

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



Volume 11, Número 38, Jan-Dez 2016
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

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

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

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

EQUIPE EDITORIAL

EDITORES

Prof. Dr. Gustavo Diniz Ferreira Gusso, Universidade de São Paulo (USP), Brasil
Prof. Dr. Paulo Poli Neto, Universidade Federal do Paraná (UFPR), Brasil
Prof. Dr. Thiago Dias Sarti, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

SECRETÁRIA EXECUTIVA

Marli Machado de Souza, Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

EDITORES ASSOCIADOS

Prof. Dr. Altacilio Aparecido Nunes, Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil **Profa. Dra. Aldaísa 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 (UFCSPA). 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 **Profa. Dra. Camila Giugliani**, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). 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 **Profa. Dra. Dannielle Fernandes Godoi**, Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SMS). Florianópolis, SC, Brasil **Prof. Dr. Erno Harzheim**, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). 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 (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil **Prof. Dr. Juan Gervas**, Equipo CESCA, Madrid, Espanha **Profa. Dra. Luciane Loures dos Santos**, Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil **Prof. Dr. Marcelo Marcos Piva Demarzo**, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). São Paulo, SP, Brasil **Prof. Dr. Marcelo Rodrigues Gonçalves**, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil **Prof. Dr. Mario Maia Bracco**, Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein (IIEPAE). São Paulo, SP, Brasil **Profa. 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 **Profa. Dra. Patricia Barreto Cavalcanti**, Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa, PB, Brasil **Profa. Dra. Roberta Alvarenga Reis**, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). 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 **Profa. Dra. Sandra Fortes**, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil **Profa. 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



Diretoria da SBMFC (2016 - 2018)

Thiago Gomes da Trindade
Presidente

Paulo Poli Neto
Vice-Presidente

Daniel Knup
Secretário Geral

Samantha França
Diretora Administrativo e Financeiro

Rodrigo Bandeira de Lima
Diretor de Comunicação

Nulvio Lermen Junior
Diretor de Titulação e Certificação

Denize Ornelas
Diretora de Exercício Profissional e Mercado de Trabalho

Magda Moura de Almeida
Diretor de Medicina Rural

André Luiz da Silva
Diretor Ensu

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

Olivan Queiroz
- Departamento de Graduação
Maria Eugênia
- Departamento de Pós-Graduação Stricto

Giuliano Dimarzio
Diretor Científico e de Desenvolvimento Profissional Contínuo

Martim Elviro
- Departamento de Educação Permanente
Gustavo Gusso
- Departamento de Publicação
Sandro Batista
- Departamento de Pesquisa

André Andrade Justino
Departamento de Residência

Patrícia Chueri
Departamento de Especialização

Emilio Rossetti Pacheco
- Comissão de Titulação
Jardel Corrêa de Oliveira
- Comissão de Titulação
Lais Melo
- Diretora Residente
José Carlos Arrojo
- Diretor Residente

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

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

CDD 362.1

Filiada à:



Apoio:

Produção Editorial:



Indexada em:



Sumário / Contents / Sumario

EDITORIAL

A medicina de família e comunidade revista

The Family and Community Medicine revised

La Medicina Familiar y Comunitaria revisada

Gustavo Diniz Ferreira Gusso, Paulo Poli Neto

ARTIGOS DE REVISÃO

Melatonina na insônia primária: Quais as evidências?

Melatonin in primary insomnia: what is the evidence?

La melatonina en insomnio primario: ¿ qué evidencias?

Rui Miguel Costa, Ivone dos Santos Martins

Uso de estatinas e o risco de Diabetes Mellitus tipo 2: Revisão Baseada na Evidência

Statin Drug Use and the Risk of type 2 Diabetes Mellitus: Evidence-based Revision

Uso de estatinas y el riesgo de Diabetes Mellitus tipo 2: Revisión basada en evidencias

Susana Pires Silva, Nuno Monteiro

ARTIGOS DE PESQUISAS

Caracterização do uso do alendronato para osteoporose na Atenção Primária à Saúde

Characterization of alendronate utilization for osteoporosis in Primary Health Care

Caracterización de el uso de alendronato para la osteoporosis en Atención Primaria de Salud

Chrislenny Aguiar Nobre, Vanessa Maria de Souza Fernandes Vieira, Christiane Aguiar Nobre, Ysabely de Aguiar Pontes Pamplona

Perfil sociodemográfico, ocupacional e avaliação das condições de saúde mental dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul, RS

Sociodemographic and occupational profile and evaluation of mental health disorders of employees of the Family Health Strategy in a city of Rio Grande do Sul, RS

Perfil sociodemografico, ocupacional y evaluación de las condiciones de salud mental de los trabajadores de Estrategia de Salud de la Familia en un municipio de Rio Grande do Sul, RS

Izadora Joseane Borrajo Moreira, Jorge André Horta, Luciano Nunes Duro, Daniela Teixeira Borges, Anderson Berni Cristofari, Jéssica Chaves, Débora Cristina Haack Bassani, Emanuelle Damo Cerizolli, Raquel Montagna Teixeira

Alta adesão aos medicamentos prescritos apesar de baixo comparecimento às reuniões de grupo entre pacientes do programa HIPERDIA

High adherence to prescribed medications despite low attendance at group meetings of patients in the HIPERDIA program

Alta adherencia a los medicamentos prescritos a pesar de baja asistencia a las reuniones de grupo entre los pacientes del programa HIPERDIA

Rafaella Boszczovski, Dilson Fronza, Mayara Angélica Bolson

Cobertura da vacina meningocócica C nos estados e regiões do Brasil em 2012

Coverage of the meningococcal C vaccine in the states and regions of Brazil in 2012

Cobertura de la vacuna contra el meningococo C en los estados y regiones de Brasil en 2012

Rosália Garcia Neves, Andrea Wendt, Caroline dos Santos Costa, Thayná Ramos Flores, Ana Luiza Gonçalves Soares, Fernando César Wehrmeister

Depressão pós-parto e satisfação conjugal: impacto longitudinal em uma amostra brasileira

Postpartum depression and marital satisfaction: a longitudinal study in a Brazilian sample

Depresión posparto y satisfacción con la relación de pareja: impacto longitudinal en una muestra brasileña

Cody S Hollist, Olga Garcia Falceto, Bruna Larissa Seibel, Paul R Springer, Nalu A Nunes, Carmen Luiza Corrêa Fernandes, Richard B Miller

Triagem de hipotireoidismo em crianças - Visão dos médicos da atenção primária à saúde de um município de médio porte

Hypothyroidism screening in children: Views of primary health care physicians from a medium-sized city

Detección de hipotiroidismo en niños - Visión de los médicos de atención primaria a la salud de un municipio de tamaño medio

Nathalia Bordeira Chagas, Leonardo Antonelli, Vanessa Furino, Debora Gusmão Melo, Carla Maria Ramos Germano

Perfil de usuários com prescrição de omeprazol em uma Unidade Básica de Saúde do Sul do Brasil: considerações sobre seu uso racional

Use of omeprazole at a Basic Health Unit in southern Brazil: patient profile, indication, and duration of use

Perfil de usuario de recetas de omeprazol en una Unidad Básica de Salud en el sur de Brasil: impacto del tiempo de tratamiento y el uso racional de los medicamentos

Priscila Hipólito, Bruno Simas da Rocha, Francisco Jorge Arsego Quadros de Oliveira

Utilização da Classificação Internacional em Atenção Primária no mundo

Worldwide Usage of International Classification of Primary Care

El uso de la Clasificación Internacional de la Atención Primaria en el mundo

Nuno Basílio, Carla Ramos, Sofia Figueira, Daniel Pinto

Conhecimentos, atitudes e prática de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em relação à incontinência urinária feminina

Knowledge, attitudes and practice of physicians and nurses of Family Health Strategy regarding female urinary incontinence

Conocimientos, actitudes y práctica de médicos y enfermeros de la Estrategia de Salud Familiar en relación a la incontinencia urinaria femenina

Ana Caroline Portela Rocha, Adriana Barbieri Feliciano, Maristela Carbol, Cecília Candolo, Fernanda Vieira Rodovalho Callegari

Microcephaly and Zika Virus: clinical features and associations

Microcefalia e Zika Vírus: características e associações

Microcefalia y Virus Zika: características y asociaciones

Cynthia Molina Bastos, Otávio Pereira D'Ávila, Roberto Nunes Umpierre, Lavinia Schuler Faccini, Marcelo Rodrigues Gonçalves, Erno Harzheim

Avaliação da presença e extensão dos atributos de atenção primária em dois modelos coexistentes na rede básica de saúde do Município de São Paulo

Assessment of the presence and extent of primary care attributes in two coexisting models of the primary health care network of the city of São Paulo

Evaluación de la presencia y extensión de los atributos de atención primaria de salud en dos modelos coexistentes en la red básica de salud de la ciudad de São Paulo

Bruno Brunelli, Gustavo Diniz Ferreira Gusso, Itamar de Souza Santos, Isabela Judith Martins Benseñor

Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde

The current challenges of Home Care in Primary Health Care: an analysis in the National Health System perspective

Los desafíos actuales de la atención a domicilio en la atención primaria a salud: un análisis desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud

Leonardo Cançado Monteiro Savassi

Qualidade de vida dos pacientes hipertensos em uma unidade de saúde

Life quality of hypertensive patients in a health care unit

La calidad de vida de los pacientes hipertensos en un centro de atención médica

André Alexey Polidoro, Marcelo Garcia Kolling

Como se estuda o que não se diz: uma revisão sobre demanda oculta

How do we study what is not said: a review on hidden agenda

Cómo se estudia lo que no se dice: una revisión sobre demanda oculta

Antônio Augusto Dall'Agnol Modesto, Marcia Thereza Couto

Infecções comunitárias do trato urinário: prevalência e susceptibilidade aos antimicrobianos na cidade de Florianópolis

Community urinary tract infections: prevalence and antimicrobial susceptibility in Florianópolis

Infecciones comunitarias del tracto urinario: prevalencia y susceptibilidad antimicrobiana en Florianópolis

Débora Monteiro dos Santos Alves, Marcos Krahe Edelweiss, Lúcio José Botelho

Perfil dos pacientes e contexto das consultas em que se fez pela primeira vez o diagnóstico de depressão no Centro de Saúde de Eiras, durante o ano de 2011

Patient's profile and the context of consultations in which the diagnose of depression was made for the first time in Eiras Health Centre in 2011

Perfil de los usuarios y contexto de las consultas en que se hizo el primer diagnóstico de depresión en el Centro de Salud de Eiras durante el año de 2011

Paula Miranda, Philippe Botas, Mariana Abreu, Carolina Pereira, Luiz Miguel Santiago

Avaliação de treinamento em suporte básico de vida para médicos e enfermeiros da atenção primária

Assessment of basic life support training for primary health care doctors and nurses

Evaluación de la capacitación en soporte vital básico para médicos y enfermeros de la atención primaria

Luiz Ernani Meira Júnior, Fabiane Mendes Souza, Leonardo Canela Almeida, Gilson Gabriel Viana Veloso, Antônio Prates Caldeira

A percepção de apoio social e a sintomatologia depressiva em mulheres jovens atendidas em uma Unidade de Saúde da Família

The perception of social support and depressive symptomatology in young women assisted at a Family Health Center

La percepción de apoyo social y la sintomatología depresiva en mujeres jóvenes atendidas en una Unidad de Salud de la Familia

Viviane Vedovato Silva Rocha, Cassiana Moraes de Oliveira, Rosana Shuhama

Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool

Comparative Study between Health Care Units with and without Family Health Strategy using PCATool

Estudio comparativo de las unidades de salud con y sin la Estrategia Salud de la Familia a través PCATool

Julie Silvia Martins, Silvio Carlos Coelho Abreu, Michele Peixoto Quevedo, Monique Marie Marthe Bourget

Aspectos da regulação em saúde na visão de equipes de saúde da família de um município de pequeno porte

Aspects of healthcare regulations according to family health teams in a small city

Aspectos de la regulación de la salud en la visión de los equipos de salud de la familia de una ciudad pequeña

Janise Braga Barros Ferreira, Daniela Cacilda Caldas, Luciane Loures dos Santos, Luciana Cisoto Ribeiro, Lucieli Dias Pedreschi Chaves

Acesso às consultas médicas nos serviços públicos de saúde

Access to medical appointments in public health services

El acceso a las consultas médicas en los servicios de salud pública

Orlene Veloso Dias, Flávia Ferreira Araújo, Rayana Meireles de Oliveira, Rosângela Barbosa Chagas, Simone de Melo Costa

Relatos médicos sobre formação acadêmica e trabalho na Estratégia de Saúde da Família

Medical reports on academic training and work in Family Health Strategy

Informes médicos acerca de la educación y trabajo en la Estrategia de Salud de la Familia

Jaqueline Santos Barboza, Amanda Batista da Silva Lemos, Bruna Fraga Guimarães Barreiro, Gabriela Bernardes Martins Peixoto

Fatores de risco e proteção de doenças crônicas em adultos: estudo de base populacional em uma cidade de médio porte no sul do Brasil

Risk and protective factors for chronic diseases in adults: population-based study in a medium-sized town in the South of Brazil

Factores de riesgo y protección para enfermedades crónicas en adultos: estudio de base poblacional en una ciudad de tamaño mediano en el sur de Brasil

Carine Baumgartel, Mihaela Onofrei, Leo Lynce Valle Lacerda, Luciane Peter Grillo, Tatiana Mezadri

ARTIGOS DE REVISÃO CLÍNICA

Tratamento da Insônia em Atenção Primária à Saúde

Treatment of Insomnia in the Primary Health Care

Tratamiento del Insomnio en Atención Primaria

Nelson Ferreira Ribeiro

CASOS CLÍNICOS

Gestão de cuidados ao idoso dependente: Relato de um caso

Care management of the dependent elderly: A case report

Gestión de la atención a los ancianos dependientes: Relato de un caso clínico

Dalila Teixeira

Quando a preguiça é sinônimo de doença - um caso de doença de McArdle

When laziness unveils the disease - a case of McArdle disease

Quando la pereza es sinónimo de enfermedad - un caso de enfermedad de McArdle

Vera Fernanda Mesquita Amaral, Aníbal Alberto Sá Martins

Atrofia de Múltiplos Sistemas: gestão de caso complexo em uma Unidade de Saúde da Família

Multiple System Atrophy: complex case management in a Family Health Team

Atrofia multissistêmica: gestión de caso complejo en una Unidad de Salud Familiar

Natália Rocha Henriques Magela, Luciane Loures dos Santos, Tiago Batistella, Marcela Stábile da Silva Fukui, Janise Braga Barros Ferreira

Três médicos e uma mãe

Three doctors and a mother

Tres médicos y una madre

Micaela Amaral Prata, Mariana Fonseca, Mafalda Gonçalves, Margarida Sousa, Lia Rocha

Vida e morte na atenção primária à saúde: reflexões sobre a vivência do médico de família e comunidade ante a finitude da vida

Life and death in primary care: family and community physician's reflections before the finitude of life

Vida y muerte en el nivel primario de atención: reflexiones sobre la experiencia del médico familiar con la finitud de la vida

Renata Regina Vieira, Amália Rocha Robortella, Amanda Brólio de Souza, Gustavo Shikanai Kerr, Janaine Aline Camargo de Oliveira

HISTÓRIAS DA LINHA DE FRENTE

Vivência em Consultório na Rua do Rio de Janeiro: a situação de rua sob uma nova perspectiva

Experience in "Consultório na Rua" in Rio de Janeiro: homeless people from a new perspective

Experiencia en "Consultório na Rua" en Rio de Janeiro: las Personas sin Hogar en una nueva perspectiva

Bruno Paladini Camargo

DESAFIO (QUIZ)

Zika Vírus

Cynthia Molina Bastos, Otávio Pereira D'Ávila, Roberto Nunes Umpierre, Marcelo Rodrigues Gonçalves, Erno Harzheim

DOCUMENTOS DA SBMFC

Manifesto de Natal - Por uma política afirmativa no recrutamento, formação, provimento, retenção e suporte para as médicas de família em contexto rural e remoto

Natal Manifest - For an affirmative policy in the establishment, recruitment, continuing education and support to the female family doctors in rural and remote contexts

Manifiesto de Natal - Por una política comprometida en la radicación, contratación, formación continuada y apoyo para las médicas de familia em contextos rurales y remotos

Monica Correia Lima, Marcela Cuadrado, Thereza Cristina Gomes Horta, Magda Almeida, Ariane Pinheiro, Paula Christianne Gomes G. Souto Maia, Candida Pereira Melo, Eneline de Andrade Heráclito Gouveia Pessoa, Viviane Xavier, Maria Carolina Pereira da Rocha

ENSAIOS

Compaixão e medicina centrada na pessoa: convergências entre o Dalai Lama Tenzin Gyatso e Ian McWhinney

Compassion and patient-centered medicine: convergences between the Dalai Lama Tenzin Gyatso and Ian McWhinney

La compasión y la medicina centrada en la persona: convergencias entre el Dalai Lama Tenzin Gyatso y Ian McWhinney

Leandro David Wenceslau, Eberhart Portocarrero-Gross, Marcelo Marcos Piva Demarzo

e-Health and Primary Care in Brazil: concepts, correlations and trends

e-Saúde e Atenção Primária no Brasil: conceitos, correlações e tendências

e-Salud y Atención Primaria en Brasil: conceptos, tendencias y correlaciones

Gustavo de Araújo Porto Landsberg

RELATOS DE EXPERIÊNCIA

Abordagem Familiar: aplicação de ferramentas a uma família do município de Montes Claros/MG

Family Approach: application of tools in a family from Montes Claros/MG

Abordaje Familiar: aplicación de herramientas para una familia do Municipio de Montes Claros/MG

Anne Raissa Souza Dias Brante, Danuse Silveira Martins, Fabrícia Maria Visu Neves, Janette Caldeira Fonseca, Julimary Larissa Mendes Ottoni, Renata Francine Rodrigues de Oliveira

ENSAIO/ESPAÇO ABERTO

O uso de larvicidas em água potável é seguro?

Is the use of larvicides in drinking water safe?

¿El uso de lavicida en la agua potable es seguro?

Cynthia Molina Bastos, Otávio Pereira D'Avila, Roberto Nunes Umpierre, Lavínia Schuler Faccini, Marcelo Rodrigues Gonçalves, Erno Harzheim

ARTIGOS TRADUZIDOS

Sobrediagnóstico e tratamento excessivo: Médicos generalistas - é hora de uma revolução na medicina

Julian Treadwell, Margaret McCartney

A medicina de família e comunidade revista

The Family and Community Medicine revised

La Medicina Familiar y Comunitaria revisada

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

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

Resumo

Assumimos como editores da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC) há quase um ano. Nesse período tentamos implementar uma reforma na gestão para que a Revista ganhasse em eficiência. Ao mesmo tempo, modificamos alguns fluxos, fornecedores, secretaria e escopo.

Abstract

We have assumed as editors of the Brazilian Journal of Family and Community Medicine (RBMFC) for almost a year. During this period we have tried to implement a management reform in order to gain efficiency. At the same time, we modified some flows, suppliers, office and scope.

Resumen

Asumimos como editores de la Revista Brasileña de Medicina de Familia y Comunitaria (RBMFC) hace casi un año. Durante este período tratamos de poner en práctica una reforma de la gestión para el aumento de la eficiencia. Al mismo tiempo, hemos modificado algunos flujos, los proveedores, la oficina y el alcance.

Como citar: Gusso GDF, Poli Neto P. A medicina de família e comunidade revista. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-3. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1319](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1319)

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: 11/04/2016.

Aprovado em: 18/04/2016.

Assumimos como editores da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC) há quase um ano. Nesse período tentamos implementar uma reforma na gestão para que a Revista ganhasse em eficiência. Ao mesmo tempo, modificamos alguns fluxos, fornecedores, secretaria e escopo.

Até 2015 a Revista privilegiava Artigos de Pesquisa. A partir de 2016 além de Artigos de Pesquisa estamos encorajando os autores a submeterem Artigos de Revisão Clínica que avaliem criticamente algum tema importante para a Atenção Primária à Saúde e para o médico de família e comunidade. Também abrimos espaço para casos clínicos, histórias da linha de frente e artigos que debatam otimização do cuidado (<http://www.rbmfmc.org.br/rbmfc/about/editorialPolicies#sectionPolicies>). Dessa forma, pretendemos nos aproximar da realidade dos leitores e da chamada “linha de frente”.

O médico de família e comunidade é o clínico da pessoa (inserida numa família e numa comunidade), não da doença nem da população, e infelizmente as publicações e mesmo as residências de MFC no Brasil ainda não se renderam totalmente a este fato e muitas vezes resistem por influência da medicina preventiva, cujo foco é majoritariamente populacional, ou por achar que ser clínico é algo “menor”, “menos interessante” ou até “penoso”. Mas a clínica da medicina de família e comunidade tem inúmeras especificidades que pretendemos debater cada vez mais na revista. É marcada pelo acesso, coordenação do cuidado, longitudinalidade, cuidado abrangente, prevenção quaternária, medicina centrada na pessoa, e acima de tudo pelo ceticismo crucial para a medicina cientificamente embasada que só é possível dada a isenção e posicionamento do médico de família e comunidade: não tem compromisso com um órgão, faixa etária, sexo ou alguma política verticalizante. O único compromisso é com a pessoa que procura ajuda.

É nesse sentido que a revista pretende contribuir para a ciência. Ocupando um espaço específico e essencial no sistema de saúde e no mundo da ciência. Temos o objetivo de sermos indexados por cada vez mais bibliotecas eletrônicas e procuramos seguir à risca as regras da Scielo. Acreditamos que a indexação será a consequência natural da contribuição para a ciência em uma área tão importante e não um fim em si mesmo.

Temos participado dos eventos da Associação Brasileira de Editores Científicos (ABEC) e cada vez mais as revistas são eletrônicas de fato. Ou seja, por prescindirem do papel, e a RBMFC já não é impressa há algum tempo, há mais flexibilidade e potencialidades que pretendemos aproveitar. Assim, a partir de 2016 teremos apenas um número por ano e os artigos serão disponibilizados na medida que ficarem prontos. Isso facilita o fluxo e agiliza a publicação.

Continuamos usando o Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas (SSER) que é gratuito mas fizemos inúmeras modificações que permitem um fluxo ágil e otimizado. Temos fornecedores que são os mesmos das melhores revistas científicas nacionais. A Editage faz a revisão do inglês e espanhol, a GN1 faz a edição incluindo revisão das referências, transformação para XML e revisão do português, a Lepidus mantém a plataforma e secretaria a revista através da bibliotecária, o iThenticate avalia plágio que infelizmente é comum.

