça as várias formas de apresentação das dermatofitoses superficiais e mantenha vigilância perante a presença de uma erupção cutânea atípica após tratamento com corticoides tópicos ou outros imunossuppressores. Neste contexto, e na eventual suspeita de estar perante uma tinha incógnita, deve suspender esse tratamento e instituir tratamento antifúngico tópico. Nos casos mais complexos, como lesões extensas, com duração superior a três meses ou nas formas inflamatórias e supurativas, é necessário recorrer à terapêutica antifúngica oral, à semelhança do sucedido no presente caso.^{3,5}

Para além da terapia imunossupressora, alguns estudos revelaram outros fatores de risco para o desenvolvimento desta tinha, nomeadamente más condições higiénicas e sanitárias, infeções virais ou bacterianas concomitantes e fatores psicológicos,¹ pelo que a investigação das fontes de contágio e daqueles com quem convive se torna parte integrante do tratamento.⁵

O aumento da incidência da tinha incógnita, e este caso em particular, deverão ser motivo de reflexão e alerta para o uso excessivo e fácil acesso à corticoterapia, que não é de todo inócua.² Na verdade, se a sua utilização for prolongada poderão surgir alterações secundárias, nomeadamente atrofia, estrias, telangiectasias e púrpura.

Assim, este caso, além de sublinhar o desafio diagnóstico de uma entidade mascarada pela utilização de corticoides tópicos, reitera a importância de uma boa comunicação médico-doente e de obter uma anamnese completa em todas as visitas do paciente.

Referências

1. Segal D, Wells MM, Rahalkar A, Joseph M, Mrkobrada M. A case of tinea incognito. *Dermatol Online J.* 2013;19(5):18175.
2. Kim WJ, Kim TW, Mun JH, Song M, Kim HS, Ko HC, et al. Tinea incognito in Korea and its risk factors: nine-year multicenter survey. *J Korean Med Sci.* 2013;28(1):145-51. DOI: <http://dx.doi.org/10.3346/jkms.2013.28.1.145>
3. Pinto-Almeida T, Selores M. Caso dermatológico. *Nascer Crescer.* 2011;20(4):288-9.
4. Verma S, Heffernan MP. Superficial Fungal Infection: Dermatophytosis, Onychomycosis, Tinea Nigra, Piedra. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, eds. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine.* 7th ed. New York: McGraw Hill; 2008. p.369-72.
5. Gupta AK, Cooper EA, Ryder JE, Nicol KA, Chow M, Chaudhry MM. Optimal management of fungal infections of the skin, hair, and nails. *Am J Clin Dermatol.* 2004;5(4):225-37. DOI: <http://dx.doi.org/10.2165/00128071-200405040-00003>

Coisa de homem

Man's thing

Cosa de hombre

Regina Gonçalves Moura. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. regemoura@gmail.com
(*Autora correspondente*)

Resumo

Estar sempre pronto para fazer sexo, não expressar emoções e acreditar em todos os outros imperativos de gênero mantém o “macho da espécie humana” cada vez mais distante da saúde. Acreditar-se e sempre demonstrar que é forte, impulsiona-o a supor que ter saúde é o mesmo que ter virilidade. Contraditoriamente, perda ou diminuição da capacidade de ereção é a grande oportunidade que ele encontra para encontrar-se com seus sentimentos, afetos e sensações.

Abstract

Being always ready to have sex, not expressing emotions, and believing in all other virile rules keeps the “human male” ever further from good health. By believing and always showing that one is strong impels the male to believe that being healthy is synonymous with virility. Paradoxically, a loss or reduction in the ability to achieve an erection is the best opportunity to come together with one's feelings, emotions and sensations.

Resumen

Estar siempre listo para el sexo, no expresar sus emociones y creer en todos los demás imperativos de género, mantiene el “macho de la especie humana” cada vez más lejos de la salud. Creer y demostrar que siempre es fuerte, los lleva a asumir que tener salud es lo mismo que tener la virilidad. Paradójicamente, la pérdida o deterioro de la capacidad de erección es la gran oportunidad que encuentra para cumplir con sus sentimientos, emociones y sensaciones.

Palavras-chave:

Sexualidade
Saúde do Homem
Masculinidade

Keywords:

Sexuality
Male Health
Masculinity

Palabras clave:

Sexualidad
Salud del Hombre
Masculinidad

Como citar: Moura RG. Coisa de homem. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(37):1-5.
[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(37\)942](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(37)942)

Fonte de financiamento:
declara não haver.

Parecer CEP:
não se aplica.

Conflito de interesses:
declara não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.
Recebido em: 20/05/2014.
Aprovado em: 01/07/2015.

E aí ela falou coisas bonitas, agradáveis e gostosas de escutar
que até parecia um beijo num bebê
que a gente bota pra dormir e sonhar
energizou meu corpo com a luz potente do seu enorme olhar.
Lambeu bem devagar minha pele como se fora um ato de purificar
Foi botando lenha na fogueira
até totalmente me excitar
Com aquela mão de seda torturando
maltratando
alisando
num tocando sem tocar
Subir pelas paredes, pular de cabeça, gemer, chorar, uivar, gritar
meu Deus é bom demais e tudo azul
eu quero mais é mergulhar!
Calma, calma, nós vamos viajar
Estrelas na cabeça, sol no peito, mel nos lábios
cheiro de mar
Ela penetrou com a veemência que só a vida sabe ter
o doce e o sal
o bem e o mal
o fogo e o céu
no jogo da jornada do prazer

Jornada do prazer

Gonzaguinha

Um dia alguém ensinou que homem não chora (nem por dor, nem por amor); a partir daí, a representação máxima de força e potência tornou legítima a busca da virilidade como o ideal da “raça” masculina. Mas como nada vem de graça (nem o pão, nem a cachaça), até hoje o homem paga um preço muito alto: seu prazo de validade é menor, se comparado à mulher.

Como à mulher é permitida (e incentivada) a demonstração de fragilidade e dependência, por vários motivos ela se ocupa muito mais em buscar soluções para os seus problemas de saúde (presentes e futuros), ao mesmo tempo em que se ocupa em continuar ensinando aos filhos que homem não chora.

A ilusão da “superioridade” é a própria *kryptonita* do homem, forjado para ser super. Essa fantasia torna-o mais vulnerável aos seus grandes inimigos: o álcool, as drogas, a violência, a automedicação, a negligência com a própria saúde e a necessidade estar em permanente estado de “prontidão” para o sexo. Acreditando que “*não se pode dormir com todas as mulheres do mundo, mas deve-se fazer um esforço*”, sua vida passa a não ter sentido quando se torna incapaz de demonstrar sua potência viril.

Mesmo que apresente, o homem não se queixa de disfunção erétil, mas de impotência, já que é exatamente assim que ele se sente.

Se ao longo de sua vida acreditou que ereção e desejo são sinônimos, quando não houver a ereção o desejo desaparece. E aí o homem se lança na busca da ereção perdida para que, enfim, o desejo retorne. Essa quimera é vendida em todas as farmácias sob a forma de uma pílula azul.

Desejo é algo que se desperta e que desperta a ereção perdida. Mas o desejo “disperso” não tem uma vida longa. O desejo por sexo com “qualquer alguém”, embora possa, vez por outra, ser “de grande utilidade”, deve se transformar em desejo por sexo com “um alguém” para que possa permanecer vivo.

Quando o homem é muito jovem, qualquer estímulo, explicitamente erótico ou não, é capaz de promover a ereção do pênis. Com o passar dos anos (e da vida), haverá necessidade de outros estímulos para que seu pênis tenha a mesma resposta. Mais alguns anos depois, será preciso que a estimulação seja mais “requintada” para que tenha uma resposta semelhante a que ele tinha quando mais jovem. O homem pode até compreender (embora aceite com relutância) as mudanças na rigidez da ereção, mas a falta de qualquer manifestação erétil frente aos estímulos (explicitamente erótico ou não) torna-o um não homem: um impotente.

Perseguir o mesmo desempenho sexual dos “anos dourados” é inglório e absolutamente inútil. E como não há possibilidades para o resgate do que já passou, há que se buscar no próprio corpo alguma possibilidade de aprendizado.

Uma relação sexual absolutamente satisfatória não requer, necessariamente, envolvimento afetivo e/ou emocional. Mas essa “desnecessidade” também tem prazo de validade. Se antes, apenas olhar para uma imagem era capaz de despertar a luxúria, o novo tempo irá requerer algo mais, além do uso de todos os sentidos. Audição, olfato, paladar e tato isoladamente não serão suficientes; há que usar o toque pleno, explorando cada centímetro do corpo do objeto do desejo, usufruir de todos os odores e sabores que existam no outro corpo, ouvir e sussurrar “ao pé do ouvido” as palavras necessárias e apropriadas para o momento. E isso não se faz com qualquer uma. O envolvimento “além da cama” melhora, e muito, o desempenho sexual.

Focar o sucesso da relação sexual na ereção - qualquer ereção -, satisfatória e suficiente para a penetração, possibilita que após um tempo incerto, a ereção se torne insatisfatória e insuficiente. A manutenção da ereção está diretamente associada com a manutenção da excitação e, obviamente, o máximo da ereção é experimentado quando se busca o máximo de excitação e o máximo de prazer.

A ereção matinal é indício da integridade vascular dos corpos cavernosos. Assim, os estímulos eróticos podem, gradualmente, restaurar a ereção perdida.