Enfim, estamos trabalhando para que cada vez mais a Medicina de Família e Comunidade seja reconhecida como um campo científico com especificidades e uma disciplina acadêmica. A partir de 2016 além dos editores que assinam este texto, contaremos com a colaboração do Thiago Sarti, médico de família e comunidade e Professor do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

Caros médicos de família e comunidade e demais profissionais de Atenção Primária à Saúde, façam parte da revista. Submetam artigos, se disponibilizem para serem avaliadores *ad hoc*. A Revista é de vocês. Só o trabalho cooperativo construirá uma Atenção Primária à Saúde forte.

Gustavo Gusso
Paulo Poli

Melatonina na insônia primária: Quais as evidências?

Melatonin in primary insomnia: what is the evidence?

La melatonina en insomnio primario: ¿ qué evidencias?

Rui Miguel Costa. Unidade de Saúde Familiar São Félix da Marinha, ACES Porto VIII. Espinho/Gaia, Portugal.

ruimicosta@yahoo.com. (Autor correspondente)

Ivone dos Santos Martins. Unidade de Saúde Familiar Lagoa, Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Matosinhos, Porto, Portugal. isantosmts@gamil.com

Resumo

Objetivos: rever as evidências existentes sobre o uso da melatonina no alívio da sintomatologia da Insônia Primária e na melhoria da qualidade de vida em doentes com ≥ 55 anos de idade. **Métodos:** pesquisa bibliográfica na base de dados Pubmed e sites de Medicina Baseada de meta-análises (MA), revisões sistemáticas (RS), ensaios clínicos aleatorizados e controlados (ECAC) e normas de orientação clínicas (NOC) utilizando os termos MeSH *Melatonin e Sleep Initiation and Maintenance Disorders*, publicados entre março de 2007 e janeiro de 2013 nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola. Para atribuição de níveis de evidência e forças de recomendação, foi utilizada a escala *Strenght of Recommendation Taxonomy (SORT)* da *American Family Physician*. **Resultados:** foram encontrados 72 artigos; destes, foram incluídos seis: cinco ECAC e uma NOC. Os ECAC referem que a melatonina melhora de forma estatisticamente significativa a qualidade de sono, o estado de alerta matinal e a qualidade de vida comparativamente com o placebo. Também se verificou uma diminuição significativa da latência de sono. Nestes ECAC não se verificaram efeitos de privação após a descontinuação do tratamento. A NOC recomenda que o uso de melatonina em pacientes maiores de 55 anos de idade é preferencial ao uso de um hipnótico no tratamento da insônia. **Conclusão:** existe evidência suficiente para aconselhar a utilização da melatonina no alívio sintomático da Insônia Primária (SOR A), e na melhoria da qualidade de vida (SOR B). Contudo, são necessários mais estudos, com metodologias rigorosas e seguimento a longo prazo, para a obtenção de resultados mais consistentes.

Abstract

Objectives: to review the existing evidence on the use of melatonin for relieving symptoms of primary insomnia and improving quality of life in patients ≥ 55 years of age. **Methods:** bibliographic search of the PubMed Database and evidence based medicine websites for meta-analyses, systematic reviews, randomized controlled trials (RCTs), and clinical guidelines published between March 2007 and January 2013 in English, Portuguese, or Spanish, using the MeSH terms "melatonin" and "sleep initiation and maintenance disorders". The American Family Physician's Strength of Recommendation (SOR) Taxonomy was used to establish the quality of the studies and define the strength of the recommendation. **Results:** of the 72 articles identified, six were selected: five RCTs and one clinical guideline. The RCTs reported that melatonin significantly improved quality of sleep, morning alertness, and quality of life compared with placebo. There was also a significant reduction in sleep latency. In these trials there were no withdrawal effects after discontinuation of treatment. The clinical guideline recommends the use of melatonin instead of a hypnotic in the treatment of insomnia in patients >55 years of age. **Conclusion:** there is sufficient evidence to recommend the use of melatonin for symptomatic relief of primary insomnia (SOR A), and improvement in quality of life (SOR B). However, further studies with rigorous methodologies and long-term monitoring are needed to obtain more consistent results.

Como citar: Costa RM, Martins IS. Melatonina na insônia primária: Quais as evidências?
Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-9. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)845](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)845)

Palavras-chave:

Melatonina
Distúrbios do Início e da
Manutenção do Sono
Revisão

Keywords:

Melatonin
Sleep Initiation and
Maintenance Disorders
Review

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: 03/11/2013.

Aprovado em: 21/05/2015.

Resumen

Objetivos: revisar la evidencia existente sobre el uso de la melatonina en el alivio de los síntomas del insomnio primario y una mejor calidad de vida en pacientes ≥ 55 años de edad. **Métodos:** búsqueda en las bases de datos Pubmed y sitios de medicina basada en la evidencia de meta-análisis (MA), revisiones sistemáticas (RS), ensayos controlados aleatorizados (ECAC) y normas de orientación clínica (NOC), usando los términos MeSH *Melatonin and Sleep Initiation and Maintenance Disorders*, publicados entre marzo del 2007 y enero del 2013, en Inglés, Portugués y Español. Para la asignación de niveles de evidencia y fuerza de recomendación se utilizó la *Strenght of Recommendation Taxonomy* (SORT) de la *American Family Physician*. **Resultados:** se encontraron 72 artículos, los cuales se seleccionaron seis: cinco ECAC y una NOC. El ECAC concluye que la melatonina ha mejorado significativamente la calidad del sueño, el estado de alerta por la mañana y la calidad de vida en comparación con el placebo. Se observó una disminución significativa en la latencia del sueño. No hubo efectos de retirada tras la interrupción del tratamiento. La NOC recomienda que en pacientes >55 años de edad se prefiere utilizar melatonina en comparación con el uso de un hipnótico. **Conclusión:** existe evidencia suficiente para recomendar el uso de la melatonina en el alivio sintomático del insomnio primario (SOR A), y en la mejora de la calidad de vida (SOR B). Se necesitan más estudios, con metodologías rigurosas y seguimiento a largo plazo para obtener resultados más consistentes.

Palabras clave:

Melatonina
Trastornos del Inicio y del
Mantenimiento del Sueño
Revisión

Introdução

A Insônia Primária caracteriza-se pela dificuldade em iniciar ou manter o sono, ou pela sensação de não ter um sono reparador, durante um período não inferior a um mês.¹ Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV* (DSM IV), o distúrbio do sono na Insônia Primária exclui a presença de outra perturbação mental, como o Transtorno Depressivo Maior ou a Perturbação de Ansiedade Generalizada, e não resulta de efeitos fisiológicos diretos de uma substância (drogas de abuso ou medicamentos) ou de uma condição médica geral (feocromocitoma, hipertireoidismo, entre outras).¹ O distúrbio crônico de sono que caracteriza a Insônia Primária constitui um fator de risco para o desenvolvimento de Perturbações do Humor ou de Ansiedade subsequentemente.¹

Segundo uma classificação mais apropriada aos Cuidados de Saúde Primários, o *International Classification of Sleep Disorders* (ICSD) - 2, a insônia é uma queixa de dificuldade em iniciar o sono, dificuldade em manter o sono, ou acordar muito cedo ou dormir um sono que é cronicamente não reparador ou com qualidade pobre.²

Foi efetuado um estudo epidemiológico na população geral portuguesa acerca dos distúrbios do sono.³ A insônia, enquanto sintoma ocorrendo pelo menos três noites por semana, era referida por 28,1% dos sujeitos e a insatisfação relativamente ao sono por 10,1%.³ A dificuldade em manter o sono era o sintoma mais prevalente (21,0%). A insatisfação relativamente ao sono estava presente em 29,4% dos casos com sintomas de insônia.³

A prevalência das queixas de insônia aumenta com a idade e é maior entre as mulheres.⁴ Um sono não reparador é fonte de um mal-estar significativo, causando um grande impacto em termos sociais e laborais, afetando de forma importante a qualidade de vida do doente.^{1,4} As consequências de um distúrbio do sono traduzem-se clinicamente como uma diminuição da atenção, da energia, da concentração e aumento da sensação de fadiga e mal-estar durante o dia.⁴

A abordagem terapêutica da Insônia Primária deve combinar medidas não farmacológicas e medidas farmacológicas.^{2,4} As estratégias não farmacológicas incluem principalmente o cumprimento de regras de higiene do sono.⁴ No tratamento farmacológico recorre-se ao uso de fármacos com efeito ansiolítico

e hipnótico que possibilitam regularizar o sono.⁴ Contudo, os pacientes que apresentam insônia utilizam frequentemente de forma inadequada os fármacos prescritos.⁴ Por outro lado, no caso das benzodiazepinas, mesmo após algumas semanas de tratamento pode-se observar uma certa tolerância ao efeito hipnótico.⁴ Outra complicação frequente após o uso prolongado de fármacos benzodiazepínicos é o desenvolvimento de uma dependência física aos fármacos, tendo como consequência a reincidência da insônia após a retirada brusca desta terapêutica.⁴

A melatonina é um hormônio produzido endogenamente na glândula pineal, sendo um regulador natural do sono.⁵ Sabe-se que os níveis endógenos de melatonina diminuem com a idade.⁵ Embora não seja um hipnótico, mas um ressinchronizador do sono, a melatonina tem sido referida no *Prontuário Terapêutico Português* como uma alternativa terapêutica no tratamento da Insônia Primária em doentes de idade igual ou superior a 55 anos.⁶

O objetivo deste estudo é rever as evidências existentes sobre o uso de melatonina no alívio dos sintomas de insônia, bem como na melhoria da qualidade de vida em doentes de idade igual ou superior a 55 anos com o diagnóstico de Insônia Primária.

Métodos

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados *Pubmed/MedLine*, *Cochrane Library*, *Bandolier*, *DARE*, *National Guideline Clearinghouse*, *Índice de Revistas Médicas Portuguesas*, utilizando os termos MeSH “*Melatonin*” e “*Sleep Initiation and Maintenance Disorders*”. Limitou-se a pesquisa a revisões sistemáticas, meta-análises, ensaios clínicos aleatorizados e controlados e normas de orientação clínica publicados entre março de 2007 e março de 2012 escritos nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola.

A pesquisa foi efetuada pelos dois investigadores de forma independente e posteriormente comparadas as seleções e discutidos os casos discordantes. Os artigos foram excluídos com base no título/*abstract*, se fosse claro que não se adequavam ao objetivo. Os artigos selecionados para avaliação foram lidos integralmente por ambos os investigadores.

Foram incluídos estudos referentes a doentes de idade igual ou superior a 55 anos com Insônia Primária, que avaliassem a terapêutica com melatonina comparativamente com o uso de placebo, analisando como desfecho a melhoria dos sintomas de insônia, nomeadamente a qualidade do sono, o estado de alerta matinal, e a qualidade de vida. O *cut-off* de 55 anos justifica-se por ser a partir dessa idade que está aprovado o uso da melatonina em Portugal.⁶

Foram excluídos artigos que incluíssem indivíduos com outra patologia psiquiátrica ou mental (perturbação depressiva, perturbação de ansiedade, demência), distúrbio do sono devido a uma condição médica geral, perturbação do sono relacionada com a respiração, perturbação do ritmo circadiano do sono, uso concomitante de fármacos com efeito hipnótico, ansiolítico, sedativo ou antidepressivo, ou outras circunstâncias que possam perturbar o ritmo do sono (*jet-lag*, trabalhos por turnos).

Foi utilizada a *Strength of Recommendation Taxonomy* (SORT) da *American Family Physician* (Quadro 1),⁷ para avaliação da qualidade dos estudos e posterior atribuição de níveis de evidência e forças de recomendação.

Quadro 1. *Strength of Recommendation Taxonomy.*⁷

Força de Recomendação	Definição
A	Recomendação baseada em evidência consistente, de boa qualidade e evidência orientada para o doente
B	Recomendação baseada em evidência inconsistente ou de qualidade limitada e orientada para o doente
C	Recomendação baseada em consensos, prática clínica, opinião ou evidência orientada para a doença
Nível de Evidência	Qualidade dos estudos
1	Estudos de boa qualidade e evidência orientada para o doente
2	Estudos de qualidade limitada e evidência orientada para o doente
3	Outra evidência

Resultados

Dos 72 artigos encontrados, 66 foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão. Obtiveram-se, desta forma, seis publicações: cinco ensaios clínicos aleatorizados e controlados (ECAC)⁸⁻¹² e uma norma de orientação clínica (NOC).¹³

Lemoine et al., em 2007,⁸ (Quadro 2) realizaram um estudo com 170 participantes de idade ≥ 55 anos (66% do gênero feminino) com o diagnóstico de Insônia Primária (DSM IV), aos quais foi administrada de forma aleatorizada e randomizada, com dupla ocultação, melatonina de liberação prolongada (MLP) 2mg ou o placebo durante 3 semanas. A qualidade do sono (QOS) e o estado de alerta matinal (BFW) foram avaliados por meio da aplicação do *Leeds Sleep Evaluation Questionnaire* (LSEQ). A qualidade do sono da noite prévia (QON) foi registada pelos participantes numa escala categórica de 1 a 5 (1-muito má, 2-má, 3-razoável, 4-boa, 5-muito boa) num diário de sono. Para avaliar sintomas de privação durante um período de duas semanas após a suspensão da melatonina, utilizou-se o *Tyler Benzodiazepine Withdrawal Symptom Questionnaire* (BWSQ).

Concluiu o estudo 96% da amostra. A MLP demonstrou melhorar significativamente a qualidade do sono e o estado de alerta matinal. A qualidade do sono da noite prévia também melhorou significativamente em comparação com o grupo tratado com placebo. Verificou-se não existir evidência de efeito de privação após descontinuação do tratamento. Este estudo apresenta como fragilidade o fato dos autores não terem calculado um tamanho amostral necessário, tendo-se limitado a aleatorizar os utentes restantes (n=170) de um processo de critérios de exclusão exaustivo. Outro ponto negativo é o fato de apresentar um tempo de seguimento reduzido. A este estudo atribuiu-se o nível de evidência 2.

Wade et al.⁹, em 2007, realizaram um estudo com 354 participantes (60% do gênero feminino) com idades compreendidas entre os 55 e 80 anos com o diagnóstico de Insônia Primária (DSM IV), sendo administrada de forma aleatorizada e randomizada MLP 2mg ou um placebo durante 3 semanas. Para avaliar a qualidade do sono, os participantes preencheram o LSEQ e o *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI). Aplicou-se o *World Health Organization-5 Wellbeing Index* (WHO-5) para avaliação da qualidade de vida. Com a MLP, ocorreu uma melhoria estatisticamente significativa na qualidade do sono, no estado de alerta matinal, na latência de sono e na qualidade de vida. De referir que o tempo total de sono não aumentou significativamente. De igual modo, como ponto negativo apresenta um reduzido tempo de *seguimento* (três semanas). Foi atribuído um nível de evidência 1 por se tratar de um ECAC duplamente cego, com amostra relevante (354) e com um follow up adequado (>94% dos participantes).

Quadro 2. Ensaios Clínicos Aleatorizados e Controlados.

Referência	Amostra	Intervenção	Resultados	NE
Lemoine et al. 2007 ⁸	n=170 55-80 anos	MLP 2mg vs. Placebo durante 3 semanas	No grupo tratado com MLP verificou-se uma melhoria estatisticamente significativa de: <ul style="list-style-type: none"> Qualidade do sono (LSEQ-QOS): -22,5 vs. -16,5mm; p=0,047) Estado de alerta matinal (LSEQ-BFW): -15,67 vs. -6,79mm; p=0,002) Qualidade da noite (QON): 0,89 vs. 0,46; p=0,003 Ausência de efeitos de privação (BWSQ)	2
Wade et al. 2007 ⁹	n=354 55-80 anos	MLP 2mg vs. placebo durante 3 semanas	No grupo tratado com MLP verificou-se uma melhoria estatisticamente significativa de: <ul style="list-style-type: none"> Qualidade do sono (LSEQ-QOS): -8,6 vs. -4,2; p=0,014 Estado de alerta matinal (LSEQ-BFW): -7,0 vs. -4,1; p=0,038 Qualidade do sono (PSQI): -0,6 vs. -0,4; p=0,036 Latência de sono (PSQI): -24,3min vs. -12,9min; p=0,028) Qualidade de Vida (WHO-5): 1,7 vs. 1,1; p=0,034) 	1
Luthringer et al. 2009 ¹⁰	n=40 ≥55 anos	MLP 2mg vs. placebo durante 3 semanas	No grupo tratado com MLP verificou-se uma melhoria estatisticamente significativa da qualidade do sono (LSEQ-QOS): 50% vs. 15%; p=0,018 Ausência de efeitos de privação ou de <i>rebound</i>	2
Wade et al. 2010 ¹¹	n=281 ≥65 anos	MLP 2mg vs. Placebo durante 3 semanas, e extensão por 26 semanas	Após 3 semanas de tratamento com MLP, ocorreu uma melhoria significativa de: <ul style="list-style-type: none"> Latência do sono (PSQI): -13,7 (IC 95% -23,5 a -3,9; p=0,006) Qualidade do sono (PSQI <i>Global Score</i>): -0,64 (IC 95% -1,25 a -0,02; p=0,042) Após 26 semanas de tratamento com MLP, ocorreu uma melhoria significativa de: <ul style="list-style-type: none"> Alerta matinal (diário): -0,10 (IC 95% -0,19 a -0,01; p=0,032) Qualidade do sono (<i>Global Score</i> do PSQI): -0,70 (95%IC -1,17 a -0,23, p=0,003) Latência do sono (PSQI): -12,1 (IC 95% -19,1 a -5,1; p=0,001) CGI-I: -0,20 (95%IC -0,38 a 0,02, p=0,027). Ausência de efeito de privação	2
Wade et al. 2011 ¹²	n=578 55-80 anos	MLP 2mg vs. placebo durante 3 semanas, e extensão por 26 semanas	Ao final de 3 semanas, melhoria significativa de: <ul style="list-style-type: none"> Latência do sono (PSQI): -9,5 (IC 95% -15,8 a -3,3; p=0,003) Qualidade do sono (PSQI <i>Global Score</i>): -0,65 (IC 95% -1,09 a -0,21; p=0,003) Qualidade de Vida (WHO-5): 0,65 (IC 95% 0,12 a 1,19; p=0,017) Após extensão por 26 semanas, melhoria significativa de: <ul style="list-style-type: none"> Latência do sono (PSQI): -7,7 (IC 95% -12,3 a -3,0; p=0,001) Qualidade de sono (PSQI <i>Global Score</i>): -0,53 (IC 95% -0,87 a -0,19; p=0,002) Qualidade de vida (WHO-5): 0,52 (IC 95% 0,13 a 0,90 p=0,008) Estado clínico (CGI-I): -0,16 (IC 95% -0,29 a -0,04 p=0,01). Sem evidência efeito de privação após descontinuação do tratamento	1

Em 2009, Luthringer et al.¹⁰ efetuaram um estudo com 40 participantes (24 gênero masculino; 16 gênero feminino) com idades ≥55 anos com o diagnóstico de Insônia Primária (DSM IV), sendo administrada de forma aleatorizada e randomizada MLP 2mg ou um placebo durante 3 semanas. O objetivo era avaliar o efeito da MLP no sono e na *performance* psicomotora diurna. A qualidade do sono foi avaliada pelo LSEQ.

No grupo tratado com MLP verificou-se uma melhoria estatisticamente significativa na qualidade do sono comparativamente com o grupo tratado com placebo. A *performance* psicomotora diurna não se mostrou afetada, tendo até melhorado, de uma forma não estatisticamente significativa. De igual modo, como ponto negativo apresenta um reduzido tempo de seguimento (três semanas). Foi atribuído um nível de evidência 2 por se tratar de um ECAC com algumas limitações metodológicas, nomeadamente o tamanho amostral.

Wade et al.¹¹, em 2010, realizaram um estudo com 791 participantes de idades compreendidas entre os 18 e os 80 anos, com o diagnóstico de Insônia Primária (DSM IV). Foi efetuada uma análise por grupo etário, sendo que 281 destes participantes (182 gênero feminino; 99 gênero masculino) tinham idade superior ou igual a 65 anos. No grupo de participantes de idade ≥ 65 anos foi administrada de forma aleatorizada e randomizada MLP 2mg ou placebo durante 3 semanas. Os participantes no grupo da MLP continuaram este tratamento durante mais 26 semanas, sendo que o grupo tratado com placebo foi novamente randomizado na razão 1:1 para tratamento com MLP ou placebo durante as 26 semanas seguintes. As alterações do sono foram avaliadas pelo PSQI e por diários de sono. A qualidade de vida foi avaliada pelo WHO-5 e a “impressão global de melhoria clínica” pelo *Clinical Global Impression of Improvement* (CGI-I). O efeito de privação após suspensão da MLP ao longo de duas semanas foi avaliado pelo BWSQ.

Ao fim de três semanas, verificou-se uma melhoria estatisticamente significativa da latência do sono e da qualidade do sono no grupo tratado com MLP. Aos seis meses de tratamento com MLP, verificou-se uma melhoria estatisticamente significativa da latência de sono, do estado de alerta matinal, da qualidade do sono e do CGI-I. Não se observou efeito de privação. É relevante salientar o fato de este ter sido o primeiro estudo com um *follow-up* mais longo (26 semanas). A segunda randomização ao fim de três semanas, poderá ter criado algum viés estatístico. Uma limitação deste estudo referida pelos autores foi a falta de estudo polissonográfico ou actigráfico. O fato do *cut-off* neste trabalho ter sido aos 65 anos e não os 55 anos, poderá ter influenciado os valores obtidos. Foi atribuído um nível de evidência 2 por se tratar de um ECAC duplamente cego, com cálculo amostral efetuado previamente, mas com tamanho amostral insuficiente nas idades pretendidas (>65 anos), algumas limitações metodológicas, e com um *follow-up* adequado ($>97\%$ dos participantes).

Wade et al.¹², em 2011, realizaram um estudo com 791 participantes com idades compreendidas entre os 18-80 anos com o diagnóstico de Insônia Primária (DSM IV). A amostra foi estratificada e analisada por grupo etário, sendo que 578 destes participantes tinham idade superior ou igual a 55 anos. Foi administrada de forma aleatorizada e randomizada MLP 2mg ou um placebo durante 3 semanas. Posteriormente, os participantes tratados com MLP permaneceram neste grupo, enquanto os participantes aos quais havia sido administrado placebo foram novamente randomizados na razão 1:1 para tratamento com MLP ou placebo durante as 26 semanas seguintes. Foram preenchidos diários do sono, bem como os questionários PSQI, WHO-5, CGI-I, e o Questionário de *Tyrer*.

Com 3 semanas e com 26 semanas de tratamento com melatonina, nos participantes ≥ 55 anos de idade verificou-se uma melhoria estatisticamente significativa da latência de sono, da qualidade do sono e da qualidade de vida comparativamente com o grupo tratado com placebo. Com 26 semanas de tratamento, também se observou uma diferença estatisticamente significativa do CGI-I. Não se verificaram efeitos de privação significativos após descontinuação do tratamento. A segunda randomização ao fim de três

semanas, poderá ter criado algum viés estatístico. A população do estudo é majoritariamente caucasiana (99%) e do gênero feminino (cerca de 70%). Não é descrito se a condicionante raça poderá influenciar os resultados. Este artigo veio ajudar a estabelecer uma idade *cut-off* determinando quais os pacientes que podem beneficiar mais com o uso deste fármaco (pacientes com idade superior ou igual a 55 anos). Foi atribuído um nível de evidência 1 por se tratar de um ECAC duplamente cego, com cálculo amostral efetuado, com amostra relevante e com um seguimento adequado (>94%).

A NOC da *British Association for Psychopharmacology*¹³ refere que a MLP administrada durante 3 semanas diminui a latência de sono e a qualidade de vida em pacientes >55 anos de idade. Refere ainda desconhecer-se a eficácia e segurança da melatonina a longo termo. Esta NOC foi elaborada previamente à publicação dos estudos com seguimento maior que as 3 semanas. Concluem, no entanto, que quando um hipnótico está indicado em pacientes com mais de 55 anos de idade, a melatonina de liberação prolongada deve ser tentada em primeiro lugar. A categoria de evidência atribuída pela NOC (Ib) foi convertida para taxonomia SOR,⁷ atribuindo-se assim uma Força de Recomendação B.

Discussão

Existem evidências suficientes para aconselhar a utilização da melatonina de liberação prolongada no alívio sintomático da Insônia Primária. É de salientar que os ECACs nos quais estas conclusões se baseiam apresentam semelhanças metodológicas no que diz respeito à seleção de participantes, à avaliação dos resultados e à dose de melatonina usada. Contudo, apenas dois dos ECAC incluídos avaliam o uso de melatonina até seis meses de tratamento e, embora sem aparente aumento de efeitos adversos, são necessários mais estudos com maior tempo de seguimento.

Na abordagem inicial da Insônia Primária deve-se aconselhar sobre cuidados a ter de modo a promover uma boa higiene do sono: ambiente confortável; um quarto escuro; relaxar antes de ir para a cama; evitar a cafeína, nicotina, álcool e exercício físico nas horas precedentes ao sono; e o controle de estímulos (evitar dormir durante o dia, refeições pesadas antes de ir dormir, evitar olhar para um relógio durante a noite).¹⁴

Por outro lado, existem outras terapias que podem ser abordadas: intervenções cognitivas e comportamentais (terapia de controle de estímulos, terapia de restrição do sono, o treino de relaxamento), terapias complementares e alternativas (como a acupuntura).¹⁴

Existem diversos fármacos de diferentes classes com evidência na Insônia: anti-histamínicos (difenidramina, doxilamina, hidroxizina), antidepressivos (amitriptilina, trazodona, mirtazapina), benzodiazepinas (triazolam, estazolam), hipnóticos não-benzodiazepínicos (zolpidem) e remédios de ervanário (valeriana).¹⁵

Ao contrário dos hipnóticos de uso corrente, a melatonina de liberação prolongada parece apresentar baixo risco de dependência, não apresentando efeitos de privação após suspensão do tratamento.¹⁶ É necessário desenvolver mais estudos que suportem o uso de melatonina como adjuvante na descontinuação de tratamento com fármacos hipnóticos, nomeadamente, benzodiazepínicos.¹⁶

No futuro, são também necessários mais estudos cientificamente rigorosos, com maior poder estatístico, que avaliem o impacto da melatonina ao nível da função cognitiva e da memória, bem como estudo de possíveis interações medicamentosas.

Como limitações desta revisão, encontramos: número reduzido de estudos incluídos, pouco tempo de seguimento da maior parte dos artigos, a não comparação do fármaco melatonina com outras classes farmacêuticas, e a não comparação com outras técnicas terapêuticas de Insônia Primária.

É importante lembrar que a Insônia Primária é um diagnóstico a ponderar após a exclusão de outras causas secundárias de Insônia por uma avaliação clínica adequada do paciente.

Cabe ao médico refletir no impacto destas conclusões à luz da evidência científica atual, ponderando, em conjunto com o paciente, os benefícios e riscos desta terapêutica.

Conclusão

Existem evidências suficientes para aconselhar a utilização da melatonina de liberação prolongada no alívio sintomático da Insônia Primária (Força de Recomendação A), e na melhoria da qualidade de vida (Força de Recomendação B) destes doentes.

Referências

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington: American Psychiatric Press; 1994. p.866.
2. American Academy of Sleep Medicine. The International Classification of Sleep Disorders Steering Committee, Second Edition: Diagnostic and Coding Manual. Chicago: American Academy of Sleep Medicine; 2005.
3. Ohayon MM, Paiva T. Global sleep dissatisfaction for the assessment of insomnia severity in the general population of Portugal. *Sleep Med.* 2005;6(5):435-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sleep.2005.03.006>
4. Monti JM. Insônia primária: diagnóstico diferencial e tratamento. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22(1):31-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000100009>
5. Haimov I, Laudon M, Zisapel N, Souroujon M, Nof D, Shlitner A, et al. Sleep disorders and melatonin rhythms in elderly people. *BMJ.* 1994;309(6948):167. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.309.6948.167>
6. Prontuário Terapêutico Online [Acesso 01 Mar 2013]. Disponível em <http://www.infarmed.pt/prontuario/index.php>
7. Ebell MH, Siwek J, Weiss BD, Woolf SH, Susman J, Ewigman B, et al. Strength of recommendation taxonomy (SORT): a patient-centered approach to grading evidence in the medical literature. *J Am Board Fam Pract.* 2004;17(1):59-67. PMID: 15014055. DOI: <http://dx.doi.org/10.3122/jabfm.17.1.59>
8. Lemoine P, Nir T, Laudon M, Zisapel N. Prolonged-release melatonin improves sleep quality and morning alertness in insomnia patients aged 55 years and older and has no withdrawal effects. *J Sleep Res.* 2007;16(4):372-80. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2869.2007.00613.x>. PMID:18036082
9. Wade AG, Ford I, Crawford G, McMahon AD, Nir T, Laudon M, et al. Efficacy of prolonged release melatonin in insomnia patients aged 55-80 years: quality of sleep and next-day alertness outcomes. *Curr Med Res Opin.* 2007;23(10):2597-605. PMID: 17875243. DOI: <http://dx.doi.org/10.1185/030079907X233098>
10. Luthringer R, Muzet M, Zisapel N, Staner L. The effect of prolonged-release melatonin on sleep measures and psychomotor performance in elderly patients with insomnia. *Int Clin Psychopharmacol.* 2009;24(5):239-49. PMID: 19584739. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/YIC.0b013e32832e9b08>
11. Wade AG, Ford I, Crawford G, McConnachie A, Nir T, Laudon M, et al. Nightly treatment of primary insomnia with prolonged release melatonin for 6 months: a randomized placebo controlled trial on age and endogenous melatonin as predictors of efficacy and safety. *BMC Med.* 2010;8:51. PMID: 20712869. PMID: PMC2933606 DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1741-7015-8-51>
12. Wade AG, Crawford G, Ford I, McConnachie A, Nir T, Laudon M, et al. Prolonged release melatonin in the treatment of primary insomnia: evaluation of the age cut-off for short- and long-term response. *Curr Med Res Opin.* 2011;27(1):87-98. PMID: 21091391. DOI: <http://dx.doi.org/10.1185/03007995.2010.537317>

13. Wilson SJ, Nutt DJ, Alford C, Argyropoulos SV, Baldwin DS, Bateson AN, et al. British Association for Psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders. *J Psychopharmacol*. 2010;24(11):1577-601. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0269881110379307>
14. NICE - National Institute for Health and Care Excellence - Insomnia, last revised in July 2009 [Acesso 15 Ago 2015]. Disponível em: <http://cks.nice.org.uk/insomnia>
15. Ramakrishnan K, Scheid DC. Treatment options for insomnia. *Am Fam Physician*. 2007;76(4):517-26. PMID: 17853625
16. Buscemi N, Vandermeer B, Friesen C, Bialy L, Tubman M, Ospina M, et al. The efficacy and safety of drug treatments for chronic insomnia in adults: a meta-analysis of RCTs. *J Gen Intern Med*. 2007;22(9):1335-50. PMID: 17619935 PMCID: PMC2219774. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-007-0251-z>

Uso de estatinas e o risco de *Diabetes Mellitus* tipo 2: Revisão Baseada na Evidência

Statin Drug Use and the Risk of type 2 *Diabetes Mellitus*: Evidence-based Revision

Uso de estatinas y el riesgo de Diabetes Mellitus tipo 2: Revisión basada en evidencias

Susana Pires Silva. Unidade de Saúde Familiar (USF) Locomotiva, ACES Médio Tejo. Entroncamento. Portugal. sm.pires.silvaimail.com (Autora correspondente)

Nuno Monteiro. Unidade de Saúde Familiar (USF) D. Francisco de Almeida, ACES Médio Tejo. Abrantes. Portugal. nunocavmonteiro@gmail.com

Resumo

Objetivo: Determinar se existe relação entre o uso de estatinas e a incidência de *Diabetes Mellitus* tipo 2 (DM2). **Métodos:** Foram realizadas pesquisas nas bases de dados *National Guidelines Clearinghouse*, *Cochrane Lybrary*, *Trip database*, PubMed e MedLine utilizando os termos MeSH “*Diabetes Mellitus Type 2*” e “*Hydroxymethylglutaryl-CoA Reductase Inhibitors*” (inibidores da HMG-CoA redutase). Foram incluídas revisões sistemáticas e meta-análises e ensaios clínicos aleatorizados e controlados que avaliassem a incidência de DM2 em utilizadores de estatinas, quando comparado com placebo. **Resultados:** Foram selecionados 10 artigos (1 meta-análise e 9 ensaios clínicos aleatorizados e controlados). A evidência sugere que o uso de estatinas está associado a um aumento da incidência de DM2, principalmente com doses elevadas, em relação ao placebo, na maioria dos estudos avaliados. **Conclusão:** O risco de incidência de DM2 deve ser considerado, especialmente quando da prescrição de estatinas a indivíduos com baixo risco cardiovascular (SOR A), embora os estudos selecionados apresentem algumas limitações (metodologia heterogênea, sendo a maioria observacional).

Abstract

Objective: To investigate the relationship between statin administration and the incidence of *Diabetes Mellitus* type 2. **Methods:** A systematic review of the literature was conducted using the following databases *National Guidelines Clearinghouse*, *Cochrane Lybrary*, *Trip database*, PubMed and MedLine using the MeSH terms “*Diabetes Mellitus Type 2*” and “*Hydroxymethylglutaryl-CoA Reductase Inhibitors*”. Systematic reviews, meta-analyses and randomized controlled trials analyzing the incidence of type 2 diabetes in statin users compared with placebo were included. **Results:** We selected 10 articles (1 meta-analysis and 9 randomized controlled trials). Evidence suggests that the use of statins is associated with an increased incidence of type 2 diabetes compared to placebo in most studies, especially at high dosages. **Conclusion:** The risk of incidence of type 2 diabetes should be considered especially when prescribing statins to patients with low cardiovascular risk (SOR A), despite the fact that selected studies present some limitations (heterogeneous methodology, and mostly observational).

Palavras-chave:

Diabetes Mellitus, Tipo 2
Inibidores de
Hidroximetilglutaril-CoA
Redutases
Incidência

Keywords:

Diabetes Mellitus, Type 2
Hydroxymethylglutaryl-CoA
Reductase Inhibitors
Incidence

Como citar: Silva SP, Monteiro N. Uso de estatinas e o risco de *Diabetes Mellitus* tipo 2: Revisão Baseada na Evidência. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-8. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(38\)1178](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(38)1178)

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: 05/07/2015.
Aprovado em: 25/04/2016.

Resumen

Objetivo: Determinar la relación entre el uso de estatinas y la incidencia de *Diabetes Mellitus* tipo 2. **Métodos:** Se realizaron encuestas en las bases de datos de *National Guidelines Clearinghouse*, *Cochrane Lybrary*, *Trip database*, *PubMed* y *MedLine* utilizando los términos MeSH “*diabetes mellitus type 2*” y “*Hidroximetilglutaril-CoA reductase Inhibitors*”. Se incluyeron revisiones sistemáticas, meta-análisis y ensayos controlados aleatorios para evaluar la incidencia de diabetes tipo 2 en los usuarios de estatinas en comparación con el placebo. **Resultados:** Se seleccionaron 10 artículos (1 meta-análisis y 9 ensayos controlados aleatorios). La evidencia sugiere que el uso de estatinas está asociado con un aumento de la incidencia de la diabetes tipo 2, especialmente con dosis más altas, en comparación con el placebo en la mayoría de los estudios evaluados. **Conclusión:** El riesgo de incidencia de diabetes tipo 2 debe considerarse especialmente al prescribir estatinas a los pacientes con riesgo cardiovascular bajo (SOR A), aunque los estudios seleccionados presentan algunas limitaciones (metodología heterogénea, siendo la mayor parte de los estudios observacionales).

Palabras clave:

Diabetes Mellitus, Tipo 2
Inhibidores de
Hidroximetilglutaril-CoA
Reductasas
Incidencia

Introdução

Vários ensaios clínicos e meta-análises demonstraram o benefício do uso de inibidores da HMG-CoA redutase na prevenção secundária de eventos cardiovasculares (CV), mas a sua utilização em doentes com baixo risco CV e sem doença associada é mais controversa.

Com a prescrição tão difundida das estatinas, surgem riscos associados a esta classe farmacológica. Um risco emergente é o aumento da incidência de *Diabetes Mellitus* tipo 2 (DM2). Uma meta-análise recente sugere que existem fatores de risco metabólicos preexistentes que podem condicionar a incidência de DM2 em doentes medicados com estatinas.¹ Não está claro se este risco varia com as diferentes estatinas ou se este é um efeito de classe e/ou relacionado com a dosagem.^{2,3} Embora alguns estudos indiquem que as estatinas atuam de forma diferente na homeostase da glicose em função de lipofilicidade e/ou potência relativa de ação, outros resultados diferem desta premissa.³

Uma meta-análise recente que englobou 17 ensaios clínicos, realizada por Mills et al.,⁴ mostrou um aumento de novos casos de DM2 em doentes medicados com estatinas, sendo este um efeito de classe (*Odds Ratio* [OR], 1,09; IC 95%, 1,02-1,16).

Com este trabalho, pretendemos rever a literatura existente de forma a determinar se existe relação entre o uso de estatinas e a incidência de DM2.

Métodos

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica de artigos de revisão sistemática (RS), meta-análises (MA) e ensaios clínicos aleatorizados controlados (ECAC). A pesquisa foi limitada a artigos publicados entre janeiro de 2004 a março de 2015, em inglês, espanhol ou português. A pesquisa foi baseada no PICO (*Patients Intervention Comparator Outcome*) (Figura 1). Os termos MeSH utilizados foram “*Diabetes Mellitus Type 2*” e “*Hydroxymethylglutaryl-CoA Reductase Inhibitors*” nas bases de dados *National Guidelines Clearinghouse*, *Cochrane Lybrary*, *Trip database*, *PubMed* e *MedLine*. Para determinar quais os artigos a serem incluídos na revisão, os dois autores (SS e NM) verificaram de forma independente os títulos e *abstracts*. Todos os artigos potencialmente relevantes foram avaliados pela leitura do artigo completo. Para a concordância da seleção dos artigos foi utilizada a escala de Jadad e Schultz (Jadad 1996; Schultz, 1995). As discordâncias foram resolvidas por consenso.

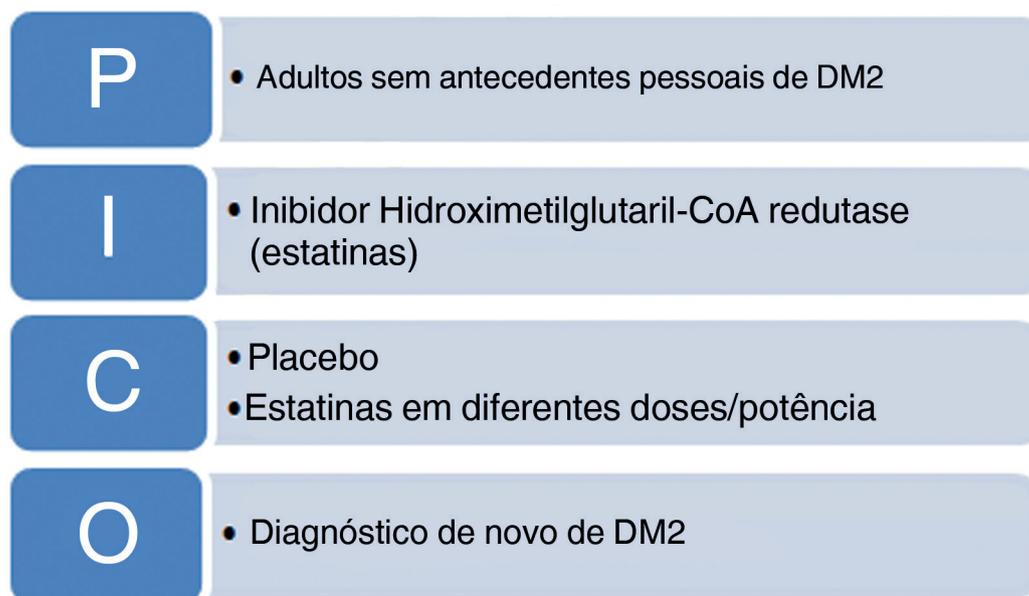


Figura 1. P: população; I: intervenção; C: controle; O: outcome/desfecho; DM2: *Diabetes Mellitus* tipo 2.

Os artigos selecionados para inclusão foram lidos integralmente pelos autores, que sistematizaram as informações em quadros padronizados. Posteriormente, foram discutidos os conteúdos desses quadros para a atribuição de níveis de evidência aos estudos incluídos, bem como para produzir conclusões sumárias.

Os estudos incluídos foram avaliados com base na taxonomia *Strength of Recommendation Taxonomy* (SORT) da *American Academy of Family Physicians*. Essa escala avalia parâmetros tais como o tipo de estudo, a qualidade da amostra, a coerência dos resultados, evidências centradas no paciente *versus* na doença, permitindo a atribuição de níveis de evidência e força de recomendação finais.⁵

Resultados

Da pesquisa bibliográfica inicial resultaram 387 artigos, dos quais foram incluídos 10 (1 MA e 9 ECAC)-Figura 2.

A meta-análise elaborada por Navarese et al.,⁶ que englobou 11 estudos incluindo 63.558 doentes, avaliou os novos casos de DM2 em doentes tratados com doses moderadas de estatinas ou placebo. Nos doentes tratados com estatinas em dose moderada ocorreram 2601 novos casos de DM2 num universo de 31.764 doentes (8,18%) em comparação com 2527 novos casos entre 31.794 doentes (7,95%) no grupo de controle-Quadro 1.

No ensaio desenvolvido por Jick e Bradbury,⁷ que envolveu uma população de 41.986 utentes medicados com estatinas e 27862 com placebo, foram identificados 588 novos casos de DM2 no grupo placebo e 2063 no grupo das estatinas. O *Odds Ratio* (OR) para desenvolver DM2 foi de 1,1 (IC 95%, 0,8 -1,4)-Quadro 2.

No ensaio realizado por Culver et al.,⁸ registaram-se 10.242 novos casos de DM2 por ano numa população de 1.004.466 pessoas. O uso de estatinas estava associado a um aumento do risco de DM2

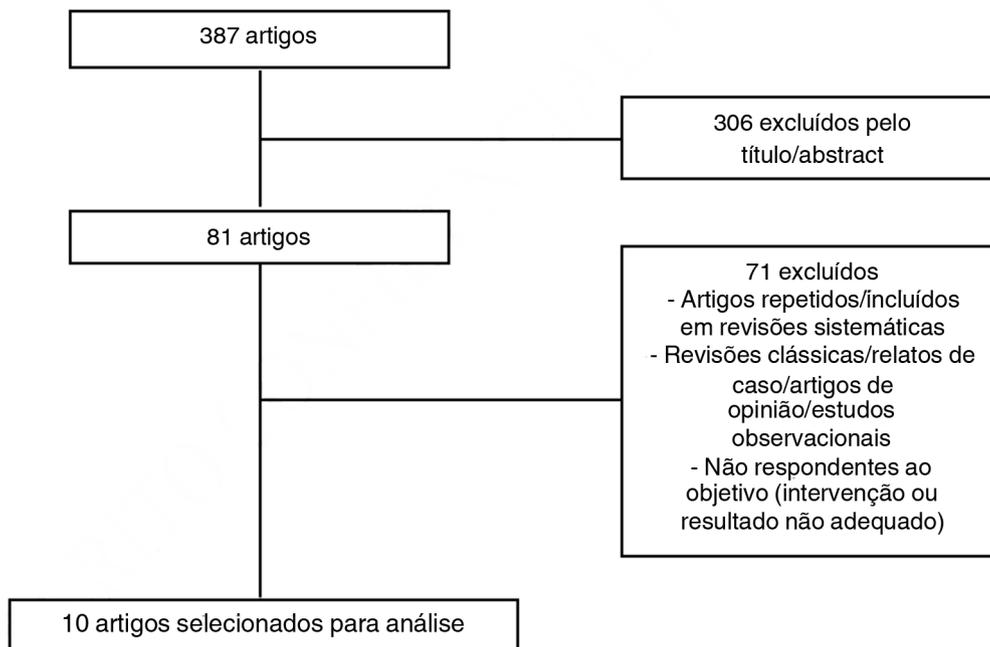


Figura 2. Organograma de seleção dos artigos para análise.

Quadro 1. Resumo das principais características, resultados e conclusões da revisão sistemática e atribuição de nível de evidência.