Quando perguntados onde gostam de ser tocados, a maioria dos homens dirá: pênis e bolsa escrotal. Alguns poucos acrescentarão os mamilos e/ou pescoço. Dá para imaginar um ser constituído exclusivamente por pênis, escroto, mamilos e pescoço? Alguém disforme, estranhíssimo, incompleto. Se existe um corpo inteiro, por que não explorá-lo? Por que não senti-lo? Por que não excitá-lo?

Braços, nádegas, pés, pernas, dorso, coxas, face, períneo, barriga, umbigo, ânus e região perianal, quadril, mãos, boca, nariz, todas são áreas sensíveis sensuais e devem ser exploradas com o toque das mãos, dos dedos, da boca, da língua.

Muitos homens têm receio de que lhes acariciem as nádegas; outros tantos sentem-se mortalmente ofendidos quando o toque se aproxima do ânus. Como as diferenças anatômicas e histológicas dos corpos de homens e mulheres, em relação às terminações nervosas nessas regiões são absolutamente iguais, se

ele permitir poderá desfrutar das mesmas sensações de prazer que a mulher tem nesses locais. O receio de se sentir ou ser confundido com um homossexual não tem fundamento; o que “define” o homossexual NÃO é o que ele quer que seja feito, mas quem ele quer que faça.

Se antes o tempo de excitação era dedicado à busca do gozo, agora deverá buscar o prazer pleno. Deve deixar e incentivar que todos os cantos, reentrâncias e saliências do seu corpo sejam explorados; entregar o seu e receber o outro corpo, percorrendo-o delicada e deliciosamente. E, nesse jogo, descobrirá toda a potência viril do seu maior órgão sexual: a pele.

Um excelente recurso que facilita e aprimora essa atividade exploratória é o uso de cremes ou óleos corporais. Cada um por sua vez deve massagear deliciosamente o corpo do outro. Da cabeça aos pés. Variando a pressão nas mãos. Estimulando diferentes sensações em diferentes locais. Relatando o efeito que tudo aquilo lhe causa. Incentivando a continuidade daquelas que despertam mais prazer e pedindo que modifique as que lhes causam aversão. Saboreando todos os prazeres, todos os sentidos.

Disfunções sexuais não têm como principal causa os distúrbios orgânicos, embora seja fácil imaginar que, se fosse assim, os problemas seriam bem menores, pois o uso de um medicamento exige bem menos compromisso e dedicação do que olhar para si mesmo para modificar um comportamento.

Casos de disfunção erétil e inibição do desejo sexual podem ou não estar associados a índices elevados de glicemia e/ou ao uso de betabloqueadores, diuréticos, antidepressivos, antimicóticos ou outros medicamentos que tenham esse efeito colateral. O método clínico centrado na pessoa poderá revelar outras causas. Em um número elevado de homens, as verdadeiras etiologias das disfunções sexuais são a pobreza afetiva e a miséria conjugal. Por isso, não basta substituir e/ou suspender o medicamento. Levá-lo a refletir sobre sua condição afetiva é a terapêutica de escolha para esses casos.

Evitar que o primeiro ato numa relação sexual seja a penetração, aumenta o prazer e a participação da mulher e permite que o pênis aumente a sua capacidade de ereção ao longo dos jogos eróticos, que alguns chamam de preliminares.

Se para o homem está claro que a rigidez da ereção é proporcional à carga de excitação, para a maioria das pessoas ainda não é plenamente conhecida qual a verdadeira função das mesmas preliminares. A lubrificação vaginal, além de ser “apenas” um dos seus resultados, tem também a intensidade diretamente relacionada à quantidade de estímulos eróticos. A consequência mais importante e que torna o coito algo tão agradável é a expansão da vagina - tanto no comprimento quanto no diâmetro -, a fim de que possa abraçar totalmente o pênis. E como a sensação de prazer é sentida nos centímetros iniciais da vagina, um pênis muito grande terá somente “função estética”. No mais, é perfeitamente dispensável.

Desse modo, prescrever lubrificantes vaginais para a mulher que se queixa de dor ou ardência à penetração legítima o “sexo focal” e o papel passivo e subserviente da mulher numa relação.

Um grande complicador para a vida sexual dos homens foi o fato de as mulheres descobrirem que elas também tinham direito ao prazer e ao orgasmo. Isso fez surgir uma questão que, se antes existia, raramente constituía um problema: a ejaculação precoce. “Mas pra que controlar o momento da ejaculação, se o meu orgasmo é o que conta?” Além disso, “é muito complicado e difícil para as mulheres conseguirem o orgasmo”. Várias tentativas - medicamentosas e cirúrgicas - já foram feitas em busca da cura da ejaculação precoce, mas nenhuma buscou atingir a causa principal: a falta de educação para o sexo.

As primeiras experiências sexuais masculinas geralmente são feitas às pressas (masturbação, sexo proibido etc.) e com um único objetivo: o gozo. Quando o homem cresce e pode finalmente desfrutar da plenitude do prazer, continua acreditando que aquele prazer proporcionado pelo gozo é o máximo que conseguirá obter. E o quer rápido.

Para uma pessoa faminta, um prato de angu trará uma grande alegria. Uma pessoa que tem condições para comer o quê e quando quiser, poderá comer um prato de angu se e quando desejar, mas nunca em todas as refeições. Com o ejaculador precoce acontece a mesma coisa: contenta-se com o angu, quando tem um banquete à sua disposição.

Classificar a ejaculação na categoria de precoce, relacionando-a ao tempo ou ao número de investidas intravaginais, é tão desnecessário quanto uma geladeira no Polo Norte. O que ele precisa é querer buscar o prazer pleno, sem ansiedade, calmamente, descobrindo-se e descobrindo o corpo de quem pode desfrutar dos prazeres que os corpos podem proporcionar.

E como todo processo educativo, esse “tratamento” exige dedicação e persistência, já que não é fácil mudar um hábito há muito tempo adquirido e que na época em que andava faminto, deu-lhe grandes alegrias.

O avançar da idade modifica a vida e o corpo de todas as pessoas. Queixas como “a minha ereção não é mais a mesma” faz pensar: e o que é igual ao que era antes? O vigor físico? A elasticidade da pele? A visão? Acaso os joelhos doíam tanto ao serem dobrados? Então, por que somente o pênis deveria negar o avanço do tempo? Para compensar essas mudanças, ele poderá lançar mão de todos os recursos eróticos, proporcionando e desfrutando das delícias que seu corpo ainda é capaz de sentir e transmitir.

E quando não for mais possível fazer sexo? Quando esse tempo chegar, ele poderá experimentar as delícias de fazer amor. Se “o pulso ainda pulsa”, o sonho e o desejo estarão presentes e acesos até o fim da vida.

Papel do cirurgião-dentista nas visitas domiciliares: atenção em saúde bucal

Role of surgeon-dentists in home visits: oral health care

Papel del dentista en las visitas domiciliarias: atención en salud bucal

Davi Oliveira Bizerril. Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Fortaleza, CE, Brasil. davibizerril@gmail.com. (Autor correspondente)

Kátia de Góis Holanda Saldanha. Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Fortaleza, CE, Brasil. katiassaldanha@terra.com.br

Joacy Parente da Silva. Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF). Fortaleza, CE, Brasil. jpsilva@netbandalarga.com.br

Janaína Rocha de Sousa Almeida. Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Fortaleza, CE, Brasil. drajanainarocha@hotmail.com

Maria Eneide Leitão Almeida. Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Fortaleza, CE, Brasil. eneideufc@hotmail.com

Resumo

Este artigo relata a experiência de cirurgiões-dentistas que realizam visitas domiciliares como uma forma de garantir o acesso à saúde bucal de uma parcela da população incapacitada de chegar à Unidade de Atenção Primária à Saúde. Tem como objetivo identificar ações e atividades desenvolvidas pelo cirurgião-dentista nas visitas domiciliares. A experiência ocorreu em domicílios de usuários da Unidade de Atenção Primária à Saúde José Valdevino de Carvalho no Município de Fortaleza, capital do Ceará, no período de janeiro a novembro de 2013. As ações e atividades identificadas foram categorizadas nos níveis básicos de atenção à saúde: promoção, prevenção, investigação de lesões de tecidos moles e limitações de danos. Os resultados mostraram que a frequência das atividades de promoção e prevenção foi alta. A frequência de ações para investigar lesões de tecidos moles e de limitações de danos de problemas bucais pré-existentes foi baixa. Os dentistas realizaram 96 visitas domiciliares no propósito de oferecer uma cobertura total aos usuários incapacitados de locomoção. As ações e atividade de promoção em saúde basearam-se no estímulo à prática de hábitos saudáveis e orientações sobre tabagismo e alcoolismo. As ações de prevenção foram instrução de higiene oral, escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor. As demais ações para limitar danos de problemas bucais já pré-existentes foram extrações de dentes com problemas periodontais. Desta maneira, o cirurgião-dentista nas visitas domiciliares assume um importante papel de facilitador para o bem-estar físico e social dos usuários impossibilitados de ir até uma Unidade de Atenção Primária à Saúde.