Meta-Análise - NE 1	
Navarese et al. 2013	17 ECAC, n=113594 (FU>1 ano)
1. Elevada dose de estatina vs. placebo n=64137	<ul style="list-style-type: none"> • Rosuvastatina 20mg: associada ↑ 25% do risco de incidência de DM2 (OR: 1,25, IC 95% 0,82-1,90); sinvastatina 40mg • Pravastatina 40mg: ↓ 16% risco incidência DM2 vs. outras estatinas
2. Moderada dose de estatina n=63558	<ul style="list-style-type: none"> • Rosuvastatina 10mg: ↑ risco incidência de DM2 (OR: 1,11, IC 95% 0,81-1,53); • Pravastatina 10-20mg: ↓risco DM2 vs. rosuvastatina
3. Elevada dose de estatina vs. Moderada dose de estatina n=23051	<ul style="list-style-type: none"> • Rosuvastatina: 20mg>10mg: ↑12% incidência DM2 • Pravastatina 40mg>10-20mg: ↑7% incidência DM2 • Atorvastatina alta dose ≈ moderada dose

(HR1,71; IC 95%, 1,61-1,83), quando comparado com o não uso. Esta associação diminuiu, mas permaneceu significativa após o ajuste para potenciais fatores de confundimento (HR 1,48; IC95%, 1,38-1,59). Esta associação foi observada para todos os tipos de estatina e em diferentes doses-Quadro 2.

No ensaio de Wang et al.,⁹ durante o período de acompanhamento médio de 7,2 anos, foram registados 5754 novos casos DM2. As curvas de Kaplan-Meier sugeriram um aumento do risco de incidência de DM2 nos utilizadores de estatinas (HR:1,15;IC 95%:1,08-1,22; p<0,001). O tratamento com estatinas impediu um evento fatal em 202 indivíduos e conduziu a um novo caso de DM2 em 301 pacientes por ano-Quadro 2.

No estudo de Carter et al.,¹⁰ após o ajuste para fatores de confundimento, e em comparação com doentes tratados com pravastatina, aqueles tratados com atorvastatina, registraram um aumento de 22% no risco de DM2 (HR ajustado de 1,22; IC95%;1,15-1,29). Os resultados sugerem que utentes idosos

Quadro 2. Resumo das principais características, resultados e conclusões dos ECAC analisados e atribuição de níveis de evidência.

ECAC				
Referência	População	Intervenção	Resultados/Conclusões	NE
Jick, Bradbury. 2004 Reino Unido	Adultos 30-79 anos com dislipidemia n estatina=69.348 FU 11 anos	Estatinas	<ul style="list-style-type: none"> Risco de DM2: nos indivíduos expostos (OR 1.1, IC 95%, 0,8-1,4) IMC>30 e HTA: favorece fatores independentes associados ao risco de DM2 Sem relação entre a duração do tratamento e o risco de DM2 	2
Culver et al. 2012 EUA	Mulheres em pós-menopausa (50-79 anos) n=161.808 FU 9 anos	Estatinas de baixa e alta potência/dose	<ul style="list-style-type: none"> Incidência novos casos de DM2: 9% no grupo com estatinas; Uso de estatinas aumenta o risco de incidência de DM2 (HR 1,71, IC 95%, 1,61-1,83); Associação estatisticamente significativa para estatinas de alta e baixa dose/potencia. Uso de estatinas aumenta o risco de incidência de DM2 (HR 1,15, p<0,001) 	2
Wang et al. 2012 Taiwan	Homens≥45 anos Mulheres≥50 anos n=1 milhão FU 12 anos	Estatinas	<ul style="list-style-type: none"> Análise risco-benefício favorece o uso de estatina em alta dose em indivíduos de elevado risco cardiovascular e em casos de prevenção secundária. 	1
Carter et al. 2013 Canadá	Adultos > 66 anos n=471.250 FU 13 anos	Estatinas	<ul style="list-style-type: none"> Indivíduos tratados com atorvastatina, rosuvastatina ou sinvastatina: ↑ risco de DM2 vs. pravastatina; Incidência de DM2: 10-22%; Efeito dose-dependente: doses altas ou moderadas levam a ↑ risco de DM2 (HR 1.22, IC 95% 1,19-1,26) Aumento do risco de incidência de DM2 no 1º ano de FU (HR 1.24, IC 95% 1,14-1,34) e após o 1º ano (HR 1,12, IC 95% 1,06-1,17). Atorvastatina: HR 1,22, IC 95% 1,12-1,32 Sinvastatina: HR 1,14, IC 95% 1,09-1,20 	1
Danaei et al. 2013 Reino Unido	Adultos de 50-84 anos n=285.864 FU 10 anos	Estatinas	<ul style="list-style-type: none"> Aumento de incidência de DM2 mais evidente entre os 40-64 anos do que acima dos 65 anos. Efeito dose-dependente Risco de DM2 de novo: - Grupo com dose moderada 13,0%, Grupo com dose elevada 13,6% Eficazes na ↓ taxa de hospitalização pós-EAM 	2
Chen et al. 2013 Taiwan	Mulheres>40 anos n=11.715 FU 2 anos	Estatinas	<ul style="list-style-type: none"> Aumento do risco de DM2 de novo com as estatinas de elevada potência nos primeiros 4 meses (26%) RR 1,15, (IC95%, 1,05-1,26) 	2
Ko et al. 2013 Canadá	Adultos com >65 anos com EAM prévio n=17.080 FU 5 anos	Estatinas de elevada e moderada potência/dose	<ul style="list-style-type: none"> Aumento do risco de DM2 de novo com as estatinas de elevada potência nos primeiros 4 meses (26%) RR 1,15, (IC95%, 1,05-1,26) 	2
Dormuth et al. 2014 Canadá, EUA, Reino Unido	Adultos≥40 anos Prevenção secundária n=136.966 FU 14 anos	Estatinas de elevada e moderada potência/dose	<ul style="list-style-type: none"> Aumento do risco de DM2 de novo com a duração da exposição 	2
Macedo et al. 2014 Reino Unido	Adultos 30-85 anos n=430.890 FU 5 anos	Estatinas	<ul style="list-style-type: none"> Aumento do risco de DM2 (HR 1,57, IC 95%, 1,54-1,59), que aumenta com a duração da exposição 	2

FU: Follow-up.

tratados com algumas estatinas têm risco aumentado para a incidência de diabetes, independentemente da dose ou se o tratamento é utilizado para a prevenção primária ou secundária. O risco parece ser maior com atorvastatina, rosuvastatina e sinvastatina. No entanto, após ajuste para a dose, o risco não parece persistir entre usuários de rosuvastatina-Quadro 2.

Os resultados encontrados no estudo de Danaei et al.¹¹ mostram que os utilizadores de estatinas tiveram um aumento da incidência de DM2 em 14%, em comparação com não utilizadores na população

do Reino Unido. Em 1.170.000 pessoas por ano em seguimento, ocorreram 13.455 novos casos de DM2 e 8932 mortes. Estatinas lipofílicas (isto é, sinvastatina e atorvastatina) foram associadas a um risco aumentado de diabetes. O HR foi de 1,14 (IC 95%, 1,09-1,20) para a sinvastatina e 1,22 (IC 95%, 1,12-1,32) para a atorvastatina-Quadro 2.

O estudo de Chen et al.¹² mostrou uma relação inversa entre o risco de novos casos de DM2 e a idade. Após o ajuste para outros fatores, o aumento da idade foi associado a uma diminuição do risco de DM2. Em indivíduos com idade 65-74 anos e mais de 75 anos ($p=0,001$, $p<0,001$, respetivamente), em comparação com aqueles com idade entre 40-54 anos, o risco de DM2 foi reduzido em 28% e 37%, respetivamente. Estes resultados ainda não foram explicados - Quadro 2.

No estudo de Ko et al.¹³, que teve uma duração de 5 anos, após a hospitalização de doentes com enfarte agudo do miocárdio (EAM), os que receberam estatinas em dose intensiva 13,6% desenvolveram DM2 e ocorreram 13,0% novos casos de DM2 nos doentes tratados com estatinas em dose moderada. O aumento da incidência da DM2 associada a estatinas de dose intensiva foi de 0,3% em 1 ano (2,6% no grupo de dose intensiva *versus* 2,3% no grupo de dose moderada) e maior em 4 anos, altura em que a diferença absoluta foi de 1,0% (11,7% no grupo de dose intensiva *versus* 10,7% no grupo de dose moderada). No entanto, essa diferença não é significativamente estatística ($p=0,18$) - Quadro 2.

No estudo de Dormuth et al.¹⁴, observou-se uma incidência de 3629 novos casos de DM2 nos primeiros dois anos de *follow-up* numa população de 136.966 pacientes. Observou-se uma incidência de DM2 de 15% em doentes a tomar uma dose intensiva/elevada de estatina em comparação com os doentes ao tomar estatina em baixa dose (HR 1,15, IC 95%, 1,05-1,26). Foi estimado que em 342 doentes medicados com estatina em dose elevada para prevenção secundária ocorreu um novo diagnóstico de DM2. O aumento do risco parece ser maior nos primeiros quatro meses de uso de estatina - Quadro 2.

No estudo de Macedo et al.,¹⁵ durante o seguimento 130.395 indivíduos desenvolveram DM2, 56.702 casos entre utilizadores de estatina e 73.693 entre os do grupo placebo (sendo que no estudo existiam 3,8 pacientes no grupo placebo *vs.* 1 no grupo das estatinas). Os pacientes que desenvolveram DM2 eram mais velhos, com excesso de peso (78,22% com IMC>25 kg/m²) e mostraram-se mais propensos a ter comorbidades, principalmente hipertensão e doenças cardiovasculares. Foi observado um risco aumentado de DM2 associado ao uso de estatinas. Este risco aumenta com a duração da utilização de estatinas, com IMC>25 kg/m² e diminui com a idade - Quadro 2.

Discussão

Algumas explicações para o aumento do risco de DM2 observado em doentes medicados com estatina incluem alterações na sinalização de insulina em tecidos periféricos, exacerbando a resistência à insulina, e/ou interação com a função das células β pancreáticas, produtoras de insulina, prejudicando a sua secreção.¹⁶ Outro fator que pode influenciar o risco de DM2 com o uso de estatinas é o fato de estas reduzirem consideravelmente o colesterol. Em alguns estudos não existe ocultação aos doentes sobre qual o tratamento instituído pelo que esta polarização pode levar a que os doentes com substancial redução de LDL não adotem medidas higiênico-dietéticas, assumindo estilos de vida mais sedentários, com aumento ponderal, o que pode conduzir ao desenvolvimento de DM2.

O aumento da produção de derivados de plasma de lipoproteínas de baixa densidade (LDL), como resposta compensatória à inibição da síntese de colesterol, pode resultar em inflamação e oxidação no interior da célula β . Conseqüentemente, a integridade estrutural e funcional das células β é comprometida, prejudicando a secreção de insulina como resultado da apoptose celular.¹⁷ As estatinas podem também inibir a produção de insulina mediada pelo cálcio e diminuir a expressão dos transportadores de glicose célula β GLUT-2 e GLUT-4. Finalmente, as estatinas também interferem com a síntese de ubiquinona (CoQ10), o que poderá alterar independentemente a secreção de insulina.^{17,18} O grau em que as estatinas estão envolvidas nos mecanismos de indução da diabetes é variável e algumas estatinas representam um maior risco que outras.

A progressão da pré-diabetes para DM2 tem sido extensivamente estudada, sendo que um IMC elevado, aumento ponderal, pressão arterial elevada, idade mais jovem e triglicérides elevados foram identificados como preditores de desenvolvimento de diabetes.¹⁹⁻²¹ O risco aumentado de desenvolver DM2, com o uso de estatina, é mais difícil de separar do efeito de outros preditores de agravamento da função das células beta/diminuição da sensibilidade da insulina ao longo do tempo. A DM2 é uma doença multifatorial, com complexas interações entre vários fatores ambientais, comportamentais e genéticos, tornando a contribuição de cada fator difícil de avaliar.

O uso de estatinas está associado a um aumento na ocorrência de diabetes. No entanto, o benefício do tratamento com estatina suplanta o risco em indivíduos de alto risco cardiovascular e em casos de prevenção secundária. Contudo, deve efetuar-se uma vigilância contínua, devendo ser incorporada, no programa de cuidados destes doentes, a determinação da glicemia em jejum para otimizar a gestão de risco global.

Limitações

Em vários estudos não consta a informação individual dos participantes quanto à história familiar de diabetes, ao consumo de tabaco, adesão terapêutica, entre outros possíveis fatores de confundimento face aos resultados apresentados.

Conclusão

O risco de incidência de DM2 deve ser considerado, especialmente quando da prescrição de estatinas a indivíduos com baixo risco cardiovascular (SOR A), embora os estudos selecionados apresentem algumas limitações (metodologia heterogênea, sendo a maioria observacionais). São necessários, por isso, mais estudos, por tratar-se de um assunto de elevada importância para a prática clínica, que pode ter conseqüências imediatas, nomeadamente na redução da prescrição generalizada de estatinas.

Referências

1. Waters DD, Ho JE, DeMicco DA, Breazna A, Arsenault BJ, Wun CC, et al. Predictors of new-onset diabetes in patients treated with atorvastatin: results from 3 large randomized clinical trials. *J Am Coll Cardiol*. 2011;57(14):1535-45. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2010.10.047>
2. Sattar N, Preiss D, Murray HM, Welsh P, Buckley BM, de Craen AJ, et al. Statins and risk of incident diabetes: a collaborative meta-analysis of randomised statin trials. *Lancet*. 2010;375(9716):735-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00125-014-3409-3>.

3. Baker WL, Talati R, White CM, Coleman CI. Differing effect of statins on insulin sensitivity in non-diabetics: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Res Clin Pract*. 2010;87(1):98-107. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.diabres.2009.10.008>
4. Mills EJ, Wu P, Chong G, Ghement I, Singh S, Akl EA, et al. Efficacy and safety of statin treatment for cardiovascular disease: a network meta-analysis of 170,255 patients from 76 randomized trials. *QJM*. 2011;104(2):109-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/qjmed/hcq165>
5. Ebell MH, Siwek J, Weiss BD, Woolf SH, Susman J, Ewigman B, et al. Strength of recommendation taxonomy (SORT): a patient-centered approach to grading evidence in the medical literature. *Am Fam Physician*. 2004;69(3):548-56. PMID: 14971837 DOI: <http://dx.doi.org/10.3122/jabfm.17.1.59>
6. Navarese EP, Buffon A, Andreotti F, Kozinski M, Welton N, Fabiszak T, et al. Meta-analysis of impact of different types and doses of statins on new-onset diabetes mellitus. *Am J Cardiol*. 2013;111(8):1123-30. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjcard.2012.12.037>
7. Jick SS, Bradbury BD. Statins and newly diagnosed diabetes. *Br J Clin Pharmacol*. 2004;58(3):303-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2125.2004.02142.x>
8. Culver AL, Ockene IS, Balasubramanian R, Olendzki BC, Sepavich DM, Wactawski-Wende J, et al. Statin use and risk of diabetes mellitus in postmenopausal women in the Women's Health Initiative. *Arch Intern Med*. 2012;172(2):144-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2011.625>
9. Wang KL, Liu CJ, Chao TF, Huang CM, Wu CH, Chen SJ, et al. Statins, risk of diabetes, and implications on outcomes in the general population. *J Am Coll Cardiol*. 2012;60(14):1231-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2012.05.019>
10. Carter AA, Gomes T, Camacho X, Juurlink DN, Shah BR, Mamdani MM. Risk of incident diabetes among patients treated with statins: population based study. *BMJ*. 2013;346:f2610. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f2610>
11. Danaei G, García Rodríguez LA, Fernández Cantero O, Hernán MA. Statins and risk of diabetes: an analysis of electronic medical records to evaluate possible bias due to differential survival. *Diabetes Care*. 2013;36(5):1236-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.2337/dc12-1756>
12. Chen CW, Chen TC, Huang KY, Chou P, Chen PF, Lee CC. Differential impact of statin on new-onset diabetes in different age groups: a population-based case-control study in women from an asian country. *PLoS One*. 2013;8(8):e71817. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0071817>
13. Ko DT, Wijeyesundera HC, Jackevicius CA, Yousef A, Wang J, Tu JV. Diabetes mellitus and cardiovascular events in older patients with myocardial infarction prescribed intensive-dose and moderate-dose statins. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2013;6(3):315-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.111.000015>
14. Dormuth CR, Fillion KB, Paterson JM, James MT, Teare GF, Raymond CB, et al.; Canadian Network for Observational Drug Effect Studies Investigators. Higher potency statins and the risk of new diabetes: multicentre, observational study of administrative databases. *BMJ*. 2014;348:g3244. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g3244>
15. Macedo AF, Douglas I, Smeeth L, Forbes H, Ebrahim S. Statins and the risk of type 2 diabetes mellitus: cohort study using the UK clinical practice research datalink. *BMC Cardiovasc Disord*. 2014;14:85. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2261-14-85>
16. Koh KK, Lim S, Sakuma I, Quon MJ. Caveats to aggressive lowering of lipids by specific statins. *Int J Cardiol*. 2012;154(2):97-101. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2011.09.002>
17. Sampson UK, Linton MF, Fazio S. Are statins diabetogenic? *Curr Opin Cardiol*. 2011;26(4):342-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.4093/dmj.2013.37.6.415>
18. Goldfine AB. Statins: is it really time to reassess benefits and risks? *N Engl J Med*. 2012;366(19):1752-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.14496/dia.41040851167.17>
19. Pani LN, Nathan DM, Grant RW. Clinical predictors of disease progression and medication initiation in untreated patients with type 2 diabetes and A1C less than 7%. *Diabetes Care*. 2008;31(3):386-90. DOI: <http://dx.doi.org/10.2337/dc07-1934>
20. Nichols GA, Hillier TA, Brown JB. Progression from newly acquired impaired fasting glucose to type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2007;30(2):228-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.2337/dc09-0896>
21. Fonseca VA. Defining and characterizing the progression of type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2009;32 Suppl 2:S151-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.2337/dc09-S301>

Caracterização do uso do alendronato para osteoporose na Atenção Primária à Saúde

Characterization of alendronate utilization for osteoporosis in Primary Health Care

Caracterización de el uso de alendronato para la osteoporosis en Atención Primaria de Salud

Chrislenny Aguiar Nobre. Universidade Federal do Ceará (UFC). Sobral, CE, Brasil. leny_aguir@hotmail.com

Vanessa Maria de Souza Fernandes Vieira. Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, CE, Brasil. vanessa_f_vieira@yahoo.com.br

Christiane Aguiar Nobre. Universidade Federal do Ceará (UFC). Sobral, CE, Brasil. chrisan.0805@gmail.com

Ysabely de Aguiar Pontes Pamplona. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos (UNISANTOS). Santos, SP, Brasil. ysabelypontes@hotmail.com (*Autora correspondente*)

Resumo

Objetivo: Identificar a caracterização do uso do alendronato sódico por pacientes em tratamento para osteoporose na Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Sobral, CE, e relacionar os possíveis fatores que poderiam influenciar a adesão ao tratamento medicamentoso. **Métodos:** Estudo observacional, transversal, descritivo e quantitativo. Foi realizado com o uso de um questionário, entre fevereiro e março de 2012, com 90 pacientes em tratamento para osteoporose com alendronato sódico, de ambos os sexos e maiores de 50 anos. **Resultados:** Noventa e nove por cento dos pacientes eram representados pelo o sexo feminino. Sobre a faixa etária, 67% correspondiam a mais de 60 anos. Houve predominância de fratura na coluna em 45% dos pacientes. Sessenta e dois por cento ingeriam o alendronato de forma inadequada e 43% relataram alguma reação adversa ao medicamento. **Conclusão:** O uso inadequado do alendronato de sódio pelos pacientes, assim como sua ausência nos Centros de Saúde da Família (CSF), são fatores que influenciam diretamente na não adesão ao tratamento da osteoporose. É importante que sejam desenvolvidas ações de educação em saúde sobre o uso adequado desse medicamento como forma de garantia de qualidade de vida.

Abstract

Objective: To examine the use of alendronate sodium among patients undergoing treatment for osteoporosis in primary health care (PHC) in the city of Sobral, CE, and to list the possible factors that could influence adherence to medication. **Methods:** An observational, cross-sectional, descriptive, and quantitative study was conducted using a questionnaire between February and March 2012. The participants were 90 patients from both sexes being treated with alendronate sodium for osteoporosis, and aged 50 years or more. **Results:** Of the participants, 99% were females and 67% were more than 60 years old. Spinal fracture was predominant (45% of the sample), 62% consumed the drug inappropriately, and 43% reported an adverse drug reaction. **Conclusion:** Improper use of alendronate sodium by patients and its shortage in the Family Health Center (FHC) are factors that directly influence adherence to osteoporosis medication. It is important that health education programs be developed on the appropriate use of this drug as a guarantee of quality of life.

Palavras-chave:

Alendronato
Osteoporose
Atenção Primária à Saúde
Serviços de Saúde para Idosos

Keywords:

Alendronate
Osteoporosis
Primary Health Care
Health Services for the Elderly

Como citar: Nobre CA, Vieira VMSF, Nobre CA, Pamplona YAP. Caracterização do uso do alendronato para osteoporose na Atenção Primária à Saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-9. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)901](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)901)

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
FR 475048 (UVA), aprovado em 01/02/2012.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.

Recebido em: 23/02/2014.
Aprovado em: 04/10/2015.

Resumen

Objetivo: Identificar la caracterización del uso de alendronato para los pacientes que reciben tratamiento para la osteoporosis en Atención Primaria de Salud (APS) en el municipio de Sobral-CE, y la lista de los posibles factores que podrían influir en la adherencia a la medicación. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo y cuantitativo. Se llevó a cabo a través de un cuestionario entre febrero y marzo de 2012, con 90 pacientes tratados con alendronato para la osteoporosis en ambos sexos y mayores de 50 años. **Resultados:** Noventa y nueve por ciento fueron representados por las mujeres. Entre el grupo de edad, el 67% eran mayores de 60 años. Predominaron fractura vertebral representado por 45%. Sesenta y dos por ciento recibió el fármaco de manera inapropiada y 43% informó una reacción adversa a un medicamento. **Conclusión:** El uso inadecuado de alendronato por los pacientes, así como su ausencia en el Centro de Salud de la Familia (CSF) son factores que influyen directamente en la falta de adherencia al tratamiento de la osteoporosis. Es importante que se desarrollen actividades educativas de salud sobre el uso adecuado de este fármaco como una garantía de calidad de vida.

Palabras clave:

Alendronato
Osteoporosis
Atención Primaria de Salud
Servicios de Salud
para Ancianos

Introdução

A osteoporose é uma enfermidade metabólica óssea caracterizada por perda de massa óssea e deterioração da microarquitetura do tecido ósseo, conduzindo a um maior risco de fraturas, sendo as mais frequentes as de antebraço, de coluna vertebral e de quadril.^{1,2}

A capacidade do osso de resistir a forças mecânicas e fraturas depende não apenas da quantidade de tecido ósseo, mas também da sua qualidade. A osteoporose é chamada de “doença silenciosa”, pois evolui sem sintomas até a ocorrência de uma fratura. Devido ao maior tamanho dos esqueletos e à ausência de um período de alteração hormonal rápida, a osteoporose evolui mais lentamente nos homens do que nas mulheres.³

Vários fatores relacionados à ocorrência de baixa densidade mineral óssea (DMO) têm sido identificados, como: físicos (idade avançada, sexo feminino, antecedente de osteoporose na família, ciclos menstruais irregulares, menopausa precoce, ausência de gestações e uso de medicamentos: corticosteroides, anticonvulsivantes, hidróxido de alumínio, diuréticos, anti-inflamatórios) e comportamentais (baixa ingestão de cálcio, alta ingestão de proteínas, sódio e café, tabagismo, etilismo, vida sedentária).⁴

Nas três últimas décadas, tornou-se alvo de atenção de várias especialidades médicas, graças à compreensão das condições ósseo-metabólicas. Dois fatores contribuem para sua maior importância: a longevidade populacional e os custos gerados pelas fraturas, principalmente as de quadril.⁵

Os recursos utilizados no tratamento de fraturas por osteoporose representaram em 1995, nos EUA, um total de 432 mil hospitalizações, aproximadamente 2,5 milhões de consultas médicas e 180 mil admissões em casas de repouso.⁶

A incidência de osteoporose e os custos de saúde relacionados ao tratamento se elevarão mais ainda devido ao aumento na proporção de idosos na população mundial.¹ Diante dessa realidade, se faz necessário desenvolver técnicas de cuidado para profilaxia, tais como a inclusão de métodos de tratamento não farmacológicos (dieta e programas de exercícios físicos) aos métodos de tratamento farmacológico (suplementos de cálcio e de vitamina D e uso de bifosfonatos).^{7,8}

Os bifosfonatos provaram ser eficazes na redução do risco de fraturas e são considerados como a primeira escolha no tratamento da osteoporose.⁹ Existem três fármacos do grupo dos bisfosfonatos aprovados para a profilaxia e o tratamento medicamentoso: alendronato, risedronato e ibandronato.¹⁰

Os bisfosfonatos ligam-se à matriz óssea nos locais de reabsorção ativa e agem como agentes antirreabsortivos ou catabólicos.¹⁰ O alendronato de sódio é um potente inibidor específico da reabsorção óssea mediada por osteoclastos. O mesmo está relacionado à capacidade de fixação na matriz óssea, sendo assimilado pelos osteoclastos para, em seguida, inibir sua ação; por isso, é indicado tanto para a prevenção quanto para o tratamento da osteoporose.⁷

Quando administrados oralmente, são pouco absorvidos pelo trato gastrointestinal. Essa absorção fica em torno de 1% a 5% da dose ingerida, mas pode ser reduzido a zero, na presença de alimentos contendo cálcio ou outro cátion bivalente capaz de fragmentar o bifosfonato.³ Quando em contato com a mucosa do esôfago, pode eventualmente produzir esofagite.⁹ Para evitar o contato prolongado desse medicamento com a mucosa esofágica, alguns cuidados devem ser tomados: 1) não devem ser administrados por via oral para pacientes com distúrbios do trato digestivo alto, 2) não devem ser administrados a pacientes que desenvolveram quaisquer sintomas de esofagite, e 3) devem ser utilizados com o estômago vazio pela manhã, logo após o paciente se levantar, com um copo de água (240ml). O paciente deve permanecer em jejum por pelo menos meia hora após a ingestão da medicação e manter-se de pé ou sentado de 30 a 60 minutos para diminuir o risco de refluxo gástrico.³

O alendronato é o medicamento fornecido pela Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Sobral, CE, para o tratamento da osteoporose na pós-menopausa, a induzida pelos glicocorticoides e a osteoporose nos homens.

Diante de todas as informações que foram aqui expostas, é possível considerar a importância do uso correto do alendronato dentre a população idosa e a necessidade de se adotarem estratégias que visem à adesão ao tratamento e a correta utilização do mesmo.

Portanto, teve-se como objetivo identificar a caracterização do uso do alendronato por pacientes portadores de osteoporose atendidos na APS da cidade de Sobral, CE, e relacionar os possíveis fatores que poderiam influenciar a adesão ao tratamento medicamentoso.

Métodos

Trata-se de um estudo observacional, transversal, descritivo e quantitativo. O investigador atuou meramente como expectador de fenômenos ou fatos, sem, no entanto, realizar qualquer intervenção que possa ter interferido no curso natural e/ou no desfecho dos mesmos, embora tenha realizado, neste meio tempo, medições e análises.

O bairro Dom Expedito, situado no município de Sobral, também conhecido como a margem direita do Rio Acaraú, é delimitado ao norte por este rio, ao sul pelo Riacho da Várzea (antigo Oiticica), ao leste pela ponte Othon de Alencar e Avenida Senador Fernandes Távora, e a oeste pela BR-222. Localiza-se ao sul do município e ocupa uma área de 1.006.940m², com uma população de aproximadamente 5.424 habitantes.

Sabendo que os dois bairros possuem uma população consideravelmente grande, foi escolhida como amostra os pacientes que faziam uso de alendronato sódico 70mg semanalmente. A identificação dos mesmos deu-se por meio de um cadastro preenchido pelo atendente de farmácia, sendo registrados em uma ficha todos que recebiam o medicamento no Centro de Saúde da Família (CSF), com suas respectivas idades e Agente Comunitário de Saúde (ACS) responsável pela área.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário com questões fechadas aplicado no período de fevereiro a março de 2012.

Nos dois CSF, na época da pesquisa, existiam 100 pacientes catalogados em tratamento com alendronato de sódio 70mg. Destes, 10 não foram encontrados para o agendamento da visita ou se recusaram a participar da pesquisa. Portanto, o questionário foi aplicado em 90 pacientes.

Adotou-se, como critérios de inclusão, pacientes de ambos os sexos com idade superior a 50 anos, em tratamento medicamentoso para osteoporose atendidos na rede de APS do município de Sobral, CE, e que aceitassem participar da pesquisa.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual Vale do Acaraú, de protocolo Nº 1056/2012, obedecendo aos princípios éticos da pesquisa com seres humanos e contemplando as determinações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, dentre as quais, o uso de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os sujeitos foram devidamente instruídos quanto ao teor da pesquisa e da sua relevância e contribuição para a sociedade.

A análise descritiva dos dados foi realizada e elaborados tabelas e gráficos, utilizando-se das ferramentas do *Microsoft Office Excel*. Desta forma, foi possível verificar todas as implicações relacionadas ao uso do alendronato de sódio.

Resultados

Durante o período da coleta de dados, foram identificados 90 pacientes que atendiam aos critérios de inclusão do estudo. Os dados foram organizados em tabelas e figuras de acordo com as características socioeconômicas dos pacientes, tempo de uso do alendronato de sódio, tipos de fraturas ocasionadas pela osteoporose e quanto ao uso do medicamento.

Os dados apresentados na Tabela 1 mostram que 31% dos pacientes estão na faixa etária entre 70 e 79 anos.

Na Tabela 2, é observado que 35,5% dos participantes utiliza o alendronato de sódio no intervalo de tempo entre 2 e 3 anos.

Tabela 1. Caracterização dos pacientes quanto a distribuição por faixa etária. Sobral - CE, 2012. N=90.

Características	Especificações	n	%
Faixa etária	50-59 anos	23	25,5
	60-69 anos	25	28
	70-79 anos	28	31
	Acima de 80 anos	14	15,5

Tabela 2. Caracterização dos pacientes quanto a distribuição em relação ao tempo de uso do alendronato de sódio 70mg. Sobral - CE, 2012. N=90.

Características	Especificações	n	%
Tempo de Uso	Até 1 ano	30	33,5
	2-3 anos	32	35,5
	4-5 anos	14	15,5
	Acima de 5 anos	14	15,5

No que diz respeito à distribuição dos sítios de fraturas, a Figura 1 mostra que 66% dos entrevistados afirmaram nunca ter tido nenhum tipo de fratura, já 15% relataram fratura na coluna vertebral. Com relação às fraturas do quadril, 11% relataram já ter tido e 8% dos participantes tiveram algum outro tipo de fratura, em sítios não mencionados.



Figura 1. Distribuição dos sítios de fratura ocasionados pela Osteoporose. Sobral, CE, 2012.

Na Tabela 3 estão expostas as características relacionadas quanto ao uso do alendronato de sódio. Em relação à ingestão em jejum, 83,3% dos pacientes relataram tomar adequadamente.

Tabela 3. Caracterização dos pacientes quanto ao uso do alendronato de sódio. Sobral - CE, 2012. N=90.

Características	Especificações	n	%
Ingestão em jejum	Adequada	75	83,3
	Inadequada	15	16,7
Não se deitar após a ingestão do medicamento	Adequada	43	47,8
	Inadequada	47	52,2
Permanência em jejum por no mínimo 30 minutos após a ingestão do medicamento	Adequada	59	65,6
	Inadequada	31	34,4
Ingestão do medicamento com água	Adequada	86	95,6
	Inadequada	4	4,4

Quanto a não se deitar após a ingestão do medicamento, 52,2% mencionaram se comportar de forma inadequada, já em relação à permanência em jejum por no mínimo 30 minutos após a ingestão do medicamento, 65,6% afirmaram adotar esse cuidado.

Sobre o motivo de ingestão do medicamento com água, 95,6% realizavam de forma adequada para o tratamento e só 4,4% não faziam o uso correto.

Discussão

Durante muitos anos, o estudo da osteoporose, pela pouca praticidade do seu conhecimento, foi relegado a um plano secundário. Hoje, além de ser um assunto muito pesquisado em todo o mundo, seu conhecimento é objetivo e útil.¹¹

Nesse contexto, a observação da rotina dos CSF Tamarindo e Dom Expedito trouxe a informação da prescrição de alendronato sódico de 70mg em dose única semanal, mesmo estando contemplada na Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) a apresentação de 10mg, cuja prescrição de dose única diária também está adequada. Apesar dos esquemas terapêuticos serem equivalentes, a justificativa da preferência pela dose de 70mg é devido ao esquema semanal ser mais bem tolerado pelo trato gastrointestinal, resultando em maior comodidade para o paciente, o que pode melhorar a adesão e a permanência no tratamento em longo prazo.¹

Os resultados mostraram que os pacientes portadores de osteoporose que utilizavam alendronato sódico eram em maioria do sexo feminino, sendo representado 89 idosos (99% da amostra). Este fenômeno é explicado provavelmente pela maior prevalência de osteoporose nas mulheres devido à redução do nível de estrógenos e pelo fato dos homens procurarem menos o serviço de saúde, justificando a baixa porcentagem destes no estudo.¹

O alendronato de sódio deve ser considerado como agente terapêutico para o tratamento de osteoporose em homens e mulheres. É particularmente benéfico para mulheres com maiores fatores de risco em relação à estrutura e integridade óssea, baixa densidade mineral óssea ou fraturas vertebrais pré-existentes e para redução de fratura de quadril, naquelas entre 70 e 79 anos.^{1,2} Como demonstra a Tabela 1, há uma predominância de osteoporose a partir da sexta década de vida, tendo um expressivo aumento na faixa etária de 70 a 79 anos.

Embora faltem evidências sobre o tempo ideal do tratamento com alendronato, considerou-se que o período seria de cinco anos de tratamento ou a utilização contínua, pois, com a suspensão do fármaco, pode ocorrer uma lenta perda da massa óssea.¹⁰

A perda de massa óssea é uma consequência inevitável do processo de envelhecimento. Entretanto, no indivíduo com osteoporose a perda é tão importante que a massa óssea cai abaixo do limiar para fraturas, principalmente em determinados locais, como quadril, vértebras e antebraço. Uma significativa redução de massa óssea pode ocorrer especialmente em mulheres após a menopausa.¹²

A maior parte das fraturas de quadril em idosos ocorre após trauma mínimo, definido como queda da própria altura. Ainda não está bem estabelecido se os pacientes caem e se quebram ou se eles se quebram e depois caem.¹³

Neste estudo 34% (n=31) das pessoas que possuem osteoporose já tiveram algum tipo de fratura óssea, e que, destas, 81% (n=25) ocorreram antes do tratamento com alendronato de sódio. Estes dados assemelham-se com o estudo de Kowalki et al. (2007),¹⁴ no qual 42% das pacientes já haviam sofrido ao menos uma fratura relacionada à osteoporose.

Houve predominância de fratura vertebral, representada por 45% (14/31), seguida de fratura de quadril em 32% (10/31). Outros sítios, nos quais se inclui a fratura de punho, foram responsáveis por 23% das

fraturas. As fraturas são as complicações mais temíveis da osteoporose. As fraturas de coluna vertebral podem causar dor, redução da estatura, diminuição da expansibilidade torácica, além de cifose torácica progressiva. As fraturas de quadril têm prognóstico reservado em pacientes idosos reservado, exigindo internação hospitalar e intervenção cirúrgica com mortalidade no primeiro ano de cerca de 20%.⁴

Todos os pacientes portadores de osteoporose da pesquisa faziam uso suplementar de cálcio e 25% (n=23) usavam o raloxifeno, um medicamento usado para osteoporose pós-menopausa, que atua como agonista e modulador seletivo do receptor estrogênico no tecido ósseo, ao passo que se comporta como antagonista para os efeitos estrogênicos sobre o útero e a glândula mamária.¹⁰

Ainda não existem dados suficientes para estabelecer com firmeza a melhor forma de utilizar as combinações dos fármacos antirreabsortivos disponíveis, pois nenhum dos estudos com esquemas combinados demonstrou utilidade inequívoca dessas abordagens como profilaxia para fraturas. Além disso, os custos e os efeitos adversos podem ser aditivos.¹⁰

A suplementação diária com compostos de cálcio, variando de 400 a 800mg de cálcio elementar, é preconizada para praticamente todos os pacientes. Para manter os níveis plasmáticos adequados, o cálcio é retirado do estoque ósseo. Assim, quando se prescreve suplementação diária de cálcio, a intenção é diminuir a reabsorção e a perda de massa óssea.⁶

Recomenda-se que a droga seja tomada pelo menos 30 minutos antes da primeira alimentação ou bebida do dia com um copo cheio de água (180-240ml), e que se evite deitar ao menos por um período de 30 minutos que sucedem a sua ingestão. Essas recomendações visam a reduzir o contato do comprimido com o esôfago, durante o seu trânsito pelo órgão, e não permitir que o conteúdo gástrico reflua, causando irritação.¹⁵

Quarenta e três por cento dos pacientes da pesquisa relataram reações adversas, todas relacionadas ao trato gastrointestinal, como pirose, epigastralgia e dispepsia.

Sessenta e oito por cento dos pacientes tomavam o medicamento de forma inadequada. Destes, 16,7% não o tomam em jejum, que 52,2% deitam-se após a ingestão do medicamento, que 34,4% não permanecem em jejum após a ingestão do mesmo, e que 4,4% ingerem o medicamento com outro líquido que não seja água. Tais erros podem cursar com a ineficácia do tratamento, além de gerarem alguns efeitos adversos, como hipocalcemia e irritação do trato digestivo superior.⁷

Seis por cento dos pacientes relataram não ter sido orientados sobre o uso correto da medicação. Essas orientações são fundamentais para melhorar a absorção do fármaco e diminuir a probabilidade de ocorrência de efeitos adversos.

Um dado bastante relevante é que 80% dos pacientes interromperam o tratamento sem orientação médica, e em 83% dos casos o motivo foi a ausência de dispensação pelo CSF. A falta de adesão ao tratamento é uma explicação comum para falhas terapêuticas, podendo justificar a ocorrência de fraturas repetidas em pacientes em tratamento para osteoporose.

Segundo Cordeiro et al. (2009),⁷ a interrupção do tratamento tem mostrado que níveis de marcadores de absorção voltam aos valores iniciais, após seis e nove meses.

Os profissionais da saúde devem investir na realização de atividades educativas de caráter crítico e dinâmico, que atraem a clientela participante como forma de promover a saúde na prevenção e promoção das doenças, principalmente a clientela idosa, que se encontra mais suscetível a diversas doenças.¹⁶

Desta forma, é possível concluir que uma boa adesão medicamentosa depende não só do paciente, mas também dos profissionais de saúde que o assistem e do sistema, que deve fornecer o medicamento de forma contínua para que o tratamento seja realizado com sucesso.

Conclusão

Ao discorrer sobre envelhecimento populacional, é preciso pensar sobre o aumento da expectativa de vida e suas consequências, como surgimento de condições crônicas, aumento dos custos para tratamentos medicamentosos e das internações hospitalares.

Nesse contexto, a osteoporose apresenta-se como uma condição crônica e progressiva, acometendo prevalentemente mulheres, sendo os bisfosfonatos os medicamentos mais comumente prescritos.

Este estudo permitiu delinear a caracterização do uso do alendronato por pacientes portadores de osteoporose do município de Sobral, CE, sendo observado o uso inadequado do alendronato de sódio pelos pacientes. É importante que se compreenda que as orientações quanto ao uso racional de medicamentos são imprescindíveis para se alcançar um bom resultado. A identificação destes erros pode implicar em um melhor tratamento.

Essa evidência permitirá, em pesquisas posteriores, o planejamento de estratégias de educação em saúde, estimulando a adesão aos tratamentos necessários por parte dos pacientes e cuidadores, com a finalidade de diminuir o impacto socioeconômico da osteoporose, garantindo a farmacoterapia correta e melhorando a qualidade de vida dos pacientes.

Referências

1. Camargo EP, Minozzo M, Lopes LC. Caracterização do uso de alendronato de sódio no tratamento de osteoporose por clínicos da rede privada de duas cidades do interior de São Paulo. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* 2007;28(1):77-83.
2. Pueyo MJ, Larrosa M, Surís X, Garcia-Ruiz AJ. Análisis de coste-utilidad e impacto presupuestario de la prevención primaria con alendronato de la fractura osteoporótica de cadera en Cataluña. *Reumatol Clin.* 2012;8(3):128-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2012.01.001>
3. Khajuria DK, Razdan R, Mahapatra DR. Medicamentos para o tratamento da osteoporose: revisão. *Rev Bras Reumatol.* 2011;51(4):372-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042011000400008>
4. Frazão P, Naveira M. Fatores associados à baixa densidade mineral óssea em mulheres brancas. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(5):740-8.
5. Dourador EB. Osteoporose senil. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 1999;43(6):446-51. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27301999000600010>
6. Kowalski SC, Sjenzfeld VL, Ferraz MB. [Resource utilization and costs in osteoporosis]. [Article in Portuguese]. *Rev Assoc Med Bras.* 2001;47(4):352-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302001000400039>
7. Cordeiro MP, Reis FA, Nogueira GB, Giglio CA, Carvalho PTC, Belchior ACG. O uso do alendronato de sódio na osteoporose. *ConScientiae Saúde.* 2009;8(2):309-15. DOI: <http://dx.doi.org/10.5585/conssaude.v8i2.1510>
8. Aibar Arregui MA, de Escalante Yangüela B, Muñoz Villalengua M, Garcés Horna V. Esophageal stenosis caused by alendronate. *Rev Esp Enferm Dig.* 2011;103(6):338-9. PMID: 21736407
9. Sosa Henríquez M, Gómez de Tejada Romero MJ. La medicina basada en la evidencia y los fármacos aprobados para el tratamiento de la osteoporosis. Papel del calcio y la vitamina D. *Rev Clin Esp.* 2009;209(1):25-36. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0014-2565\(09\)70355-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0014-2565(09)70355-8)

10. Lan GK, Bingham CO. Artrite psoriática. In: Imboden J, Hellmann D, Stone J. Current: Reumatologia - Diagnóstico e Tratamento. 2a ed. São Paulo: McGraw-Hill; 2008.
11. Souza MPG. Diagnóstico e tratamento da osteoporose. Rev Bras Ortop. 2010;45(3):220-9.
12. Freire FM, Aragão KGCB. Osteoporose: um artigo de atualização [Trabalho de conclusão do curso de Fisioterapia]. Goiânia: Universidade Católica de Goiás; 2004.
13. Szejnfeld VL. Osteoporose. Rev Bras Med. 2004;61(7):417-28.
14. Bértolo MB, Brenal CV, Schainberg CG, Neubarth F, Lima FAC, Laurindo IM, et al. Atualização do consenso brasileiro no diagnóstico e tratamento da artrite reumatóide. Rev Bras Reumatol. 2011;47(3):151-9.
15. Duques P, Araújo RSA, Amorim WPD. Ulceração de anastomose esôfago-entérica causada por alendronato. Arq Gastroenterol. 2001;38(2):129-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-28032001000200009>
16. Valente GSC, Lindolpho MC, Mello LP, Gomes HF, Sá SPC, Santos NSS. Health promotion and prevention of osteoporosis in elderly women: an overview of health education. Rev Enferm UFPE on line. 2011;5(9):2121-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.1262-12560-1-LE.0509201107>

Perfil sociodemográfico, ocupacional e avaliação das condições de saúde mental dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul, RS

Sociodemographic and occupational profile and evaluation of mental health disorders of employees of the Family Health Strategy in a city of Rio Grande do Sul, RS

Perfil sociodemografico, ocupacional y evaluación de las condiciones de salud mental de los trabajadores de Estrategia de Salud de la Familia en un municipio de Rio Grande do Sul, RS

Izadora Joseane Borrajo Moreira. Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

izadoramoreira@yahoo.com.br (*Autora correspondente*)

Jorge André Horta. Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. jhorta@unisc.br

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

Daniela Teixeira Borges. Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. med.dani@hotmail.com

Anderson Berni Cristofari. Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. anderson.cristofari@hotmail.com

Jéssica Chaves. Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. jessykasacht@yahoo.com.br

Débora Cristina Haack Bassani. Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. deborachb08@gmail.com

Emanuelle Damo Cerizolli. Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. edcerizolli@hotmail.com

Raquel Montagna Teixeira. Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. quelmteixeira@gmail.com

Resumo

Objetivo: Descrever os fatores sociodemográficos e ocupacionais e avaliar a prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores das Estratégias de Saúde da Família (ESF) em Santa Cruz do Sul, RS. **Métodos:** Estudo com abordagem epidemiológica, de corte transversal e quantitativo, realizado no período de junho a agosto de 2013. Foram avaliados 83 trabalhadores, entre médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, atuantes nas 11 unidades de saúde da família do município. O instrumento de pesquisa constituiu-se em um questionário autoaplicável, englobando aspectos sociodemográficos, ocupacionais e questões pertencentes ao *Self-Reporting Questionnaire*. **Resultados:** A idade média dos participantes foi de 37,1±8,9 anos, sendo a maioria agentes comunitários de saúde, do sexo feminino, casadas, com filhos, renda per capita de até 2 salários mínimos e ensino médio completo. A prevalência geral de transtorno mental comum foi de 19,7%, estando presente em todas as categorias profissionais, e mais frequente entre os enfermeiros (25%), porém sem diferenças estatísticas. **Conclusão:** O presente estudo, além de caracterizar a população de trabalhadores das ESF de Santa Cruz do Sul, RS, em seus aspectos sociodemográficos e ocupacionais, identificou que o sofrimento psíquico está presente, embora em graus variados, em todas as categorias profissionais avaliadas. Frente a esses achados relevantes, sugerem-se providências que visem à prevenção e promoção da saúde mental desses profissionais.