Abstract

This article reports the experience of dentists who performed home visits as a way to ensure access to the oral health among a portion of the population that was unable to reach primary health care units. This study aimed to identify the actions and activities developed by dentists for home visits. The experience occurred in the residences of users of the primary health care unit José Valdevino de Carvalho, in the city of Fortaleza, capital of Ceará, from January to November 2013. The actions and activities identified were categorized into the following basic levels of health care: promotion, prevention, investigation of soft tissue lesions and limitation of damages. The results showed that the frequency of activities for promotion and prevention was high. However, the frequency of actions for investigating soft tissue lesions and for limiting damages due to existing oral problems was low. The dentists performed 96 home visits in order to offer total coverage to disabled users of locomotion. The actions and health promotion activities were based on encouraging healthy habits and practice guidelines on smoking and alcoholism. Preventive actions were oral hygiene instruction, supervised brushing and topical application of fluoride. The other actions for limiting damage due to pre-existing oral problems were teeth extractions in individuals with periodontal problems. Thus, dentists who perform home visits assume an important role that facilitates the physical and social well-being of individuals who are unable to go to a primary health care unit.

Como citar: Bizerril DO, Saldanha KGH, Silva JP, Almeida JRS, Almeida MEL. Papel do cirurgião-dentista nas visitas domiciliares: atenção em saúde bucal. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(37):1-8. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(37\)1020](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(37)1020)

Palavras-chave:

Visita Domiciliar
Saúde Bucal
Humanização da Assistência
Dentistas

Keywords:

Home Visit
Oral Health
Humanization of Assistance
Dentists

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: 06/10/2014.

Aprovado em: 03/08/2015.

Resumen

En este artículo se describe la experiencia de los dentistas que hacen visitas a domicilio como una forma de garantizar el acceso a la salud oral de una parte de la población incapaz de llegar a la Unidad de Atención Primaria a la Salud. Tiene como objetivo identificar las acciones y actividades de los dentistas en las visitas domiciliarias. El experimento se llevó a cabo en los hogares de los miembros de la Unidad de Atención Primaria de Salud José Valdevino de Carvalho, en Fortaleza, capital de Ceará, en el período entre enero y noviembre del 2013. Las acciones y actividades identificadas se clasifican en los niveles básicos de atención a la salud: promoción, prevención, investigación de lesiones de tejidos blandos y limitaciones de daños. Los resultados mostraron que la frecuencia de las actividades de promoción y prevención ha sido alta. La frecuencia de las acciones para investigar las lesiones de tejidos blandos y limitaciones de daños de los problemas dentales pre-existentes fue baja. Los dentistas realizaron 96 visitas a los hogares con el fin de proporcionar una cobertura completa para los usuarios con discapacidad de locomoción. Las acciones y actividades de promoción a la salud se basan en estímulos para la práctica de hábitos saludables y pautas sobre el tabaquismo y el alcoholismo. Las acciones de prevención eran instrucciones de higiene oral, bajo la supervisión de cepillado y aplicación de flúor tópico. Otras acciones para limitar los daños pre-existentes eran extracciones de dientes con problemas periodontales. Por lo tanto, las visitas a domicilio dentista asume un papel de facilitador para el bienestar físico y social de los usuarios que no pueden ir a una Unidad de Atención Primaria de Salud.

Palabras clave:

Visita Domiciliaria
Salud Bucal
Humanización de la Atención
Odontólogos

Introdução

A atenção domiciliar (AD) é caracterizada por um conjunto de ações e serviços de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados, além de ser integrada às redes de atenção à saúde.¹

Este tipo de atenção vem designar a “desospitalização” do cuidado, aproximando o usuário do profissional. É considerada um componente do *continuum* dos cuidados à saúde, pois os serviços de saúde são oferecidos ao indivíduo e sua família em seus domicílios com o propósito de: promover, manter ou restaurar a saúde; maximizar o nível de independência; minimizando os efeitos das incapacidades ou doenças, incluindo aquelas sem perspectiva de cura.^{2,3}

A AD é um processo integrado pelo atendimento, a visita e a internação em domicílio. Então, uma das partes que compõem esta atenção é a visita domiciliar realizada por profissionais a fim de prestar uma atenção em saúde permeada de vínculo e humanização.

A visita domiciliar apresenta-se como uma forma de acesso ao usuário às ações e serviços de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta atividade se caracteriza pela visita das equipes de saúde da família e de saúde bucal ao domicílio dos usuários assistidos, com o objetivo de reconhecer o ambiente familiar diagnosticando os nós críticos pertinentes à realidade das famílias, para que, posteriormente, possa servir de subsídios para um adequado planejamento de ações em saúde, além de recuperar os indivíduos necessitados.^{4,5}

Os princípios básicos, éticos e doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) são obedecidos na visita domiciliar como: a integralidade, oferecendo atendimento ao usuário dentro dos três níveis de atenção; a universalidade, inserindo o usuário incapacitado de se locomover à unidade de saúde para atendimento; e a equidade, atendendo às necessidades dos que mais precisam de cuidados em saúde. Ressalta-se, ainda, o acolhimento, que é a humanização no atendimento, dando direito ao usuário em ser escutado, de forma qualificada e singular. Todos estes princípios fortalecem o vínculo entre a população usuária e o serviço de saúde.^{4,6-10}

Assim como o médico e o enfermeiro, o cirurgião-dentista (CD) da ESF tem, também, como competência realizar visitas domiciliares no propósito de oferecer atenção em saúde bucal individual e coletiva às famílias,¹¹ além de contribuir para a promoção e prevenção em saúde.

Diversas ações são realizadas no domicílio como, por exemplo, a busca ativa de lesões bucais, ações de vigilância em saúde bucal e de educação em saúde bucal, as quais o cirurgião deverá participar como componente ativo da equipe Saúde da Família.⁴

Este artigo tem como objetivo geral identificar ações e atividades desenvolvidas pelo cirurgião-dentista nas visitas domiciliares.

Descrição da experiência

O referido trabalho se desenvolveu em domicílios assistidos pela unidade de atenção primária à saúde (UAPS) José Valdevino de Carvalho, da Secretaria Regional IV do município de Fortaleza, no período de julho a novembro de 2013.

A unidade situa-se no bairro Itaóca cobrindo uma área de 15.248 habitantes, aproximadamente 4.455 famílias¹². Da população total assistida, 85% são provenientes do próprio bairro e 15% é constituída pela população do bairro Parangaba.

A UAPS José Valdevino de Carvalho tem quatro equipes de Saúde da Família (EqSF) contendo quatro médicos generalistas, quatro cirurgiões-dentistas e quatro enfermeiros. O recurso humano auxiliar conta com 1 auxiliar em saúde bucal (ASB), 2 técnicos em saúde bucal (TSB), 4 técnicas de enfermagem e 18 agentes comunitários de saúde (ACS). Além das equipes de saúde da família e de saúde bucal, a UAPS possui um médico pediatra e um ginecologista.

A área coberta é considerada de risco psicossocial com pontos de drogas e áreas de conflitos (violência entre gangues). Não está dentro dos critérios de risco ambiental, embora em alguns espaços ainda existam esgoto a céu aberto, áreas de invasão, dentre outros fatores agravantes.

No processo de reterritorialização, no início de 2013, foi constatada a existência de áreas descobertas, ou seja, áreas sem cadastros e não assistidas pelos agentes comunitários de saúde (ACS). A população destas áreas é atendida por meio de demanda livre, apesar do atendimento da UAPS ser caracterizado por demanda programada pelos ACS.

O atendimento da UAPS é caracterizado por atendimento de demanda programada das áreas cobertas pelas EqSF e atendimento de demanda espontânea das áreas descobertas.

Este estudo caracteriza-se por ser um relato de caso, cujo objetivo geral é apresentar as ações e atividades desenvolvidas pelos cirurgiões-dentistas nas visitas domiciliares. Os objetivos específicos foram: conhecer as condições de vida e hábitos do usuário; identificar obstáculos no autocuidado em saúde bucal; oferecer atenção extraclínica ao usuário com dificuldade de locomoção; e detectar fatores de risco à saúde bucal.

O trabalho buscou de forma clara e objetiva, oferecer uma contribuição ao incremento da promoção e prevenção de saúde bucal pela motivação, educação e diagnóstico de doenças bucais em indivíduos incapacitados de comparecimento à UAPS por várias razões como envelhecimento, sequelas de enfermidades, portadores de limitações físicas, psíquicas e motoras.

Os dados da pesquisa foram organizados e analisados no programa de estatística SPSS 22.0 para Windows (SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

Todos os aspectos éticos em pesquisa foram obedecidos como dignidade dos usuários, sigilo de identidade dos domiciliados e a não identificação de dados específicos de participantes. Além disso, os

quatro princípios básicos da bioética foram seguidos: autonomia, justiça, beneficência e não maleficência. A pesquisa não ofereceu nenhum risco aos participantes.

Discussão

As visitas domiciliares foram realizadas por duas equipes de saúde bucal da UAPS, formada por dois CD e dois técnicos em saúde bucal (TSB), além do respectivo ACS da microárea.

Com as visitas, foi possível oferecer as equipes de saúde bucal o conhecimento da realidade de vida da população, favorecendo o estabelecimento de vínculos, e a compreensão dos hábitos e relações familiares daquela comunidade. As visitas visaram também à redução de custos por meio da substituição ou abreviação da internação hospitalar.³

As visitas contemplaram todas as microáreas cobertas por ACS, como mostra a Tabela 1. Foram priorizados os domicílios que tinham pacientes incapacitados de se locomover até a UAPS, como os acamados, idosos com dificuldades motoras, gestantes no final da gestação, dentre outras situações.

Foram realizadas 96 visitas domiciliares no propósito de oferecer uma cobertura total aos usuários incapacitados de locomoção.

No decorrer das visitas domiciliares foram realizados procedimentos em todos os níveis de atenção em saúde, de acordo com a necessidade dos usuários (Tabela 2).

Os profissionais cirurgiões-dentistas realizaram educação em saúde dentro do contexto do autocuidado em saúde da gestante, do recém-nascido (RN) e da puérpera, do idoso portador de deficiência motora e visual e de adultos acamados.¹³⁻¹⁵

Saúde bucal em gestantes

Em visitas domiciliares realizadas às gestantes, foi realizada a orientação sobre os cuidados de higiene oral das mães e dos bebês, já que o estado de saúde bucal da gestante pode influenciar na saúde geral e bucal do bebê. A cárie dentária e, principalmente, as doenças periodontais foram assuntos abordados pelos cirurgiões-dentistas pelo fato de influenciarem na antecipação do trabalho de parto e nascimento de bebês prematuros.¹⁶ Visto a necessidade de atendimento odontológico, as gestantes foram encaminhadas à UAPS para o devido tratamento. O trabalho interdisciplinar desenvolvido pela equipe de saúde da família deve ser priorizado para levar uma atenção integral à saúde da gestante e do bebê. Então, o trabalho do cirurgião-dentista perpassa todo o pré-natal da gestante, na UAPS e no domicílio, mostrando-se complementar ao processo de trabalho do enfermeiro e médico.

Tabela 1. Distribuição da frequência absoluta de famílias assistidas e usuários limitados à locomoção segundo as EqSF da UPAS José Valdevino de Carvalho. Fortaleza. Ceará, 2013.

EqSF	Famílias assistidas		Usuários limitados à locomoção	
	n	%	n	%
I	260	11,11	23	20
II	1011	43,20	30	26,08
III	564	24,10	42	36,52
IV	505	21,58	20	17,39
TOTAL	2340	100	115	100

Fonte: própria pesquisa, 2014.

Tabela 2. Distribuição da frequência absoluta e percentual das atividades desenvolvidas em visitas domiciliares, de acordo com o nível de atenção à saúde/saúde bucal. Fortaleza. Ceará, 2013.

Nível de atenção à saúde/saúde bucal	Atividades desenvolvidas em visita domiciliar	Frequência Absoluta de atividades realizadas (n)	Percentual de atividades realizadas (%)
Promoção	Busca de hábitos saudáveis	92	18,66
	Desestímulo ao alcoolismo e tabagismo	13	2,63
Prevenção	Orientação e instrução de higiene oral	96	19,47
	Distribuição de <i>kits</i> odontológicos (escova dental, creme dental e fio dental)	96	19,47
	Aplicações tópicas de flúor	56	11,35
	Escovação supervisionada	96	19,47
Recuperação	Anamnese	11	2,23
	Exames clínicos	6	1,22
	Prescrições terapêuticas	7	1,42
	Exodontias de restos radiculares e de dentes comprometidos gravemente por doença periodontal	5	1,02
	Remoção de suturas	3	0,60
Matriciamento de diagnóstico bucal	Busca e diagnóstico de lesões bucais	12	2,43
TOTAL		493	100

Fonte: própria pesquisa, 2014.

O cirurgião-dentista, também, realiza a escuta qualificada, incluindo o acolhimento dos anseios, crenças e tabus das gestantes. Orienta, com respeito, possíveis mudanças na cavidade bucal durante a gravidez, ressaltando as maneiras adequadas de ter um autocuidado corporal, hábitos de vida saudável e uma boa saúde bucal.

Saúde bucal na puericultura

A puericultura é muito mais além de um conjunto de técnicas de higiene, nutrição e cuidado com a criança. O acolhimento deve estar dentro deste processo como forma de reforçar o vínculo e a humanização, principalmente, entre o cirurgião-dentista e o usuário.

Nos domicílios das puérperas foram realizadas orientações e instruções de higiene oral materna e, principalmente, infantil. Os cirurgiões-dentistas demonstraram para as puérperas a forma adequada de higienização oral dos bebês com a utilização de fraldas umedecidas com água filtrada para a limpeza pós-mama dos roletes gengivais.^{17,18} Além disso, alguns bebês foram submetidos a exame clínico para a verificação da presença de dentes neonatais, assim como anormalidades como a presença de fendas palatais, anquiloglossia parcial/total ou cistos orais palpáveis.

Informações foram fornecidas às mães sobre a importância da amamentação no desenvolvimento do sistema estomatognático, evitando um futuro respirador bucal e ortodôntico.¹⁸ Também foram ressaltados os valores de benefícios imunológicos, psicossociais e alimentares no processo de amamentação. Desta maneira, a amamentação deve ser mencionada com um dos principais fatores que favorecem ao fortalecimento do vínculo entre mãe e filho.

Saúde bucal em pacientes acamados

Nas residências de usuários acamados, por diversos motivos como idosos com idade avançada e jovens adultos vítimas de violência urbana e acidentes de transporte terrestre, foram realizadas orientações

sobre qualidade de vida como a criação de artefatos para evitar escoriações nas costas pelo fato do grande tempo em decúbito dorsal e a realização de arteterapias como desenhos e pinturas. Foram realizadas ações de escovação dentária e o uso de fio dental acompanhadas de orientações sobre higienização bucal.¹⁹

Nos pacientes com diagnóstico de câncer bucal, realizado por meio do exame clínico, a visita domiciliar fornecia o apoio psicológico-afetivo do paciente por parte da equipe de saúde bucal, o que ajudava o paciente no enfrentamento dos processos de terapia, tais como, quimioterapia e, principalmente, de radioterapia por ser extremamente dolorosa e que incapacitava a alimentação do paciente. Além disso, a visita favorecia o acompanhamento clínico das lesões por parte do cirurgião-dentista.

Nos domicílios de idosos dependentes e semidependentes foram desenvolvidas ações de promoção e prevenção em saúde como orientações sobre a saúde sistêmica incluindo doença como hipertensão arterial, diabetes mellitus e Alzheimer, além de estímulos a mudanças de hábitos sedentários para rotinas de vida saudável como a realização de caminhadas e visitas frequentes ao médico e cirurgião-dentista. Quanto à saúde bucal, foram dadas orientações sobre medidas de higienização bucal incluindo métodos de escovação dentária e protética, alterações de tecidos bucais e possíveis lesões orais.²⁰⁻²³

Quanto aos pacientes com necessidades especiais, por diversos motivos mentais e patológicos como os sequelados de acidente vascular cerebral (AVC), foram realizadas instruções de cuidado na saúde bucal levando em consideração os conhecimentos da família e dos cuidados quanto à doença.^{24,25} Os familiares e cuidadores devem receber uma atenção especial - educação em saúde e estímulo de força - na colaboração no cuidado a estes usuários acamados.

Visitas domiciliares

Pode-se apontar, assim como Barros et al.,²⁶ que as visitas domiciliares são benéficas, trazendo resultados positivos, pois é uma estratégia que viabiliza atender àqueles que possuem necessidades especiais, como idosos com idade bastante avançada, acamados como vítimas de acidentes e violência urbana, usuários com necessidades especiais como deficiência mental e motora. Para estes pacientes, há vários obstáculos devido à própria condição do paciente no acesso aos serviços de saúde odontológicos ofertados dificultando sua assistência em saúde bucal.

Existem vários nós críticos no processo de realização de visitas domiciliares como a dificuldade de acesso aos domicílios por inúmeros motivos como malha viária urbana precária, violência urbana, tráfico de drogas e falta de transporte. Há, ainda, outros fatores como a recusa de profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde a realizar tal atividade, priorização da assistência à saúde na UAPS pela gestão municipal, entre outros.

Corroborando com o Ministério da Saúde, o cirurgião-dentista apresenta papel fundamental na visita domiciliar desenvolvendo atividades de: promoção em saúde por meio da motivação e educação em saúde para o paciente e sua família; proteção e prevenção em saúde bucal como orientar higiene bucal e cuidados com prótese ao paciente, aplicação tópica de flúor e escovação supervisionada; tratamento clínico por meio de identificação de lesões orais. Além disso, o profissional estabelece uma rede de comunicação participativa com a família, coordenando o cuidado do paciente acamado com a saúde familiar.⁴

Como metas alcançadas, podem-se citar: o acesso aos usuários incapacitados de se dirigirem à UAPS (por vários motivos como barreiras físicas, socioeconômicas e de operacionalização dos serviços

de saúde); a rapidez no processo de cura com cuidado continuado no domicílio; a minimização de intercorrências clínicas; a diminuição de riscos de infecções hospitalares por oferecer atendimento odontológico no domicílio; a minimização dos efeitos das incapacidades ou doenças; o incentivo à aproximação profissional-paciente favorecendo o vínculo, desmistificando a figura do profissional da saúde como um “deus”.

Há, ainda, como resultados esperados, o suporte emocional para o paciente e familiares; a instituição do papel do cuidado perante a situação do usuário; o oferecimento da autonomia para o paciente, família e cuidador no cuidado em saúde; a orientação e instrução de pacientes e de seus cuidadores; o oferecimento de uma melhor qualidade, no seu contexto de doenças incuráveis, ao paciente terminal; a realização de procedimentos curativistas devolvendo a saúde bucal para estes pacientes.