Como citar: Moreira IJB, Horta JA, Duro LN, Borges DT, Cristofari AB, Chaves J et al. Perfil sociodemográfico, ocupacional e avaliação das condições de saúde mental dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul, RS. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-12. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)967](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)967)

Palavras-chave:

Atenção Primária à Saúde
Saúde do Trabalhador
Transtornos Mentais
Estresse Psicológico
Agentes Comunitários de Saúde

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
161.000 (UNISC), aprovado em
03/12/2012.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.
Recebido em: 06/07/2014.
Aprovado em: 06/01/2016.

Abstract

Objective: The purpose of this study was to measure the prevalence of common mental health disorders among employees of the Family Health Strategy in Santa Cruz do Sul, RS, and to describe sociodemographic and occupational factors associated with these disorders. **Methods:** This was a cross-sectional, quantitative study, conducted from June to August 2013. In total, 83 employees, who worked at 11 family health units in the city, participated. Participants included doctors, nurses, technicians/nursing assistants, and community health workers. The survey was conducted using a self-administered questionnaire about sociodemographic and occupational issues as well as the matters related to the Self-Reporting Questionnaire. **Results:** The average age of participants was 37.1 ± 8.9 years. The majority of community health workers were female workers who were married, had children, had a per capita income of up to 2 minimum wages, and had completed high school. The general prevalence of common mental health disorders was 19.7%. Mental health disorders were present in all occupational categories, but were more frequent among male nurses (25%), although this was not statistically significant. **Conclusion:** This study, in addition to characterizing the population of employees of the Family Health Strategy in Santa Cruz do Sul, RS, in terms of demographic and occupational characteristics, found that psychological distress was present, to varying degrees, in all professional categories evaluated. Given the high prevalence of mental health disorders among these employees, measures are required to ensure the protection and promotion of mental health in this setting.

Keywords:

Primary Health Care
Occupational Health
Mental Disorders
Stress, Psychological
Community Health Workers

Resumen

Objetivo: Se ha objetivado describir a los factores sociodemográficos y ocupacionales y evaluar la prevalencia de trastornos mentales comunes en trabajadores de las Estrategias de Salud de la Familia en Santa Cruz do Sul, RS. **Métodos:** Estudio con abordaje epidemiológico, de corte transversal y cuantitativo, llevado a efecto en el periodo de junio a agosto del 2013. Han sido evaluados 83 trabajadores, entre médicos, enfermeros, técnicos y auxiliares de enfermería y agentes comunitarios de salud pública, que actúan en las 11 unidades de salud de la familia en el municipio. El instrumento de investigación constituyó de un cuestionario auto aplicable, que abarca aspectos sociodemográficos, ocupacionales y cuestiones pertenecientes al *Self-Reporting Questionnaire*. **Resultados:** La edad promedio de los participantes fue de $37,1 \pm 8,9$ años, siendo los más, agentes comunitarios de salud, del sexo femenino, casadas, con hijos, ingreso per cápita de hasta dos sueldos mínimos y enseñanza media cumplida. La prevalencia general de trastorno mental común ha sido del 19,7%, estando presente en todos los rangos profesionales y más frecuente entre los enfermeros (25%), pero sin distinciones estadísticas. **Conclusión:** Este estudio, además de la caracterización de la población de empleados de Estrategias de Salud de la Familia de Santa Cruz do Sul, RS, en sus características demográficas y ocupacionales, se encontró que la angustia psicológica se encuentra presente, aunque en distintos grados, en todas las categorías profesionales evaluados. Frente a la prevalencia elevada de trastornos mentales, se sugiere providencias con vistas a la prevención y promoción de la salud mental de esos profesionales.

Palabras clave:

Atención Primaria de Salud
Salud Laboral
Trastornos Mentales
Estrés Psicológico
Agentes Comunitarios de Salud

Introdução

Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma política do Ministério da Saúde que tem como eixo norteador a reorganização, orientação e o fortalecimento da atenção básica à saúde no Brasil, tendo como prioridade o atendimento integral e continuado dos indivíduos, das famílias e comunidades por meio do trabalho em equipe. Visa à conversão do modelo assistencial tradicional (biomédico) para o modelo de saúde da família.^{1,2}

As propostas de atendimento nas ESF ainda são recentes e faz-se necessário que os profissionais estejam preparados e capacitados para enfrentar de modo satisfatório essas mudanças.³ Essa exigência, associada ao fato das unidades de saúde da família estarem, muitas vezes, inseridas em ambientes perigosos e insalubres marcados por desigualdades sociais e pobreza, pode favorecer o surgimento de sofrimento psíquico⁴⁻⁷ nesses trabalhadores.

Segundo a Organização Mundial da Saúde⁸, saúde mental pode ser definida como um estado de bem-estar no qual o indivíduo desenvolve atributos que lhe permitem enfrentar as tensões normais da vida, estando apto para trabalhar de forma produtiva e contribuir à sociedade na qual está inserido. Assim, esse conceito vai além da simples ausência de transtornos mentais, sendo determinado pela complexa interface que se estabelece entre as características dos indivíduos e seu ambiente de inserção social.^{8,9}

Atualmente, os distúrbios psiquiátricos podem ser considerados problemas graves de saúde pública. Os transtornos mentais correspondem a 12% da carga mundial de doenças e a 1% da mortalidade.⁸ Estima-se que em 2020 serão responsáveis por 15% de DALYs (Anos de Vida Perdidos por Morte Prematura Ajustados por Incapacidade).^{8,10}

Nesse contexto, destacam-se os transtornos mentais comuns (TMC), que se manifestam por meio de quadros clínicos inespecíficos e não psicóticos, tais como insônia, nervosismo, irritabilidade, fadiga, dores de cabeça e esquecimentos.¹¹ Apesar de não preencherem todos os critérios necessários para serem classificados como doença mental, de acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition* (DSM IV) e a Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão (CID-10), são responsáveis por quadros de sofrimento psíquico com significativo comprometimento da qualidade de vida, podendo gerar incapacidades funcionais tão ou mais graves do que aquelas estabelecidas em quadros crônicos.^{5,12-14}

Em relação à população de trabalhadores ativos, nota-se que questões relacionadas à precarização do trabalho têm sido apontadas como fatores determinantes na piora das condições de saúde e, conseqüentemente, na mudança do perfil epidemiológico das doenças relacionadas com a atividade laboral, com destaque para os transtornos mentais.^{15,16} Estima-se que 30% dos indivíduos que trabalham sejam acometidos por transtornos mentais leves, enquanto que 5% a 10% têm transtornos mentais graves.⁸

Entre os trabalhadores da saúde, as prevalências de TMC têm sido estimadas por alguns estudos em diversos ambientes laborais, revelando dados expressivos e preocupantes.^{17,18} A exposição desses profissionais a situações de risco biológico, físico e psíquico inerentes à profissão pode estar associada ao desenvolvimento de sofrimento psíquico, com repercussões negativas no desempenho laboral e na própria sociedade.^{5,7}

Apesar do importante trabalho desenvolvido no âmbito das ESF no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), poucos estudos se dedicam à avaliação do perfil sociodemográfico e da saúde psíquica desses trabalhadores. Assim, optou-se pela elaboração deste estudo, que tem por objetivo descrever as características sociodemográficas, variáveis ocupacionais e a prevalência de TMC entre médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde nas Estratégias de Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, RS.

Métodos

Trata-se de um estudo com abordagem epidemiológica, de corte transversal e quantitativo. Foram selecionados para participar da pesquisa todos os médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem (TE) e agentes comunitários de saúde (ACS) que compõem as 11 equipes de estratégia de saúde da família do município em estudo, não sendo necessário, portanto, cálculo de tamanho amostral. Excluímos os participantes que, por motivos pessoais, se recusaram a responder o questionário estruturado e que não estiveram presentes no momento da coleta após três tentativas de entrevista agendada previamente.

A coleta de dados ocorreu no período de junho a agosto de 2013, sendo realizada por entrevistadores submetidos a treinamento para abordagem dos profissionais nas unidades de saúde. Desse modo, os trabalhadores elegíveis para o estudo receberam explicações referentes à pesquisa e, os que concordaram em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do estudo.

O instrumento de pesquisa constituiu-se em um questionário autoaplicável, identificado apenas pela unidade de saúde e composto por três blocos que avaliaram aspectos sociodemográficos (sexo, idade, escolaridade, estado civil, presença de filhos e renda familiar *per capita*), aspectos ocupacionais (categoria profissional, carga horária semanal, tempo de trabalho na instituição, tipo de contrato de trabalho) e vinte questões pertencentes ao *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Os questionários foram distribuídos e coletados no mesmo dia, sendo respondidos em um ambiente adequado da própria unidade de saúde.

O SRQ-20, utilizado para avaliar sofrimento psíquico, foi desenvolvido em 1980 por Harding et al.,¹⁹ sendo traduzido e validado para uso no Brasil em 1986 por Mari e Williams.²⁰ É composto por vinte questões com respostas do tipo dicotômicas: sim/não, atribuindo-se, respectivamente, valores de 1 e 0 e levando-se em consideração a presença ou não dos sintomas questionados nos últimos 30 dias. A partir das respostas, obtém-se um escore.

No presente estudo, utilizaremos o ponto de corte de seis ou mais respostas positivas para homens, e oito ou mais respostas positivas para mulheres. Indivíduos *com score* acima desses valores são considerados prováveis casos de TMC que, embora não sejam classificados como portadores de um diagnóstico psiquiátrico formal, podem apresentar sofrimento mental relevante. O teste apresenta sensibilidade de 83% e especificidade de 80%, com uma taxa de classificação equivocada de 19% para detecção de transtornos psiquiátricos não psicóticos.

Os dados coletados foram inseridos numa base de dados do programa estatístico *Statistic Package for Social Sciences* (SPSS) versão 20 e tiveram dupla digitação para diminuição de erros de consistência, sendo analisados a partir da estatística descritiva. Para detectar a existência de associações entre as categorias profissionais e o SRQ-20, utilizou-se o Teste Exato de Fisher, estabelecendo-se um nível de significância de 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Santa Cruz do Sul, RS, sob CAAE número 06706912.3.0000.5343 e pela coordenação da Secretaria de Saúde do município.

Resultados

Do total da população alvo (89 trabalhadores), um estava em licença-maternidade na época da coleta e 5 se recusaram a participar da pesquisa, totalizando 83 participantes (93,2%). Para análise de transtorno mental comum pelo SRQ-20, sete participantes (8,4%) foram excluídos devido ao fato de não terem preenchido algum item do questionário.

Foram avaliados 48 ACS, vinte TE, 8 enfermeiros e 7 médicos. A maioria dos trabalhadores era do sexo feminino (95,1%), com idade média de 37,1±8,9 anos, casados ou com companheiro (a) (80,2%), com até dois filhos (68,7%) e renda familiar *per capita* de até dois salários mínimos da época (R\$ 678,00) (75%). Em relação à escolaridade, possuíam ensino médio completo (43,9%) e, dos que possuíam nível superior, 68,7% referiram curso de pós-graduação completo (Tabela 1).

Entre as variáveis ocupacionais, a maior parcela dos trabalhadores participantes foi constituída por ACS (57,8%), com carga horária semanal de 40 horas e dedicação exclusiva (80,7%) e com tempo de trabalho na instituição entre 6 meses a 5 anos (61,4%). Todos os entrevistados referiram contrato de trabalho regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), sem ingresso por concurso público (Tabela 2).

Tabela 1. Distribuição dos trabalhadores das Estratégias Saúde da Família, segundo variáveis sociodemográficas. Santa Cruz do Sul, RS, 2013 (n=83).

Variáveis Sociodemográficas	n	%
Sexo (n=82)		
Feminino	78	95,1
Masculino	4	4,9
Idade (anos completos) (n=80) -37,1 (±8,9)*		
até 30 anos	25	31,3
31 a 35 anos	15	18,8
36 a 45 anos	25	31,3
>45 anos	15	18,8
Escolaridade (n=82)		
Ensino fundamental	5	6,1
Ensino médio	36	43,9
Ensino técnico	25	30,5
Ensino superior	16	19,5
Estado Civil (n=81)		
Casado(a) ou com companheiro(a)	65	80,2
Solteiro(a)	16	19,8
Filhos (n=83)		
Nenhum	14	16,9
1 a 2 filhos	57	68,7
Mais de 2 filhos	12	14,5
Renda familiar per capita (n=80)		
Até 2 salários mínimos	60	75
Mais de 2 salários mínimos	20	25

* Média (± desvio padrão).

Tabela 2. Distribuição dos trabalhadores das Estratégias Saúde da Família, segundo variáveis ocupacionais. Santa Cruz do Sul, RS, 2013 (n=83).

Variáveis Ocupacionais	n	%
Categoria Profissional		
Agente Comunitário de Saúde	48	57,8
Técnico de Enfermagem	20	24,1
Enfermeiro	8	9,6
Médico	7	8,4
Carga horária semanal		
40h/semana (Dedicação Exclusiva)	67	80,7
Mais de 40h/semana	16	19,3
Tempo de trabalho na Instituição		
06 meses a 05 anos	51	61,4
06 a 09 anos	20	24,1
≥ de 10 anos	12	14,5

Em relação à saúde mental dos trabalhadores, observa-se que a prevalência geral de TMC, de acordo com o ponto de corte adotado, foi de 19,7%, observando-se uma variação de 14,3% (entre os médicos) a 25% (entre os enfermeiros). Não se encontrou diferença estatística significativa entre a presença de TMC e as categorias avaliadas ($p=0,91$) (Tabela 3).

Tabela 3. Prevalência de transtorno mental comum entre trabalhadores das Estratégias Saúde da Família, segundo categoria profissional. Santa Cruz do Sul, RS, 2013 (n=76).**

Categoria Profissional	Transtorno Mental Comum					p*
	n	Ausente		Presente		
		n	%	n	%	
Agente Comunitário de Saúde	42	33	78,6	9	21,4	
Técnico de Enfermagem	19	16	84,2	3	15,8	
Enfermeiro	8	6	75	2	25	0,91
Médico	7	6	85,7	1	14,3	
Total	76	61	80,3	15	19,7	

* Teste exato de Fischer. ** Excluídos sete trabalhadores que não preencheram todos os itens do SRQ-20 para avaliação de transtornos mentais comuns.

Todos os casos de TMC ocorreram no sexo feminino (n=15), sendo mais frequentes entre os profissionais com idade entre 36 a 45 anos (7/15 ou 46,6%), com ensino médio completo (8/15 ou 53,3%), casados (14/15 ou 93,3%), com até 2 filhos (12/15 ou 80%), renda *per capita* de até 2 salários mínimos da época (12/15 ou 80%), com jornada laboral de 40 horas/semana e dedicação exclusiva (12/15 ou 80%) e com tempo de trabalho na mesma instituição entre 6 a 9 anos (7/15 ou 46,6%).

As Tabelas 4 e 5 mostram a distribuição dos casos de TMC, entre as categorias profissionais, segundo as variáveis sociodemográficas e ocupacionais.

Discussão

No município de Santa Cruz do Sul, RS, no momento da coleta dos dados do presente estudo, verificou-se que as 11 ESF apresentavam-se em concordância com o preconizado pelo Ministério da Saúde em relação à modalidade mínima de formação das equipes de saúde da família: um médico generalista ou com formação em saúde da família, um enfermeiro, um ou dois TE e de 4 a 6 ACS.²¹

Observou-se predominância do sexo feminino entre os profissionais das ESF estudadas, independentemente da categoria profissional. Tal situação pode corresponder ao processo de feminização das profissões relacionadas à área da saúde e, conseqüentemente, dos profissionais das equipes de saúde da família.^{22,23} Fatores como aumento no nível de escolaridade e instrução, em associação com a diminuição das taxas de fecundidade, podem explicar o fenômeno de inserção feminina no mercado de trabalho formal e remunerado.²⁴

Outro fator a ser destacado, ainda em relação às mulheres, refere-se à carga de trabalho desenvolvida no âmbito doméstico que, em algumas situações, configura uma dupla ou até tripla jornada.¹⁷ As tarefas domésticas muitas vezes não são valorizadas e podem representar uma sobrecarga laboral, contribuindo de forma significativa para o adoecimento físico e mental das trabalhadoras.⁷

Os casos de TMC foram mais frequentes entre os profissionais casados e com filhos, ainda que não tenhamos detectado diferenças significativas em comparação com as demais categorias estudadas.

Tabela 4. Prevalência de transtorno mental comum entre trabalhadores das Estratégias Saúde da Família por categoria profissional, segundo variáveis sociodemográficas. Santa Cruz do Sul, RS, 2013 (n=76).**

Variáveis Sociodemográficas	Categoria Profissional									
	Agente Comunitário de Saúde			Técnico/Auxiliar de Enfermagem			Enfermeiro		Médico	
	TMC		p*	TMC		p*	TMC		TMC	
	n	%		n	%		n	%	n	%
Sexo										
Feminino	9	22,5		3	16,7		2	25	1	20
Masculino	0	0		0	0		0	0	0	0
Idade (anos completos)										
até 30 anos	3	20		1	14,3		0	0	1	50
31 a 35 anos	2	28,6	0,6	0	0	0,7	0	0	0	0
36 a 45 anos	4	28,6		1	25		2	100	0	0
>45 anos	0	0		1	16,7		0	0	0	0
Escolaridade										
Ensino fundamental	0	0		0	0		0	0	0	0
Ensino médio	8	25,8	0,7	0	0		0	0	0	0
Ensino técnico	1	20		3	15,8	0	0	0	0	
Ensino superior	0	0		0	0		2	25	1	14,3
Estado Civil										
Casado(a) ou com companheiro(a)	9	25		3	18,7		2	33,3	0	0
Solteiro(a)	0	0		0	0		0	0	1	50
Filhos										
Nenhum	1	33,3		0	0		0	0	1	33,3
1 a 2 filhos	8	25	0,3	2	15,4	0,5	2	66,7	0	0
Mais de 2 filhos	0	0		1	33,3		0	0	0	0
Renda familiar per capita										
Até 2 salários mínimos	9	23,1		3	18,7		0	0	0	0
Mais de 2 salários mínimos	0	0		0	0		2	28,6	1	14,3

* Teste exato de Fisher. ** Excluídos sete trabalhadores que não preencheram todos os itens do SRQ-20 para avaliação de transtornos mentais comuns.

Tabela 5. Prevalência de transtorno mental comum entre trabalhadores das Estratégias Saúde da Família por categoria profissional, segundo variáveis ocupacionais. Santa Cruz do Sul, RS, 2013 (n=76).**

Variáveis Ocupacionais	Categoria Profissional										
	Agente Comunitário de Saúde			Técnico/Auxiliar de Enfermagem			Enfermeiro		Médico		
	TMC		p*	TMC		p*	TMC		TMC		
	n	%		n	%		n	%	n	%	
Carga horária semanal											
40h/semana (DE)***	7	18,4	0,1	3	20		1	20	0,6	1	33,3
Mais de 40h/semana	2	50		0	0	1	33,3	0		0	
Tempo de trabalho na Instituição											
06 meses a 05 anos	3	11,5		1	11,1		1	20		1	16,7
06 a 09 anos	5	50	0,06	2	33,3	0,3	0	0	0,2	0	0
≥ de 10 anos	1	16,7		0	0		1	100		0	0

* Teste exato de Fisher. ** Excluídos sete trabalhadores que não preencheram todos os itens do SRQ-20 para avaliação de transtornos mentais comuns.

*** Dedicção exclusiva.

A mesma situação foi também encontrada em estudos com populações semelhantes.^{5,15,22} É importante salientar que esse fato demanda uma significativa parcela de afazeres extras com o objetivo de conciliar da melhor forma possível o trabalho e a família.²⁵ Assim, os indivíduos ficam mais suscetíveis a insatisfações, piora da qualidade de vida, insegurança nos projetos pessoais e perturbação do equilíbrio emocional com consequentes prejuízos à qualidade da assistência prestada aos pacientes.^{5,22}

Em relação à faixa etária dos profissionais entrevistados, observou-se que se trata de uma equipe de trabalhadores mais experientes, com capacidade para contribuir de forma produtiva no processo laboral^{22,25} e, por isso, com menor chance de adoecer no trabalho. No presente estudo, os TMC foram observados mais frequentemente nos trabalhadores na faixa etária entre 36 a 45 anos, sem, entretanto, mostrar diferenças estatísticas significativas em comparação com as demais faixas de idade avaliadas. A literatura é bastante controversa em relação à associação de sofrimento psíquico e idade.

O grau de instrução da população estudada é bastante relevante e torna-se importante na medida em que a ESF exige profissionais cada vez mais preparados e qualificados para melhor desempenho de suas atividades laborais.³ Notou-se que os ACS da população avaliada possuíam bom nível de instrução (75,6% referiram ter concluído o ensino médio), o que, por sua vez, pode facilitar o processo de trabalho nas ESF, visto que eles são importantes elos entre a comunidade e os serviços.⁶

Alguns estudos revelam associação entre baixa escolaridade, menor renda e desenvolvimento de TMC.^{17,26} Na presente pesquisa, os casos de sofrimento psíquico foram mais frequentes entre os ACS e TE em relação aos enfermeiros e médicos. Entretanto, esses resultados podem ter sido influenciados pelo fato dos trabalhadores sem instrução superior e menor renda constituírem a maior parte da casuística.