Conclusão

É notório que a visita domiciliar ainda não está incorporada às atividades da equipe de saúde bucal da estratégia de saúde da família, porém ressalta-se que o cirurgião-dentista e toda a equipe de saúde bucal devem inseri-la no seu cotidiano para o estabelecimento de um vínculo mais efetivo entre a equipe de saúde bucal e a comunidade assistida, tendo como consequência uma maior humanização da atenção e do cuidado em saúde bucal.

A visita domiciliar proporciona a equidade e um atendimento humanizado a uma parcela da população distanciada da odontologia tradicional reconhecendo suas diferenças.

Este estudo ressalta a importância do cirurgião-dentista da ESF nas visitas domiciliares, contribuindo para o bem-estar físico e social dos pacientes. As principais atividades desenvolvidas nas visitas domiciliares realizadas por cirurgiões-dentistas são aquelas voltadas para promoção e prevenção em saúde bucal.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.527 de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União; 2011.
2. Marrelli TM. Welcome to home care: the health setting of the future. In: Marrelli TM, editor. Handbook of Home Health Orientation. Saint Louis: Mosby; 1997.
3. Giacomozzi CM, Lacerda MR. A Prática da Assistência Domiciliar dos Profissionais da Estratégia de Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(4):645-53. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000400013>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar - Volume 1. Capítulo 1 - Atenção Domiciliar e o SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
5. Mendes AO, Oliveira FA. Visitas domiciliares pela equipe de Saúde da Família: reflexões para um olhar ampliado do profissional. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2007;2(8):253-60.
6. Campos CR. A produção da cidadania - construindo o SUS em Belo Horizonte. In: Campos CR, Malta DC, Reis AT, Santos AF, Merhy EE, orgs. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998. p.11-30.
7. Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: Cecílio L, org. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec; 1994. p.117-60.
8. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, orgs. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p.71-112.
9. Malta DC, Merhy EE. Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993 - 1996. In: Brasil. Ministério da Saúde. Experiências inovadoras no SUS: produção científica doutorado e mestrado. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. p.69-101.

10. Solla JJSP. Acolhimento no sistema municipal de saúde. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2005;5(4):493-503. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292005000400013>
11. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
12. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE). Ceará em mapas. Caracterização territorial: limites e regionalizações. 2007 [Acesso 16 Dez 2013]. Disponível em: <http://www2.ipece.ce.gov.br/atlas/capitulo1/11/140x.htm>.
13. Martins JJ, Albuquerque GL, Nascimento ERP, Barra DCC, Souza WGA, Pacheco, WNS. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Texto Contexto Enferm*. 2007;16(2):254-62. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000200007>
14. Souza LM, Wegner W, Gorini, MIPC. Educação em Saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007;15(2):337-43. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000200022>
15. Chiesa AM, Veríssimo MDLOR. A Educação em Saúde na Prática do PSF. In: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (IDS); Universidade de São Paulo (USP); Ministério da Saúde, eds. *Manual de Enfermagem*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001 [acesso 01 Maio 2014]. p.34-42. Disponível em: http://intranet.ftc.br/upload/141196/195508_A_Educa__o_em_Sa_de_na_Pr_tica_do_PSF.pdf.
16. Cruz SS, Costa MCN, Gomes Filho, IS, Vianna MIP, Santos CT. Doença periodontal materna como fator associado ao baixo peso ao nascer. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(5):782-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000500013>
17. Cruz AAG, Gadelha CGF, Cavalcanti AL, Medeiros PFV. Percepção materna sobre a higiene bucal de bebês: um estudo no Hospital Alcides Carneiro, Campina Grande-PB. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2004;4(3):185-9.
18. Simioni LRG, Comiotto MS, Rêgo DM. Percepções maternas sobre a saúde bucal de bebês: da informação à ação. *RPG Rev Pos-Grad*. 2005;12(2):167-73.
19. Coelho FP. Visita domiciliar e o cuidado da saúde bucal dos pacientes acamados. *Anais do 12º Congresso Brasileiro de Medicina da Família e Comunidade*. 2013, 30 de Maio a 2 de Junho; Belém, PA.
20. Hiramatsu DA, Tomita NE, Franco LJ. Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista entre um grupo de idosos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(4):1051-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400026>
21. Miranda AF, Montenegro FLB. O cirurgião-dentista como parte integrante da equipe multidisciplinar direcionada à população idosa dependente no ambiente domiciliar. *Rev Paul Odontol*. 2009;31(3):15-9.
22. Braga EC, Sinatra LS, Carvalho DR, Cruvinel VR, Miranda AF, Montenegro FLB. Intervenção odontológica domiciliar em paciente idoso cego institucionalizado: relato de caso. *Rev Paul Odontol*. 2011;33(2):17-22.
23. Rocha DA, Franco MA. Atendimento odontológico domiciliar aos idosos: uma necessidade na prática multidisciplinar em saúde: revisão de literatura. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013;16(1):181-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232013000100018>
24. Tomita NE, Fagote BF. Programa Educativo em Saúde Bucal para Pacientes Especiais. *Odontol Soc*. 1999;1(1/2):45-50.
25. Chagas NR, Monteiro, ARM. Educação em saúde e família: o cuidado ao paciente, vítima de acidente vascular cerebral. *Acta Scient Health Sci*. 2004;26(1):193-204.
26. Barros GB, Cruz JPP, Santos AM, Rodrigues AAAO, Bastos KF. Saúde bucal a usuários com necessidades especiais: visita domiciliar como estratégia no cuidado à saúde. *Rev Saúde Com*. 2006;2(1):127-34.

O uso do correio eletrônico na comunicação entre usuários e uma equipe de saúde da família: relato de experiência

The use of electronic mail between users and a primary health care team: a case report

El uso del correo electrónico en la comunicación entre usuarios y un equipo de atención primaria: relato de experiencia

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

(Autor correspondente)

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

Gabriel Hahn Monteiro. Centro de Pesquisas em Oncologia (CEPON). Florianópolis, SC, Brasil. gabriel.lufchitz@gmail.com

Pedro Felipe Mylla Boso. Hospital Governador Celso Ramos, Florianópolis, SC, Brasil. pedro_boso@hotmail.com

George Lemos. Hospital Nossa Senhora das Graças, Curitiba, PR, Brasil. grlemos@hotmail.com

Resumo

Este relato descreve o uso do correio eletrônico por uma equipe de saúde da família para comunicação com os pacientes e agendamento. Tal uso surgiu como consequência de um processo de facilitação do acesso presencial e não presencial. No período de 25 meses houve crescimento no número de mensagens e de remetentes. Das 1437 mensagens recebidas, 61,5% foram para agendar consultas, 27,8% solicitavam informações em saúde e 7,6% eram sobre serviços oferecidos. As mulheres enviaram 87% das mensagens (63,3% delas tinham 20-40 anos). Em 60% das vezes, o contato referia-se à demanda do remetente e mais de 30% à de familiares. A equipe respondeu a 83% das mensagens em até 8 horas úteis. Na percepção da equipe, o uso do correio eletrônico melhorou a comunicação e o acesso e foi bem aceito pelos usuários, não prejudicando grupos mais vulneráveis. Investigações mais aprofundadas serão necessárias para avaliar a contribuição dessa ferramenta na Atenção Primária à Saúde.

Abstract

This report describes the use of electronic mail by a primary health care team (PHT) in order to communicate with patients and aid in scheduling. Such use has emerged as a result of a process of facilitating access, both electronically and face-to-face. During a 25-month study period, users sent a total of 1437 messages with the purpose of scheduling appointments (61.5%), asking health-related questions (27.8%), and inquiring about services offered (7.6%). Women submitted 87% of the messages (63.3% of them were 20-40 years of age), with 60% of these messages concerning themselves and over 30% of them concerning their families. The team responded to 83% of messages within 8 business hours. According to the team, the use of electronic mail has improved communication and access, and has been well received by users without harming the most vulnerable groups. Further investigation is needed to assess the full contribution of this tool to primary health care.

Palavras-chave:

Correio Eletrônico
Acesso aos Serviços de Saúde
Comunicação
Atenção Primária à Saúde

Keywords:

Electronic Mail
Health Service Accessibility
Communication
Primary Health Care

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: 22/06/2015.

Aprovado em: 08/11/2015.

Como citar: Poli Neto P, Tesser CD, Monteiro HG, Boso P, Lemos G. O uso do correio eletrônico na comunicação entre usuários e uma equipe de saúde da família: relato de experiência. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(37):1-9. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(37\)1167](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(37)1167)

Resumen

Este texto describe la utilización del correo electrónico por un equipo de salud de la familia para comunicación con los pacientes y marcación de citas. El correo surgió como consecuencia de un proceso para facilitar el acceso presencial y no presencial. En el período de 25 meses hubo crecimiento en el número de mensajes y de remitentes. De las 1.437 mensajes recibidas, el 61,5% fueron para la marcación de citas, el 27,8% solicitaban informaciones de salud y el 7,6% eran sobre servicios ofrecidos. Las mujeres enviaron el 87% de los correos (el 63,3% de ellas tenían entre 20 y 40 años). En el 60% de las veces, el contacto se refería a la demanda del remitente y más del 30% a las de sus familiares. El equipo contestó al 83% de los mensajes dentro de 8 horas útiles. Según el equipo, el uso del correo electrónico mejoró la comunicación y el acceso y fue bien acepto por los usuarios, sin perjudicar a los grupos más vulnerables. Investigaciones más profundas serán necesarias para evaluar la contribución de esta herramienta en la Atención Primaria a la Salud.

Palabras clave:

Correo Electrónico
Acceso a los Servicios de Salud
Comunicación
Atención Primaria de Salud

Introdução

O acesso é um dos pilares da organização de qualquer rede de serviços de saúde. Em muitos países, cabe às unidades de Atenção Primária (APS), compostas por médicos e enfermeiros generalistas, o papel de ser a porta de entrada e de atenção continuada para a maioria das demandas de uma população definida.^{1,2} Nesse contexto, é importante que a comunicação dos usuários com suas equipes de APS seja facilitada, permitindo consultas presenciais no momento adequado.^{3,4} Uma possibilidade nesse sentido é a dos contatos não presenciais, como telefone, mensagens de texto, correio eletrônico, dentre outras.

Avaliações de qualidade da APS realizadas a partir dos usuários, como a do *Primary Care Assessment - tool (PCA-Tool)*⁵ e a enquete realizada regularmente na Grã-Bretanha, avaliam o acesso por meio da facilidade em se conseguir uma consulta em até 48h, por oferecer ou não assistência fora do horário comercial e, também, pela possibilidade de um contato não-presencial, como por telefone ou *e-mail*.⁶

Uma característica do contato não presencial é que pode otimizar a utilização do tempo do usuário e da equipe ao evitar deslocamentos desnecessários, possibilitar agendamentos, orientações sobre algumas situações de saúde e questões administrativas. O contato não presencial vem sendo visto como uma ferramenta de comunicação e melhoria do acesso, considerando a disponibilização progressiva de novas tecnologias à população e aos profissionais, com custos cada vez menores.

O agendamento de consultas por telefone é prática bem estabelecida nos países desenvolvidos com APS forte e no Brasil no sistema privado, porém muito pouco utilizado no Sistema Único de Saúde (SUS). A experiência mais conhecida no SUS é a do SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), que faz a regulação telefônica da utilização de ambulâncias para o atendimento fora do domicílio de situações de urgências e emergências. Em outros países, o uso do telefone para orientações aos usuários na APS é consolidado.⁷ A maioria da população tem acesso, a resposta é imediata ou rápida, mas para os profissionais de saúde pode não ser tão satisfatório por ter o potencial de interromper atendimentos.⁸ No Reino Unido,⁶ 88,4% dos usuários agenda sua consulta por telefone. Para 71,8% deles, é fácil acessar a clínica de APS por esse meio, mas em anos anteriores chegava a 76,6%. O agendamento pela Internet passou de 3,2% em 2012 para 5,2% em 2015.⁶

A comunicação por correio eletrônico é mais recente e menos disseminada. O *e-mail* traz vantagens para a comunicação usuário-equipe, como a de não interromper as atividades dos profissionais e o de tornar as demandas e as respostas mais objetivas e organizadas.⁹ O acesso à Internet pelos brasileiros

vem crescendo, como pode ser constatado pelos últimos censos domiciliares realizados, o que faz do correio eletrônico uma possibilidade concreta de contato com seus profissionais de saúde.¹⁰

Embora haja polêmica sobre o uso do *e-mail* na APS,¹¹ há consistentes indícios e argumentos a seu favor e recomendações a respeito. Entre as 40 respostas rápidas ao artigo de debate de Gunning e Richards¹¹ presentes no site do BMJ (em 27/10/2015), aproximadamente 27 comentários se manifestam favoráveis (ressalvando cuidados com segurança e limites dessa via de comunicação) e 13 contrariamente ao uso do *e-mail*. Os argumentos contrários são baseados no medo de ser ‘inundado’ por *e-mails*, do uso impróprio pelos pacientes, de potenciais problemas de segurança, e de medo (ou recusa ou consideração) de que é inviável o trabalho extra envolvido em responder às mensagens. Os argumentos a favor convergem com os mencionados neste relato e consideram também que é inevitável o uso desses novos meios de comunicação.

O *Institute of Medicine*, dos Estados Unidos, recomenda o uso da comunicação por *e-mail* entre usuários e profissionais para a resolução de problemas não urgentes, pelo potencial de abordar inúmeras situações clínicas e administrativas, com otimização do tempo, melhora do cuidado e continuidade do atendimento.^{12,13}

O uso do correio eletrônico possibilita a comunicação rápida com o profissional responsável e uma ampla oferta de serviços, como a marcação de consultas, a renovação de receitas, avaliação e exames complementares, troca de dados em formas de textos e imagens e orientações gerais sobre saúde e sobre o funcionamento dos serviços.¹⁴ Ele pode ser usado também para a divulgação de informações e assuntos relativos à comunidade, visando à difusão de informações como instrumento complementar na educação em saúde.¹⁴

A comunicação por *e-mail* e outros meios não presenciais (sobretudo o telefone) tem seu lugar como complementar aos encontros presenciais, para incrementar a longitudinalidade e a diversidade dos modos de comunicação e orientação aos usuários, dentro de esforços para melhoria da adequação das várias respostas aos distintos tipos de demandas presentes na APS, de modo que os encontros presenciais sejam mais dedicados a quem deles mais precisa, e sejam reduzidos quando desnecessários.¹⁵

Pesquisa inglesa de satisfação mostrou que a maioria dos usuários gostaria de ter acesso ao seu médico por meio do correio eletrônico: 90% dos entrevistados gostaria deste contato e essa possibilidade determinaria inclusive a escolha por aquele profissional para 56% deles.¹⁶

Recentemente, Newhouse et al.,¹⁷ pesquisando 14 países europeus, encontraram que o uso de *e-mail* é muito variado, indo de 50% dos usuários na Dinamarca (em que os médicos da APS são obrigados a oferecer contato por *e-mail* aos usuários¹⁸) até 18% na França.

Em uma revisão sobre o tema nas principais bibliotecas virtuais, como Scielo, PubMed e Google Scholar, utilizando os descritores de ciências da saúde “correio eletrônico” e “atenção primária” e “comunicação” não foram encontrados estudos brasileiros ou no Brasil sobre o uso da comunicação por *e-mail* entre profissionais de saúde e seus pacientes regulares. Um estudo apenas relatou a experiência da utilização do correio eletrônico como uma ferramenta de telediagnóstico na área de odontologia no sul do país.¹⁹

O objetivo deste relato é descrever e analisar a experiência do uso dessa ferramenta entre junho de 2010 e agosto de 2012 por uma equipe de saúde da família.

Descrição da experiência

A experiência é apresentada a partir de duas fontes de informação: a) uma narrativa sobre o processo de implantação do correio eletrônico pela equipe. Um dos autores foi o responsável por implementar essa estratégia, operacionalizá-la junto à equipe, divulgar para os usuários e cuidar da conta nesse período; b) apresentação e discussão de alguns dados disponibilizados pela equipe e pela instituição (Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis) sobre a evolução de sua utilização, como o número e objetivo geral das mensagens, tipo de remetente e tempo de resposta dos profissionais. Essas informações foram alimentadas à época pela equipe em uma planilha *Excel*TM com o objetivo de monitorar e avaliar a utilização do correio eletrônico.

Quanto aos aspectos éticos, o relato foi construído a partir da narrativa de um dos autores que participaram da experiência. Os eventos relatados ocorreram dentro da rotina institucional regularmente executada pela equipe de saúde da família, não sendo objeto de sigilo ou confidencialidade. Os dados secundários apresentados, disponibilizados pela equipe e pela instituição não envolvem informações confidenciais de usuários ou profissionais, de modo que nenhuma informação sigilosa foi envolvida. Há algum conflito de interesses na medida em que um dos seus autores participou da experiência, o que viabiliza o relato e não o prejudica significativamente, desde que isso seja levado em conta.

A equipe de saúde da família Laranja (ESFL) pertence ao Centro de Saúde (CS) Ingleses, localizado na zona norte do município de Florianópolis-SC, e é uma das suas seis equipes de saúde da família. A população estimada dessa equipe era de 3600 pessoas à época. O bairro sofreu grandes transformações nas últimas décadas, passando de uma vila de pescadores e pequenos agricultores para uma importante zona turística da cidade. O CS é responsável por mais de 24 mil pessoas, grande parte representada por adultos jovens que trabalham na área de serviços.

Por ser uma região afastada do centro da cidade e pela rápida expansão da população, o CS tinha dificuldade para atrair e manter profissionais, especialmente médicos e enfermeiros, o que dificultava melhorias na organização do acesso. Antes da oferta do correio eletrônico, que iniciou com a ESFL e chegou a ser utilizado por outras equipes, o CS reorganizou todo o processo de trabalho nesse período. Cada uma das equipes passou a ter dois consultórios, um para o médico e outro para o enfermeiro, com grande oferta de consultas para o mesmo dia ou dia seguinte.²⁰ Duas equipes, dentre elas a ESFL, passaram a utilizar o telefone para agendamento de consultas nas primeiras duas horas da manhã e da tarde.

Essas mudanças foram muito bem aceitas pela população, que passou a utilizar mais o CS como referência para suas principais demandas. A utilização do correio eletrônico surgiu nesse movimento, como uma possibilidade a mais para os usuários agendarem consultas e dialogarem com seu médico ou enfermeiro e se tornou possível graças à facilidade para agendar com as outras modalidades de acesso já oferecidas. O fato de o CS ser informatizado, ter prontuário eletrônico e acesso à Internet foi outra condição essencial.