Todos os trabalhadores das equipes de saúde da família de Santa Cruz do Sul, RS, na modalidade mínima preconizada pelo Ministério da Saúde, cumprem jornada laboral de 40 horas/semana na unidade de saúde onde estão alocados. Essa característica está em conformidade com o preconizado pela Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, que define a jornada laboral de 40 horas semanais para todos os profissionais nas equipes de saúde da família.²⁷

Espera-se que o cumprimento da carga horária integral favoreça o desempenho das atividades das equipes de saúde, além da formação de vínculo entre os membros da equipe e desses com a comunidade atendida. Esses fatores refletem diretamente na qualidade do atendimento prestado, uma vez que o próprio paciente passa a confiar na equipe e, por muitas vezes, toma-a como referência, seja para solucionar problemas de saúde ou de ordem pessoal.²⁸

O tipo de contrato de trabalho referido por todos os trabalhadores (vínculo celetista/CLT), embora garanta direitos trabalhistas assegurados pela Constituição Federal de 1988, pode dificultar a permanência do profissional no serviço, gerando instabilidade profissional e favorecendo a rotatividade dos trabalhadores nas equipes, com impacto negativo no atendimento da população^{5,24} e na saúde física e mental dos profissionais.

Observou-se que a prevalência global de TMC encontrada nesse estudo (19,7%) é um pouco menor do que a prevalência de TMC na população geral, que varia entre 22,7% e 35%.^{6,29} Foi maior do que aquelas encontradas em outros dois estudos que avaliaram trabalhadores da atenção primária à saúde (APS) e que utilizaram a mesma metodologia (SRQ-20): Dilélio et al.³⁰ constataram uma prevalência de 16% entre trabalhadores da APS das regiões Sul e Nordeste do Brasil; para Barbosa et al.,⁵ a taxa foi de 16% entre

profissionais de nível superior de todas as ESF da cidade de Feira de Santana, BA. Entretanto, foi muito inferior àquela encontrada por Braga et al.,¹⁵ que revearam prevalência de 42,6% entre trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu, SP.

Em relação aos enfermeiros, a taxa de TMC (25%) foi superior à encontrada em outros estudos: Barbosa et al.⁵ (15,5% para enfermeiros da ESF), Kirchof et al.³¹ (18,7% para enfermeiros de um hospital do Rio Grande do Sul) e Araújo et al.¹⁷ (20% para enfermeiros de um hospital de Salvador). Foi inferior à encontrada por Braga et al.¹⁵ (48% para enfermeiros da rede básica de Botucatu).

A porcentagem de ACS da amostra com TMC (21,4%) foi superior àquela encontrada por Dilélio et al.³⁰ (18,4% ACS da APS das regiões Sul e Nordeste do Brasil) e foi inferior à encontrada por Braga et al.¹⁵ (50,7% para ACS da rede básica de Botucatu) e por Silva e Menezes²⁹ (43,3% para ACS de unidades básicas em São Paulo).

Os TE da amostra apresentaram prevalência de 15,8%, que foi inferior às taxas encontradas na literatura por Araújo et al.¹⁷ (36,4% para auxiliares de um hospital de Salvador), e por Pinho e Araújo³² (20% para auxiliares do setor de emergência de um hospital de Feira de Santana).

Em relação aos médicos, a taxa de TMC da amostra (14,3%) foi semelhante aos estudos conduzidos por Dilélio et al.³⁰ e Barbosa et al.,⁵ cujas taxas foram, respectivamente, 15% e 17,4%, e que avaliaram trabalhadores da APS. Foram inferiores aos estudos de Braga et al.¹⁵ (33% para médicos da rede básica de Botucatu).

Embora o presente estudo não tenha evidenciado diferença estatisticamente significativa na associação de TCM entre as categorias avaliadas, nota-se uma prevalência maior entre os enfermeiros. A esses profissionais, além dos cuidados de enfermagem inerentes à sua profissão, são designadas funções de gerenciamento, organização e controle do processo de trabalho nas unidades. Desse modo, os enfermeiros estão expostos a altas demandas no trabalho e, com isso, possuem maior risco de sofrimento psíquico.³³

O modo como os indivíduos reagem a eventos estressores (presentes no meio ambiente ou na vida pessoal), levando-se em conta o nível de tolerância e adaptação frente a situações estressoras, pode ser uma explicação para a variabilidade na prevalência de TMC entre os profissionais avaliados.⁶

A comparação entre os resultados encontrados com os de outros estudos que utilizaram o instrumento SRQ-20 fica, muitas vezes, prejudicada em razão dos diferentes pontos de corte utilizados pelos autores. Nessa pesquisa, optamos pelo ponto de corte diferente para homens e mulheres, conforme sugerido por Mari e Willians²⁰ em seu estudo de validação do método no Brasil e também o mesmo adotado por Dilélio et al.³⁰ e Braga et al.¹⁵ para avaliação de trabalhadores da atenção primária à saúde.

Ressalta-se, entretanto, que os estudos mencionados avaliaram trabalhadores pertencentes a Unidades Básicas de Saúde (UBS), ESF e outros centros de atendimento à saúde, o que pode ter acarretado diferentes resultados, levando-se em conta que as características do processo de trabalho são diferentes em cada um desses locais.

Uma segunda limitação diz respeito à característica dos estudos com delineamento transversal, nos quais se observa que tanto a exposição quanto o desfecho ocorrem no mesmo momento, dificultando, assim, o estabelecimento de uma relação de causalidade entre eles.

Também deve ser considerada a possibilidade de viés do “trabalhador sadio”, visto que os profissionais avaliados, somente pelo fato de estarem no mercado de trabalho, talvez sejam mais “saudáveis” que a população geral. Desse modo, apenas os “sobreviventes” ao desfecho avaliado participam do estudo e podem influenciar os resultados achados no estudo (viés de prevalência).

Por outro lado, as prevalências encontradas de TMC na amostra avaliada foram semelhantes e, em alguns casos, superiores a estudos com populações similares, sugerindo maior probabilidade de sofrimento psíquico entre os grupos de trabalhadores avaliados, mesmo se considerarmos apenas os indivíduos que estavam trabalhando no momento da pesquisa.

O uso de questionários autoaplicáveis também é uma limitação e está suscetível a falhas de preenchimento que, por razões éticas e de preservação da identidade, ocasionam perdas de dados que são irreversíveis. Além disso, medidas de caráter autorreferido estão sujeitas a vieses de memória e suspeição diagnóstica, com repercussões nos resultados finais.

Considerações finais

O presente estudo, além de caracterizar a população de trabalhadores das ESF de Santa Cruz do Sul, RS, em seus aspectos sociodemográficos e ocupacionais, identificou que o sofrimento psíquico está presente, embora em graus variados, em todas as categorias profissionais avaliadas.

Em função do impacto negativo dos transtornos mentais comuns na qualidade de vida e na saúde em geral, orienta-se que medidas de proteção e promoção à saúde do trabalhador sejam analisadas e providenciadas. Nessa perspectiva, sugere-se que espaços de escuta, reflexões e apoio a esses trabalhadores possam ser planejados.

Para entender de forma mais clara e investigar possíveis diferenças entre as categorias profissionais, se fazem necessários estudos complementares para avaliação das condições de vida, das relações interpessoais entre os membros da equipe, além das características psicossociais do trabalho, visto que isso também pode influenciar na saúde mental dos trabalhadores.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 1994.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
3. Ribeiro SFR, Martins STF. Sofrimento psíquico do trabalhador da saúde da família na organização do trabalho. *Psicol Estud.* 2011;16(2):241-50. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722011000200007>
4. Trindade LL, Lautert L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP.* 2010;44(2):274-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200005>
5. Barbosa GB, Correia AKS, Oliveira LMM, Santos VC, Ferreira SMS, Martins Júnior DF, et al. Trabalho e saúde mental dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em um município do Estado da Bahia, Brasil. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2012;37(126):306-15.
6. Resende MC, Azevedo EGS, Lourenço LR, Faria LS, Alves NF, Farina NP, et al. Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia (MG, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(4):2115-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000400011>

7. Carreiro GSP, Ferreira Filha MO, Lazarte R, Silva AO, Dias MD. O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. *Rev Eletr Enferm.* 2013;15(1):146-55. DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.14084>
8. World Health Organization. Investing in mental health. Geneva: World Health Organization; 2003.
9. World Health Organization. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization; 2001.
10. Silveira DP, Vieira ALS. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009;14(1):139-48. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100019>
11. Goldberg D, Huxley P. *Common mental disorders: a bio-social model.* London: Tavistock; 1992.
12. Fonseca MLG, Guimarães MBL, Vasconcelos EM. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. *Rev APS.* 2008;11(3):285-94.
13. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(8):1639-48. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800012>
14. Lyra GFD, Assis SG, Njaine K, Oliveira RVC, Pires TO. A relação entre professores com sofrimento psíquico e crianças escolares com problemas de comportamento. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009;14(2):435-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000200012>
15. Braga LC, Carvalho LR, Binder MCP. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010;15(Suppl. 1):1585-96. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700070>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
17. Araújo TM, Aquino E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Rev Saúde Pública.* 2003;37(4):424-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102003000400006>
18. Nascimento Sobrinho CL, Carvalho FM, Bonfim TAS, Cirino CAS, Ferreira IS. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(1):131-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000100014>
19. Harding TW, de Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HH, Ladrado-Ignacio L, et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med.* 1980;10(2):231-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700043993>
20. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br J Psychiatry.* 1986;148:23-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.148.1.23>
21. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
22. Camelo SHH, Angerami ELS. Riscos psicossociais relacionados ao trabalho das equipes de saúde da família: percepções dos profissionais. *Rev Enferm UERJ.* 2007;15(4):502-7.
23. Pinto ESG, Menezes RMP, Villa TCS. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. *Rev Esc Enferm USP.* 2010;44(3):657-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300015>
24. Costa SM, Prado MCM, Andrade TN, Araújo EPP, Silva Junior WS, Gomes Filho ZC, et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Med Fam Com.* 2013;8(27):90-6. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(27\)530](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(27)530)
25. Camelo SHH, Angerami ELS. Formação de recursos humanos para a Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Cuid Saúde.* 2008;7(1):45-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v7i1.4895>
26. Ludermitz AB. Associação de transtornos mentais comuns com a informalidade das relações de trabalho. *J Bras Psiquiatr.* 2005;54(3):198-204.

27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
28. Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. Rev Saúde Pública. 2006;40(4):727-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000500025>
29. Silva ATC, Menezes PR. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. Rev Saúde Pública. 2008;42(5):921-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000500019>
30. Dilélio AS, Facchini LA, Tomasi E, Silva SM, Thumé E, Piccini RX, et al. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cad Saúde Pública. 2012;28(3):503-14. DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300011>
31. Kirchhof ALC, Magnago TSBS, Camponogara S, Griep RH, Tavares JP, Prestes FC, et al. Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2009;18(2):215-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000200003>
32. Pinho SP, Araújo TM. Trabalho de enfermagem em uma unidade de emergência hospitalar e transtornos mentais. Rev Enferm UERJ. 2007;15(3):329-36.
33. Camelo SHH, Angerami ELS. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. Rev Latino-Am Enfermagem. 2004;12(1):14-21 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000100003>

Alta adesão aos medicamentos prescritos apesar de baixo comparecimento às reuniões de grupo entre pacientes do programa HIPERDIA

High adherence to prescribed medications despite low attendance at group meetings of patients in the HIPERDIA program

Alta adherencia a los medicamentos prescritos a pesar de baja asistencia a las reuniones de grupo entre los pacientes del programa HIPERDIA

Rafaella Boszczovski. Faculdade Assis Gurgacz (FAG). Cascavel, PR, Brasil. rafaella_b@hotmail.com
(Autora correspondente)

Dilson Fronza. Faculdade Assis Gurgacz (FAG). Cascavel, PR, Brasil. fronzad@gmail.com

Mayara Angélica Bolson. Faculdade Assis Gurgacz (FAG). Cascavel, PR, Brasil. mayara_angelica@hotmail.com

Resumo

Objetivo: O estudo teve por objetivo avaliar os índices de adesão às reuniões do grupo de hipertensos e diabéticos por meio do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), bem como o uso efetivo dos medicamentos da Unidade de Saúde da Família. **Métodos:** Durante o período de outubro de 2013 a março de 2014 foi realizado um estudo longitudinal e prospectivo, compreendendo uma coorte de pacientes de ambos os sexos, residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família São Francisco de Assis cadastrados no HIPERDIA. Os pacientes foram acompanhados durante as reuniões mensais nas comunidades, nas quais eram avaliadas as taxas de participação efetiva e a utilização das medicações por meio da checagem da saída mensal da medicação em estoque, vinculada ao paciente. **Resultados:** Dos 238 pacientes cadastrados no programa HIPERDIA, 226 deles (94%) aderiram ao tratamento, e 12 pacientes (6%) não utilizavam a medicação prescrita pelo médico da Unidade de Saúde. Apenas 34 pacientes (14,3%) participaram das reuniões e retiravam a medicação nos encontros do HIPERDIA. Outros 192 pacientes (80,7%) não participavam das reuniões e retiravam as medicações na Unidade de Saúde em algum momento durante o mês. Doze deles (5%) não participaram das reuniões nem retiraram a medicação junto à Unidade de Saúde. **Conclusão:** A adesão ao tratamento do diabetes e da hipertensão arterial sistêmica foi considerada satisfatória, apesar do baixo índice de participação dos grupos nas reuniões do HIPERDIA.

Abstract

Objectives: The objectives of the study were to evaluate the rates of attendance at group meetings of patients with hypertension and *diabetes mellitus*, using the Registration and Monitoring of Hypertensive Diabetics System (HIPERDIA), and to evaluate the effective use of medications to treat these disorders, by means of monitoring patient collection of dispensed medication from the Family Health Unit. **Methods:** From October 2013 to March 2014, a prospective longitudinal study was conducted. The cohort comprised patients of both sexes, registered with HIPERDIA, and living in the area covered by the Family Health Unit São Francisco de Assis. Patients were followed up at monthly meetings in the community, where they were evaluated for effective participation rates and adherence to medications. The latter was done by reviewing the monthly dispensing of medication in stock, linked to individual patients. **Results:** Of the 238 patients enrolled in the HIPERDIA program, 226 (94%) adhered to treatment, while 12 (6%) did not. Only 34 patients (14.3%) enrolled to attend, and to collect their medication at, the HIPERDIA group meetings. The other 192 patients (80.7%) did not attend the meetings and collected their medications at the Health Unit at another time during the month. Twelve of these patients (5%) did not participate in meetings or collect their medications at the Health Center. **Conclusion:** Adherence to treatment for diabetes and hypertension was satisfactory despite the low rate of participation in HIPERDIA group meetings.

Como citar: Boszczovski R, Fronza D, Bolson MA. Alta adesão aos medicamentos prescritos apesar de baixo comparecimento às reuniões de grupo entre pacientes do programa HIPERDIA. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-7. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)984](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)984)

Palavras-chave:

Hipertensão
Diabetes Mellitus
Terapêutica
Saúde da Família
Cooperação do Paciente

Keywords:

Hypertension
Diabetes Mellitus
Therapeutics
Family Health
Patient Adherence

Fonte de financiamento: declaram não haver.

Parecer CEP: 208/2013 (FAG), aprovado em 09/09/2013.

Conflito de interesses: declaram não haver.

Procedência e revisão por pares: revisado por pares.

Recebido em: 30/07/2014.

Aprovado em: 22/01/2016.

Resumen

Objetivo: El objetivo del estudio fue evaluar las tasas de adherencia a las reuniones del grupo hipertensos y diabéticos a través del sistema de registro y control de los hipertensos y diabéticos (HIPERDIA), así como estimar el uso efectivo de los medicamentos utilizados en el tratamiento de la *Diabetes Mellitus* e Hipertensión arterial sistémica. **Métodos:** De octubre de 2013 a marzo de 2014 se realizó un estudio prospectivo longitudinal, que comprende una cohorte de pacientes de ambos sexos, que viven en el área cubierta por la Unidad de Salud de la Familia São Francisco de Assis, inscritos en el HIPERDIA. Los pacientes fueron acompañados durante las reuniones mensuales en las comunidades, en las que se evaluaban las tasas de participación efectiva y la utilización de las medicaciones utilizadas por el paciente, a través del control de la salida mensual de los medicamentos del *stock*. **Resultados:** De 238 pacientes inscritos en el programa HIPERDIA, 226 de ellos (94%) adhirieron al tratamiento, y 12 pacientes (6%) no utilizaron la medicación prescrita por el médico de la Unidad de Salud. Sólo 34 pacientes (14,3%) participaron de las reuniones y recogieron la medicación en los encuentros HIPERDIA. Otros 192 pacientes (80,7%) no participaron de las reuniones y recogieron los medicamentos en la Unidad de Salud en algún momento del mes. 12 de ellos (5%) no participaron de las reuniones y tampoco recogieron los medicamentos en la Unidad de Salud. **Conclusión:** La adherencia al tratamiento de la diabetes y de la hipertensión era satisfactoria a pesar del bajo índice de participación de los grupos en las reuniones HIPERDIA.

Palabras clave:

Hipertensión
Diabetes Mellitus
Terapéutica
Salud de la Familia
Cooperación del Paciente

Introdução

O *diabetes mellitus* (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS) são condições clínicas frequentemente associadas e resultam em risco aumentado para complicações cardiovasculares. A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis aumentados e sustentados da pressão arterial (PA), com valores $\geq 140/90$ mmHg, e importante causa evitável de morbidade e mortalidade prematura. Representa, ainda, fator de risco significativo para acidente vascular cerebral isquêmico e hemorrágico, insuficiência cardíaca, infarto do miocárdio, doença renal crônica, alterações metabólicas e declínio cognitivo.¹

O DM é um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, a qual é o resultado de defeitos na ação da insulina, de sua secreção, ou ainda uma associação de ambos os mecanismos. É uma condição clínica crônica de alta morbimortalidade, culminando com perda importante na qualidade de vida, e uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular, atingindo indivíduos em plena idade produtiva.²

A HAS e o DM possuem prevalência elevada e baixas taxas de controle, sendo consideradas como principais fatores de risco modificáveis e um dos maiores problemas de saúde pública. Em 2001, aproximadamente 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA e ao DM, 54% por acidente vascular encefálico (AVE) e 47% por doença isquêmica do coração (DIC). A maioria destes eventos é observada em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e com maior prevalência em indivíduos com idades entre 45 e 69 anos.³

Dentre as principais ações de promoção e prevenção de agravos na população em geral, está o diagnóstico precoce e tratamento da HAS e DM, e o seu acompanhamento por meio do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) do Governo Federal, que envolve reuniões dirigidas para pacientes hipertensos e diabéticos acompanhados em unidades de saúde, tendo como meta primordial a adesão do indivíduo ao tratamento proposto. Os mesmos recebem orientação sobre suas doenças e da importância do acompanhamento mensal, compartilham suas dificuldades e recebem os medicamentos necessários ao tratamento. Por meio do HIPERDIA, pode ser definido o perfil epidemiológico da população, e o consequente desencadeamento de estratégias de saúde pública, proporcionando a melhoria da qualidade de vida e redução do custo social.⁴

Abordagens bem sucedidas de atenção primária no acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos tendem a exigir múltiplas estratégias para alcançar altas taxas de adesão e controle do tratamento da HAS e DM. Para ser efetivo, um sistema deve ser simples e que permita à equipe multiprofissional de saúde identificar os fatores que dificultam a adesão, oferecer a facilidade para o acompanhamento e controle da pressão arterial, e motivar os pacientes para adoção de mudanças nos hábitos de vida.²

Pouco menos da metade das pessoas com HAS, no entanto, sabem que têm a doença. A maioria das pessoas cientes de que têm hipertensão recebem tratamento farmacológico, mas o controle clínico do tratamento ocorre apenas em uma parcela dos casos e a adesão tende a diminuir com o passar do tempo.⁵ Como consequência, a despeito de todo serviço assistencial oferecido pelo Sistema Único (SUS), cerca de 40% dos pacientes hipertensos não conseguem manter níveis de pressão arterial e glicemia controlados, devido à falta de adesão ao tratamento.⁶ Os motivos são muitas vezes justificáveis, tanto pela falta de informações com respeito ao caráter crônico da doença como também os relacionados aos efeitos colaterais observados em algumas das medicações utilizadas, prejudicando a aderência e manutenção ao tratamento. A falta de informações é especialmente observada quando os pacientes estão vinculados a serviços de saúde nos quais não se dispõe de um médico assistente ou profissional enfermeiro vinculado ao território do usuário.⁷

Melhorias neste cenário têm sido observadas com a introdução da estratégia do Programa Saúde da Família (PSF). O mesmo reorganiza a prática assistencial, possibilitando que não só o paciente, como também toda a família e comunidade, estejam vinculadas a um médico e a uma equipe de saúde específica.⁶ Em relação à atenção básica tradicional, o PSF possui um caráter substitutivo, atuando no território alvo por meio da realização do cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional e ações dirigidas aos problemas de saúde juntamente com a comunidade. O programa busca o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo e tem por objetivo melhorar a saúde e a qualidade de vida, priorizando ações de prevenção e promoção da saúde de forma integral e contínua, tendo como foco a família e a comunidade.⁸ Tais estratégias proporcionam cobertura mais ampla dos indivíduos suscetíveis, além de garantir maior eficiência, acesso e agilidade no acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos.⁹

Atingir alta cobertura da população definida como alvo é o componente mais importante no âmbito da atenção primária para que se obtenha significativa redução da morbimortalidade devido à HAS e DM. Entre as ações propostas pelo governo a fim de aumentar os índices de cobertura e o acompanhamento dos pacientes, estão o convite à participação das reuniões mensais do HIPERDIA. O sistema oferece o serviço de aferição da PA, glicemia capilar, marcação de consultas com o médico responsável se houver necessidade para adequação das medicações, orientações sobre o tratamento adequado, a visita das agentes comunitárias e o uso da mídia escrita e falada.¹⁰

O presente estudo se justificou pela contribuição na organização de um sistema para avaliar a adesão ao tratamento proposto de doenças prevalentes e de elevada morbimortalidade, contribuindo para o planejamento e ações em saúde coletiva.

Métodos

Estudo observacional e prospectivo conduzido para avaliar as taxas de adesão dos pacientes hipertensos e diabéticos ao programa HIPERDIA no período de outubro de 2013 a março de 2014. O trabalho ocorreu na área de abrangência da Unidade Saúde da Família São Francisco de Assis, zona

rural de Cascavel, PR. A pesquisa foi apresentada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Assis Gurgacz e aprovada sob o parecer 280/2013.

Uma coorte compreendendo todos os 238 pacientes de ambos os sexos, cadastrados no grupo HIPERDIA e residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família São Francisco de Assis foi incluída no estudo. Os mesmos estavam subdivididos em uma das seis comunidades à que pertenciam, em ordem decrescente de distância da Unidade de Saúde: Colônia Sapucaia, Nova União, Alto Alegre, Aliança d'Oeste, Vargem Bonita e São Lucas.