A ESFL abriu uma conta de *e-mail* em um dos grandes servidores mundiais, pela facilidade de manuseio. A população foi avisada dessa nova possibilidade de comunicação de diversas maneiras, inicialmente pelos próprios profissionais da equipe (médico, enfermeira, agentes comunitários de saúde [ACS] e técnicos de enfermagem). Mais tarde, confeccionou-se um carimbo com o endereço do *e-mail* que

era registrado no cartão de atendimento dos pacientes (com recursos dos próprios profissionais da equipe). Por fim, elaborou-se um cartão de visitas da equipe (também com recursos dos profissionais), com o nome do CS, da equipe, dos profissionais, a organização do acesso e as formas de contato (*e-mail* e telefone).

Todos os dias, o médico e a enfermeira da ESFL (ambos com carga horária de 40h semanais), disponibilizavam suas agendas das 8h às 10h e das 13h às 15h para o atendimento das pessoas que buscavam diretamente o CS ou agendavam por telefone. Um telefone celular ficava com um dos ACS, que se revezavam em uma recepção exclusiva da ESFL para o agendamento presencial e telefônico. A conta de *e-mail* era acessada durante todo o período de trabalho, pelo médico ou pela enfermeira, e as mensagens eram vistas e respondidas nos intervalos entre as consultas ou no final dos períodos da manhã e da tarde. Quando se tratava de um pedido de agendamento de consulta, respondia-se com a oferta de um horário de acordo com a necessidade ou pedido específico do usuário.

Como o correio eletrônico é gratuito e os computadores eram de uso rotineiro no serviço, não houve custo adicional na sua implantação.

Evolução do uso do correio eletrônico

A equipe contabilizou todas as mensagens enviadas e recebidas no que diz respeito ao número de *e-mails* recebidos e ao número total de contatos de usuários diferentes mensalmente no período de junho de 2010 a agosto de 2012. A utilização do *e-mail* para a comunicação com a equipe cresceu de forma continuada desde sua implantação, em julho de 2010 (Gráfico 1).

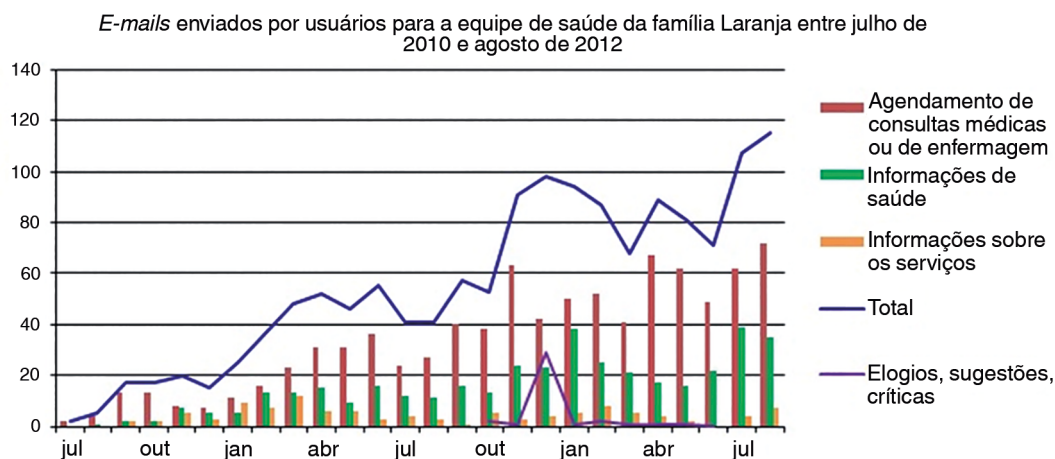


Gráfico 1. *E-mails* enviados por usuários para a equipe de saúde da família Laranja entre julho de 2010 e agosto de 2012.

Durante esse período, uma planilha *Excel*TM foi alimentada com informações sucintas sobre os *e-mails* enviados pelos usuários, como gênero, data de nascimento, data do envio, motivo da mensagem, tempo de resposta da equipe. O uso do *e-mail* foi classificado pela equipe em quatro categorias: agendamento de consultas, informações em saúde, informações sobre o serviço e uma quarta com elogios, sugestões e críticas.

Em 60% das mensagens, a demanda dos usuários foi o agendamento de consultas. Em seguida, vieram as “informações em saúde” (22%), que incluíam dúvidas sobre problemas clínicos comuns, orientações gerais sobre intervenções, dietas, atividade física, medicamentos, renovação de receitas, solicitação de exames laboratoriais, entre outros. Na categoria “informações sobre os serviços” surgiam questões sobre os horários e formas de acesso às atividades realizadas no CS, andamento de exames e de encaminhamentos, orientações sobre acesso a outros serviços de saúde e especialidades. No Gráfico 1 vê-se que a proporção entre os dois principais grupos, agendamento e informações de saúde, manteve-se estável, acompanhando o crescimento do total de mensagens.

O aumento no número de mensagens foi provavelmente relacionado também ao aumento no número de contatos (contas de *e-mail*) diferentes que utilizaram essa ferramenta, que chegou a 404 em agosto de 2012.

A equipe observou que a mesma conta do remetente vinha sendo utilizada para pessoas diferentes em mais de 30% das vezes, como para os filhos, pais, cônjuge e outros familiares, o que reforça o aspecto familiar e a amplitude da comunicação por *e-mail*.

Os usuários do *e-mail* foram 87% das vezes mulheres, sobretudo jovens e de meia idade (63,3% entre 20 e 40 anos; 24,8% entre 40 e 60 anos; e 10,1% acima de 60 anos).

O Gráfico 2 mostra o tempo decorrido do momento em que o *e-mail* foi recebido pela equipe até o momento em que ele foi respondido. Ao se considerar as “horas úteis” (horas dentro do horário de trabalho da equipe de saúde da família) até a resposta ser enviada, a maioria dos *e-mails* (cerca de 83%) foi respondida em até 8 “horas úteis”, mostrando bastante agilidade nessa comunicação. Segundo relato da equipe, a grande maioria das mensagens foi respondida dentro do horário de trabalho.

Número de *e-mails* por tempo (em minutos) de resposta da equipe aos usuários entre julho de 2010 e agosto de 2012

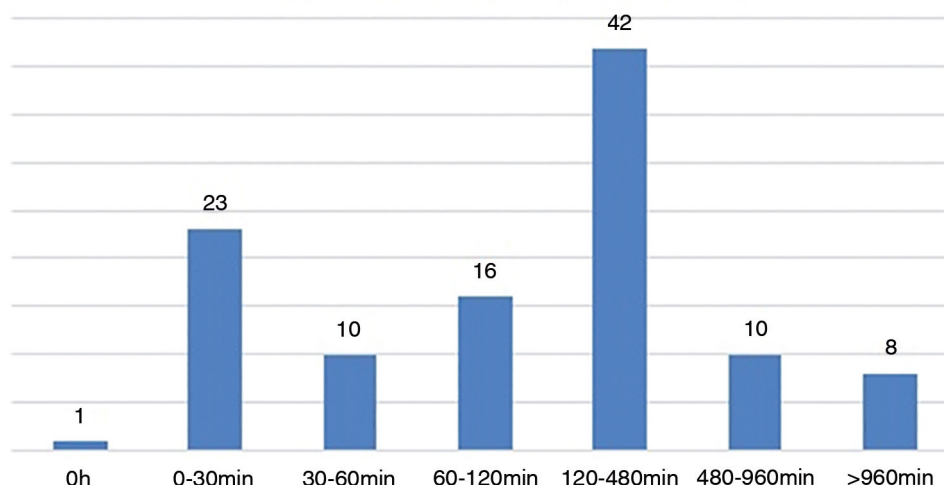


Gráfico 2. Número de *e-mails* por tempo (em minutos) de resposta da equipe aos usuários entre julho de 2010 e agosto de 2012.

O tempo gasto na resposta ao *e-mail* depende de vários fatores, como tamanho da mensagem recebida e complexidade da resposta, agilidade na sua viabilização e agilidade de leitura e digitação. Questões sobre orientações e informações em saúde e sobre serviços do CS provavelmente são respondidas de imediato após a leitura da mensagem, quando o médico ou a enfermeira são os respondentes (com alguma esperada maior autonomia do médico). Solicitações de agendamento dependem da organização e rotina da equipe.

Uma simulação pode ilustrar o processo, proporcionando uma estimativa de tempo gasto nas respostas aos *e-mails*. Ela pode ser feita a partir da velocidade de digitação, considerando que as mensagens recebidas são em sua grande maioria relativamente curtas e de fácil e rápida leitura. Supondo que o profissional digite em uma velocidade de aproximadamente 200 caracteres por minuto, que o número de mensagens recebidas pela equipe seja de 115 por mês, como mostra o Gráfico 1 após 1,5 anos de uso, e que as respostas sejam relativamente curtas, de até quatro linhas (com 70 caracteres) cada uma, tem-se que o tempo médio para responder à maioria dos *e-mails* seria em torno de 84 segundos, o que significa pouco mais de 2,5 horas mensais ou 36 minutos por semana nessa atividade. Se acrescentarmos a esse tempo de digitação o tempo necessário para alternância entre *softwares*, entrada na Internet e acesso ao editor do correio eletrônico, o tempo total parece não ser grande dentro das 40h semanais do médico e do enfermeiro, frente ao benefício potencial.

Discussão

O uso do *e-mail* nesta experiência foi na grande maioria das vezes por iniciativa dos usuários. Diferentemente, Car e Sheikh¹⁶ mencionam que 83% dos seus *e-mails* (levantamento de um ano, total de 84 mensagens) eram iniciativa suas ou do serviço, o que faz com que o conteúdo dos *e-mails*, nesse caso, seja mais administrativo. Estudos realizados em Portugal, uma realidade de APS mais próxima da brasileira, mostraram maior similaridade com este relato, em que há bem maior iniciativa de uso do *e-mail* pelos usuários, para diversas finalidades, como orientações, esclarecimento de dúvidas, agendamentos e informações administrativas.^{8,9,14}

Em pesquisa norte-americana,²¹ constatou-se que de 1 a 10% dos entrevistados (dependendo da região) têm acesso à comunicação eletrônica com seu médico. Ao responderem sobre a quais serviços gostariam de ter acesso por *e-mail*, citaram acompanhamento de situações clínicas, informações sobre receitas medicamentosas, envio e análise de exames. Também foi lembrado que o profissional de saúde poderia enviar avisos sobre questões de saúde para a comunidade (como campanhas de vacinação), marcar e desmarcar consultas e renovar prescrições de continuidade.

Quanto à resposta dos *e-mails* e ao tempo implicado nela, estudos portugueses^{9,14} mostraram resultados relativamente semelhantes: também lá, apesar do ritmo acelerado de trabalho, profissionais absorveram o uso do *e-mail* (com progressivo manuseio dos profissionais administrativos). O tempo de resposta era semelhante (até 12h ou dois dias após o recebimento para a maior parte das mensagens recebidas.¹⁴) Ponte⁸ observou o mesmo tempo médio gasto nas respostas que estimamos, cerca de 30 minutos por semana. Se na APS dos países de alta renda, com menos usuários por equipe, o tempo gasto nas respostas é uma das preocupações, pois significa trabalho extra para os profissionais, no contexto brasileiro, com piores condições socioeconômicas e equipes subdimensionadas, esse tempo é também

relevante para a viabilidade do uso. Nesta experiência, tal tempo se mostrou aceitável, pelo relato dos profissionais e pela simulação acima. Em todo o caso, o uso do *e-mail* deve ser considerado no contexto da agilização do acesso e da comunicação dos usuários com a equipe, com esquema ágil de agendamento e uso concomitante de telefone, objetivando diminuir idas desnecessárias dos usuários ao serviço.

Em outros estudos de utilização do *e-mail* na APS também a maioria dos utilizadores pertence ao sexo feminino^{9,14} (exceção feita ao estudo de Newhouse et al.¹⁷), encontra-se na faixa etária entre 30 e 60 anos e possui escolaridade superior a 8 anos.

Segundo Car e Sheikh,¹⁶ uma das principais preocupações com a utilização do *e-mail* é favorecer o acesso a uma parcela da população com mais recursos, reproduzindo “a lei dos cuidados inversos”. Esse é um cuidado relevante em situações sociais muito precárias, comuns no Brasil, que deve ser observado. Nesta experiência, tendo isso em vista, o *e-mail* foi oferecido acompanhado de outras formas de facilitação e agilização de acesso, como a consulta-dia (atendimento com horário agendado para o mesmo dia) marcada por telefone ou presencial e disponibilidade de grande tempo do médico e enfermeira para os demandantes presenciais do dia, facilitando ao máximo o acesso. Na percepção empírica da equipe o uso do *e-mail* não reforçou a leis dos cuidados inversos. Ao contrário, parece ter tornado o acesso e o agendamento presencial algo mais disponíveis para todos, sem prejuízo dos mais vulneráveis ou com menos recursos, o que, todavia, não se pode afirmar. Novas experiências e estudos adicionais são necessários para avaliação desses aspectos críticos. Também não é possível estimar se o uso do *e-mail* e do telefone diminuiu ou aumentou o volume de atendimentos presenciais.

Considerações finais

Supondo a existência de microcomputadores conectados à Internet nos serviços, a implantação do uso do correio eletrônico é relativamente simples se considerarmos que o custo é praticamente nulo e só exige mobilização da equipe, disciplina e disponibilidade dos profissionais que o manuseiam e divulgação aos usuários. Após 25 meses de utilização do *e-mail* na comunicação entre a equipe de saúde da família e a população vinculada, houve um crescimento constante de seu uso, no número de mensagens e no número de contatos diferentes. Variados usos ocorreram, como marcação de consultas, troca de informações e esclarecimento de dúvidas entre a equipe de saúde e sua população, com adesão significativa dos usuários. Nesta experiência, o tempo de trabalho envolvido nas respostas foi relativamente pequeno e aceitável.

O serviço de *e-mail* proporciona benefícios à APS, como a não restrição da interação ao encontro presencial, a diminuição de tempo de resposta ao paciente, a facilidade na apresentação de exames ou dúvidas e a possibilidade de informações e orientações de saúde, sendo especialmente útil no acompanhamento de usuários com problemas crônicos.

Parece haver espaço para o crescimento do uso do *e-mail* na APS brasileira, devido à propagação da Internet entre os usuários. Sugere-se novas experiências e pesquisas com o objetivo de avaliar as preferências dos pacientes e dos profissionais, a melhor maneira de integrar o *e-mail* aos serviços, a possível influência desse recurso na relação equipe ou médico-usuários e a identificação de possíveis grupos sociais mais beneficiados. Com isso, poderão ser identificadas as adaptações, condições e cuidados necessários para não haver reforço da lei dos cuidados inversos com o uso do correio eletrônico na APS do país.

Referências

1. Dixon S, Sampson FC, O’Cathain A, Pickin M. Advanced access: more than just GP waiting times? *Fam Pract*. 2006;23(2):233-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/ctmi104>
2. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO, Ministério da Saúde: Brasília; 2002 [acesso 12 Jun 2015]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf
3. Murray M, Berwick DM. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *JAMA*. 2003;289(8):1035-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.289.8.1035>
4. Schoen C, Osborn R, Doty MM, Bishop M, Peugh J, Murukutla N. Toward higher-performance health systems: adults’ health care experiences in seven countries, 2007. *Health Aff (Millwood)*. 2007;26(6):w717-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.26.6.w717>
5. Harzheim E, Oliveira MMC, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR, et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(29):274-84. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(29\)829](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(29)829)
6. NHS - The GP Patient Survey - National Summary Report (January 2015 Publication) [acesso 11 Jun 2015]. Disponível em: <http://gp-survey-production.s3.amazonaws.com/archive/2015/January/January%202015%20National%20Summary%20Report.pdf>
7. Bunn F, Byrne G, Kendall S. Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(4):CD004180.
8. Ponte C. A utilização do correio electrónico na comunicação com os utentes da USF Porta do Sol. *Rev Port Clin Geral*. 2011;27(3):274-80.
9. Pinhão R, Calisto M, Pimentel MA, Fernandes R. Implementação da comunicação médico-doente via endereço electrónico na consulta de MGF. *Rev Port Clin Geral*. 2009;25(6):634-8.
10. Programa Nacional de Banda Larga (PNBL) - Brasil Conectado. Presidência da República Federativa do Brasil, 2010 [acesso 15 Jun 2015]. Disponível em: <http://www.mc.gov.br/publicacoes>
11. Gunning E, Richards E. Should patients be able to e-mail their general practitioner? *BMJ* 2014;349:g5338. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g5338>
12. Committee on Quality Health Care, Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press; 2001 [acesso 11 Jun 2015]. Disponível em: http://books.nap.edu/html/quality_chasm/reportbrief.pdf
13. Patt MR, Houston TK, Jenckes MW, Sands DZ, Ford DE. Doctors who are using e-mail with their patients: a qualitative exploration. *J Med Internet Res*. 2003;5(2):e9. DOI: <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.5.2.e9>
14. Monica G. O uso do e-mail na comunicação com o médico de família: catorze meses de experiência. *Rev Port Clin Geral* 2009;25(6):639-46.
15. Gervas J, Bonis J. El debate profesional acerca de la escasez de médicos. *Rev Esp Salud Pública* 2008; 82(6):627-35.
16. Car J, Sheikh A. Email consultations in health care: 2--acceptability and safe application. *BMJ*. 2004;329(7463):439-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.329.7463.439>
17. Newhouse N, Lupiáñez-Villanueva F, Codagnone C, Atherton H. Patient use of email for health care communication purposes across 14 European countries: an analysis of users according to demographic and health-related factors. *J Med Internet Res*. 2015;17(3):e58. DOI: <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.3700>
18. Danish Ministry of Health. eHealth in Denmark: eHealth as a part of a coherent Danish health care system. 2012 [acesso 11 Jun 2015]. Disponível em: URL: http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2012/Sundheds-IT/Sundheds_IT_juni_web.ashx
19. Torres-Pereira C, Possebon RS, Simões A, Bortoluzzi MC, Leão JC, Giovanini AF, et al. Email for distance diagnosis of oral diseases: a preliminary study of teledentistry. *J Telemed Telecare*. 2008;14(8):435-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1258/jtt.2008.080510>
20. Gusso G, Poli Neto P. Gestão da Clínica. In: Gusso G, Ceratti JM Lopes. *Org. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Princípios, formação e prática*. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2012. p.161-5.
21. Houston TK, Sands DZ, Jenckes MW, Ford DE. Experiences of patients who were early adopters of electronic communication with their physician: satisfaction, benefits, and concerns. *Am J Manag Care*. 2004;10(9):601-8.