Os pacientes com diagnóstico de DM e HAS eram convidados a participar das reuniões mensais referentes ao programa HIPERDIA organizadas pelas agentes comunitárias de saúde, independentemente da realização do estudo, visando o acompanhamento de suas doenças. Eram realizadas orientações higienodietéticas, aferição de pressão e outras medidas antropométricas (peso, circunferência abdominal e teste de glicemia capilar), bem como feita a entrega das medicações para o tratamento da HAS e do DM. Sendo assim, foi solicitada a autorização à Secretaria de Saúde do Município, juntamente com a Coordenadora responsável pela Unidade de Saúde, para acompanhar os grupos durante os encontros do HIPERDIA.

A partir dos achados de frequência nas reuniões, foram contabilizados quantos pacientes participaram e retiravam as medicações ao final do encontro, quantos deles não participaram mas aderiam ao tratamento e, por fim, quantos se recusavam ao tratamento farmacológico proposto pela equipe de saúde. A adesão foi aferida apenas por retirada do medicamento mensalmente na USF. Pacientes que relatassem não estar conseguindo manter os níveis pressóricos e de glicemia controlados, ou estivessem apresentando efeitos colaterais importantes com o uso das medicações, eram agendados para consulta com o médico da unidade e feito a readequação da prescrição.

De posse dos dados catalogados, foram avaliados os índices de adesão gerais para a população residente, e por comunidade assistida, bem como a periodicidade com que os pacientes retiravam as medicações fornecidas pela Unidade de Saúde. Os dados foram compilados e armazenados utilizando o *software* Excel 2010 e, posteriormente, analisados em um banco de dados informatizado.

Resultados

A população total residente e pertencente à área de abrangência para o período de outubro de 2013 a março de 2014 era constituída de 1417 usuários: 447 pacientes de zero a 17 anos e 970 adultos (18 anos ou mais); dentre os últimos, 238 estavam cadastrados no programa HIPERDIA. Os mesmos estavam distribuídos da seguinte forma: 185 eram somente hipertensos, 10 deles eram somente diabéticos e 43 apresentavam ambas as comorbidades.

A idade dos 238 pacientes cadastrados no programa para tratamento farmacológico variou de 28 a 91 anos (\bar{x} =58 anos; SD=12,02 anos); desses, 226 aderiram ao tratamento, enquanto que outros 12 pacientes (todos hipertensos) não utilizavam qualquer das medicações instituídas pelo médico da USF.

A prevalência de hipertensão da população adulta observada na comunidade foi de 23,5% (n=228/970), enquanto que a tratada foi de 22,27% (n=216/970), adesão de 94,7% (n=216/228) dos pacientes cadastrados

no programa HIPERDIA. Do total dos 238 pacientes avaliados, apenas 34 (14,3%) participavam das reuniões e retiravam a medicação nos encontros. A maioria, 80,7% (n=192/238), dos pacientes não participava das reuniões, contudo, retirava as medicações em algum momento durante o mês na Unidade de Saúde. O controle da efetiva utilização das medicações era realizado por meio da checagem da saída mensal dos fármacos pelas saídas no estoque da medicação, vinculada ao paciente. A proporção dos participantes que utilizavam as medicações, aderindo ou não às reuniões, foi de 94,8% durante o período estudado. Os 12 pacientes remanescentes (5,2%) não participaram das reuniões nem retiraram a medicação junto à Unidade de Saúde.

Quando observados os resultados relativos às subdivisões por microárea de abrangência, constatou-se grande disparidade de participação entre os grupos, tanto na presença nas reuniões quanto na adesão ao tratamento. Em relação aos demais, o grupo mais afastado da Unidade de Saúde, Colônia Sapucaia, apresentou maior participação proporcional tanto nas reuniões do HIPERDIA quanto na retirada das medicações na USF, e 11,8% deles abandonaram o tratamento farmacológico. O grupo Nova União, segundo mais distante da Unidade, obteve 97,1% de adesão efetiva, e o segundo lugar em participação nas reuniões dos grupos de HIPERDIA. Apesar de nenhum participante ter estado presente no momento das reuniões no do grupo São Lucas, os mesmos obtiveram 100% de adesão efetiva ao tratamento medicamento, pois todos eles retiraram a medicação em algum momento do respectivo mês. Os grupos do Alto Alegre, Aliança d'Oeste e Vargem Bonita obtiveram participações de 90,7%, 95,8% e 96,9%, respectivamente.

Discussão

Apesar de toda a assistência prestada nos serviços de saúde, cerca de 40% dos pacientes hipertensos não conseguem controlar os níveis de pressão arterial e glicemia, devido à falta de adesão ao tratamento. Os motivos são muitas vezes justificáveis pelo déficit de informações fornecidas aos pacientes a respeito da doença e utilização das medicações, e seus possíveis efeitos colaterais.¹¹ Esta falta de conhecimento ocorre quando os pacientes estão vinculados com os serviços de saúde e não a um médico ou profissional de saúde que permaneça trabalhando no local por dois anos ou mais no serviço. Entretanto, o tempo de permanência dos profissionais no mesmo serviço tem mudado com a implementação do PSF, possibilitando vínculo maior entre a equipe de saúde e o paciente.⁶

De acordo com dados da pesquisa conduzida pelo Ministério da Saúde (MS) *Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - VIGITEL 2012*, a média nacional de hipertensos é de 24,3%.¹² O estudo obteve 23,5% de detecção do HAS, dados muito próximos aos estimados pelo Ministério da Saúde. A comunidade em questão possui pouco caráter migratório por se tratar de ambiente rural, e os pacientes efetivamente hipertensos são facilmente monitorados. O único centro local de saúde disponível aos mesmos é a USF São Francisco de Assis, e as medicações são todas retiradas na própria Unidade, ocasião em que os pacientes usualmente solicitam que sua pressão seja verificada.

Com relação ao DM, alguns estudos têm concluído que os pacientes portadores de DM tipo 2 não aderem ao tratamento proposto pela equipe de saúde no longo prazo, sendo que as taxas de não adesão variam de 40 a 90%.¹³ Observamos discrepância dos dados encontrados na literatura em comparação

com os resultados obtidos neste estudo. A taxa de DM tipo 2 diagnosticada foi de 3,7%, e a taxa de DM tipo 2 tratada foi de 3,7%, ou seja, 100% dos pacientes aderiram ao tratamento proposto pela equipe de saúde da USF São Francisco de Assis.

Com respeito à adesão efetiva ao tratamento da HAS e do DM, até o presente momento não existe consenso quanto às taxas de adesão consideradas aceitáveis. Entretanto, alguns estudos consideram razoáveis aderências acima de 80%.¹⁴ Pesquisas baseadas em amostras de pacientes atendidos em Unidades Básicas de Saúde (UBSs), que consideraram a procura por atendimento e tomadas diárias dos medicamentos, sugerem que pouco menos da metade desta população sabe que sofre da doença, e destes que recebem tratamento farmacológico, apenas 1/3 têm controle pressórico adequado com a medicação.⁵ A adesão real à medicação anti-hipertensiva é estimada em torno de 50%.¹⁵ O estudo apresentou resultados muito distantes dos encontrados na literatura. Apesar de observada baixa participação nas reuniões dos grupos, no presente estudo a adesão foi de 94,8%, bem acima dos patamares comumente observados em UBSs, demonstrando o impacto positivo do PSF no controle de doenças crônicas.¹⁵

O estudo certamente traz à discussão o real valor dos grupos de HIPERDIA como norteador do sucesso na aderência ao tratamento do DM e da HAS. As reuniões mensais tratando de assuntos relacionados à atenção preventiva parecem não ser o principal fator de adesão ao tratamento, demonstrado pelo desinteresse em participar das reuniões. Após a análise dos resultados que demonstraram baixa adesão às reuniões, considera-se que a boa relação familiar dos pacientes cadastrados no HIPERDIA com a equipe de saúde pode ter sido um fator importante envolvido na aderência ao tratamento.

Os principais motivos que justificaram a menor adesão das comunidades mais afastadas (Colônia Sapucaia e Nova União) foram atribuídos à distância para retirar a medicação na USF e a dificuldade de acesso devido às intempéries, como chuvas e consequentes problemas de transporte devido às estradas precárias. Os dois grupos que mais participavam das reuniões foram, possivelmente pela mesma razão, os mesmos com maiores falhas de adesão ao tratamento: os mais afastados da USF. A dificuldade de acesso à USF e a medicação oferecida ao final das reuniões do grupo do HIPERDIA tornava-se oportunidade única para adquirirem a medicação sem grandes deslocamentos, exceto quando necessitavam de renovação de receita ou readequação da prescrição, tornando-se necessário agendamento para consulta com o médico da USF, sendo essa uma oportunidade para retirar a medicação. Atribuímos esta sendo a razão da elevada participação nas reuniões mensais.

Conclusões

A adesão observada no estudo mostra o caráter factível da realização do controle das doenças crônicas como a HAS e o DM, independentemente das reuniões dos grupos de HIPERDIA. Taxas elevadas de adesão são possíveis ao se integrar a equipe de saúde no objetivo comum do controle pressórico e da glicemia. Os achados de 94,8% sugerem que o PSF é efetivo no controle dessas duas doenças crônicas de elevada morbimortalidade. A dificuldade em vincular a adesão ao tratamento com as reuniões mensais dos grupos de HIPERDIA demonstra, pelo menos na área de estudo em questão, que a frequência das reuniões poderia ser revista, sem prejudicar a aderência dos pacientes.

Referências

1. National Institute for Health and Clinical Excellence. Hypertension: Clinical management of primary hypertension in adults. NICE clinical guideline 127. [Internet]. London; 011 [Cited 2016 Mar 4]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg127>
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias Para o Cuidado da Pessoa Com Doença Crônica. Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
3. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol.* 2010;95(1supl.1):1-51.
4. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS, Sistemas e Aplicativos, Epidemiológicos. HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [Cited 2016 Mar 4]. Available from: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>
5. Chow CK, Teo KK, Rangarajan S, Islam S, Gupta R, Avezum A, et al.; PURE (Prospective Urban Rural Epidemiology) Study investigators. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. *JAMA.* 2013;310(9):959-68. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2013.184182> DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2013.184182>
6. Gomes TJO, Silva MVR, Santos AA. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. *Rev Bras Hipertens.* 2010;17(3):132-9.
7. Dias RS, Ávila Neto AG, Marques BJT, Machado PAS. Análise da prevalência de doenças crônicas e fatores de risco. *Anais do Congresso Brasileiro de Medicina da Família e Comunidade; 2013 Maio 12. Belém, PA, Brasil.*
8. 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. 4a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *Cadernos HumanizaSUS.* Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
10. Carvalho Filha FSS, Nogueira LT, Viana LMM. Hiperdia: Adesão e percepção de usuários acompanhados pela estratégia saúde da família. *Rev Rene.* 2011;12(n.esp.):930-6.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. *Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.* Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
13. Groff DP, Simões PWTA, Fagundes ALSC. Adesão ao tratamento dos pacientes diabéticos tipo II usuários da estratégia saúde da família situada no bairro Metropol de Criciúma, SC. *Arq Catarin Med.* 2011;40(3):43-8.
14. Barbosa RGB, Lima NKC. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e no mundo. *Rev Bras Hipertens.* 2006;13(1):35-8.
15. Bastos-Barbosa RG, Ferriolli E, Moriguti JC, Nogueira CB, Nobre F, Ueta J, et al. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. *Arq Bras Cardiol.* 2012;99(1):636-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2012005000054>

Cobertura da vacina meningocócica C nos estados e regiões do Brasil em 2012

Coverage of the meningococcal C vaccine in the states and regions of Brazil in 2012

Cobertura de la vacuna contra el meningococo C en los estados y regiones de Brasil en 2012

Rosália Garcia Neves. Programa de pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Pelotas, RS, Brasil. rosaliagarcianeves@gmail.com (*Autora correspondente*)

Andrea Wendt. Programa de pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Pelotas, RS, Brasil. andreatwendt@gmail.com

Caroline dos Santos Costa. Programa de pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Pelotas, RS, Brasil. carolinercosta@gmail.com

Thaynã Ramos Flores. Programa de pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Pelotas, RS, Brasil. floresrthayna@gmail.com

Ana Luiza Gonçalves Soares. Programa de pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Pelotas, RS, Brasil. analuiza.nutri@gmail.com

Fernando César Wehrmeister. Programa de pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Pelotas, RS, Brasil. fcwehrmeister@yahoo.com.br

Resumo

Objetivos: Descrever a cobertura da vacina meningocócica C em crianças menores de um ano de idade, em 2012, nos estados e regiões do Brasil, e correlacionar com variáveis socioeconômicas e cobertura da Estratégia de Saúde da Família. **Métodos:** Estudo ecológico. A cobertura vacinal foi calculada utilizando o número de doses da vacina em 2012, disponível no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações, como numerador, e população residente menor de um ano, também em 2012, como denominador. Ainda, foi realizada uma correlação de Pearson (r) entre a cobertura vacinal e as variáveis socioeconômicas. **Resultados:** As regiões Norte e Nordeste não atingiram a recomendação de 95% para cobertura. A cobertura vacinal apresentou correlação positiva moderada com renda média *per capita* ($r=0,6$) e negativa e moderada com o coeficiente de Gini ($r=-0,5$). **Conclusão:** São necessárias ações educativas e políticas para aumentar a cobertura vacinal com objetivo de reduzir a incidência da doença meningocócica, além de estudos com delineamentos mais robustos.

Abstract

Objectives: To determine the coverage of the meningococcal C vaccine in children younger than one year of age in the states and regions of Brazil in 2012, and to correlate these findings with socioeconomic variables and the coverage of the Family Health Strategy. **Methods:** This was an ecological study. The vaccination coverage was calculated by dividing the number of vaccine doses administered in 2012 (numerator), which was determined from the data available in the Information System of the National Immunization Program, by the resident population less than one year also in 2012 (denominator). The Pearson correlation coefficient (r) was calculated for the vaccination coverage and socioeconomic variables. **Results:** The North and Northeast regions did not reach the recommended vaccination coverage (95%). The vaccination coverage showed a positive and moderate correlation with family income ($r=0.6$) and a negative and moderate correlation with the Gini coefficient ($r=-0.5$). **Conclusion:** Educational programs and policies are required to increase vaccination coverage and reduce the incidence of meningococcal disease. In addition, studies with more robust designs are necessary.

Como citar: Neves RC, Wendt A, Costa CS, Flores TR, Soares ALG, Wehrmeister FC. Cobertura da vacina meningocócica C nos estados e regiões do Brasil em 2012. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-10. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1122](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1122)

Palavras-chave:

Cobertura Vacinal
Programas de Imunização
Criança
Estudos Ecológicos
Meningite Meningocócica

Keywords:

Immunization Coverage
Immunization Programs
Child
Ecological Studies
Meningitis, Meningococcal

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: 24/04/2015.

Aprovado em: 12/02/2016.

Resumen

Objetivos: Describir la cobertura de la vacuna contra el meningococo C en niños menores de un año de edad, en 2012, en los estados y regiones de Brasil, y correlacionar con variables socioeconómicas y cobertura de la Estrategia Salud de la Familia. **Métodos:** Estudio Ecológico. La cobertura de vacunación se calculó utilizando el número de dosis de la vacuna en 2012, disponible en el Sistema de Información del Programa Nacional de Inmunización, como numerador, y la población residente menor a un año, también en 2012, como denominador. Se realizó la correlación de Pearson (r) entre cobertura de la vacuna y las variables socioeconómicas. **Resultados:** En las regiones Norte y Noreste no alcanzaron la cobertura recomendada del 95%. La cobertura de vacunación mostró correlación positiva moderada con el ingreso promedio per cápita ($r=0,6$), y negativa moderada con el coeficiente de Gini ($r=-0,5$). **Conclusión:** Son necesarias acciones educativas e políticas para aumentar la cobertura de vacunación, con el fin de reducir la incidencia de la enfermedad meningocócica, así como los estudios con diseños más robustos.

Palabras clave:

Cobertura de Vacunación
Programas de Inmunización
Niño
Estudios Ecológicos
Meningitis Meningocócica

Introdução

A doença meningocócica é considerada um importante problema de saúde pública devido ao seu caráter epidêmico, sendo um agravo de evolução rápida, que pode progredir para sequelas como surdez, déficit neurológico e amputação de extremidades.^{1,2} Sua distribuição geográfica é universal e os casos ocorrem durante todo o ano, sendo mais frequentes em períodos de frio, devido à aglomeração de pessoas, o que favorece a transmissão da doença.³ Estima-se que aproximadamente 500.000 casos ao ano dessa doença ocorrem no mundo e sua taxa de mortalidade varia entre 10 a 20%.¹ No Brasil, a incidência total é cerca de 2 casos/100 mil habitantes,¹ sendo que acomete pessoas de todas as faixas etárias, porém a maior parte dos casos ocorre em crianças menores de 5 anos de idade (7 casos/100 mil habitantes), sobretudo nos menores de 1 ano (13 casos/100 mil habitantes).⁴

A melhor estratégia para sua redução é a prevenção por meio de vacina, a qual tem mostrado grande efetividade, acima de 90%,^{5,6} garantindo não só a proteção direta contra a doença aos vacinados, como também proteção indireta entre indivíduos não vacinados.⁷ A vacina meningocócica C conjugada foi introduzida pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) ao calendário básico infantil em 2010 e é distribuída gratuitamente no serviço público de saúde. Esta vacina é administrada em duas doses, aos 3 e 5 meses de idade da criança, e um reforço entre os 12 e os 15 meses, tendo como meta de cobertura preconizada pelo Ministério da Saúde de 95%.⁴ Em 2011, após a campanha de vacinação, foi evidenciada uma redução de 71% no número de casos da doença em relação à incidência de 2010.⁸

Apesar de todos os esforços para atingir a cobertura vacinal, alguns locais ainda não alcançaram a meta estabelecida⁹ e um dos fatores que tem-se mostrado associado é o nível socioeconômico individual¹⁰ e da região.¹¹ Outros motivos, como falta de acesso e dificuldades na utilização de serviços, também podem estar relacionados à menor cobertura vacinal.¹⁰ Além disso, mesmo que a vacinação seja uma ação de caráter preventivo, é comum a busca por ela ser realizada apenas quando o usuário compreende que este procedimento também é uma necessidade em saúde.¹²

No que se refere aos serviços de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem investido na ampliação da rede de atenção primária por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que atua na promoção da equidade no acesso aos serviços de saúde, ampliando-os e contribuindo para a universalidade da atenção.¹³ Embora a ESF ainda enfrente algumas dificuldades, tem-se mostrado uma aliada na redução das taxas de mortalidade infantil e controle de doenças infectocontagiosas e imunopreveníveis,¹⁴ contribuindo para o infantil por meio da puericultura, na qual está incluso o acompanhamento do calendário vacinal.¹⁵

Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo descrever a cobertura da vacina meningocócica C em menores de um ano de idade nos estados e regiões do Brasil, no ano de 2012, e correlacionar com variáveis socioeconômicas e cobertura da ESF.

Métodos

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo ecológico com dados provenientes do Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), da base de dados do Ministério da Saúde (MS), Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Local do estudo

O presente estudo utilizou dados do Brasil, suas regiões (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste), assim como suas respectivas Unidades de Federação (UF).

População do estudo

A população em estudo foram as crianças com até um ano de idade residentes no local de vacinação (região/UF).

Variáveis utilizadas

Para o cálculo da cobertura vacinal, considerou-se como numerador a segunda dose da vacina meningocócica C e como denominador, a população residente menor de um ano de idade. Além da cobertura vacinal, foi realizada uma descrição da proporção da população-alvo atingida pela primeira dose e pelo reforço. O numerador das coberturas foi criado, utilizando o número de doses aplicadas em 2012, enquanto que o denominador foi a população residente menor de um ano no local de vacinação. Para avaliar a dose de reforço da vacina, utilizou-se como denominador a população residente com um ano de idade.

Como variáveis independentes, foram utilizadas a cobertura da ESF (%), além da renda média *per capita* (obtida por meio da divisão da renda total da UF/região pelo número de habitantes) e coeficiente de Gini (mede desigualdade de distribuição de renda e varia entre 0 e 1, sendo que quanto mais próximo de zero menor é a desigualdade de renda) de cada UF e região. Essas variáveis possibilitaram a observação da distribuição das taxas de cobertura segundo aspectos socioeconômicos e de modelo de atenção dos serviços de saúde.

Fonte de dados

As doses da vacina, utilizadas como numeradores das coberturas, foram obtidas por meio do SI-PNI.¹⁶ O denominadores, população residente menor de um ano e com um ano de idade, estimadas para 2012, foram adquiridos a partir do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).¹⁷

A cobertura da ESF, do ano de 2012, foi retirada do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).¹⁸ A renda média *per capita* e coeficiente de Gini foram referentes ao último Censo Demográfico (2010), realizado pelo IBGE.

Foram utilizados os dados mais recentes disponíveis nas bases de dados. A escolha das variáveis socioeconômicas também foi restrita à disponibilidade das bases.

Análise de dados

A análise de dados foi feita utilizando o programa *Stata*[®] 12.1. Inicialmente, foi realizada uma descrição da cobertura vacinal e, após, uma análise de correlação de Pearson (*r*) entre a cobertura e as variáveis independentes. Também foram apresentadas as coberturas de ESF de cada estado de acordo com a cobertura vacinal. As unidades de análise do estudo foram as UF, regiões e o país como um todo.

Aspectos éticos

Todos os dados utilizados são de origem secundária e foram analisados de forma agregada, sem a identificação de indivíduos.

Resultados

A Tabela 1 apresenta a cobertura da vacina meningocócica C nacional, nas 5 regiões do Brasil e nos 27 estados. No Brasil, as coberturas da primeira (96,7%) e segunda dose (96,2%) estiveram acima da meta, entretanto, a dose de reforço (87,5%) não atingiu os 95%. Dentre os estados, 14 apresentaram coberturas (segunda dose) iguais ou superiores a 95%. No entanto, quando se analisa a cobertura nas regiões, observa-se que no Norte e no Nordeste a cobertura é inferior ao preconizado pelo MS. Verifica-se, ainda, que em todas as regiões do país o percentual de crianças que recebeu a dose de reforço (entre 12 e 15 meses de idade) é menor em relação à cobertura da última dose do esquema, ou seja, a segunda dose da meningocócica C, chegando a uma diferença de 17,4 pontos percentuais na Região Norte.

A Figura 1 apresenta a análise de correlação de Pearson entre a cobertura vacinal e a renda média *per capita* e Coeficiente de Gini. Observou-se uma correlação positiva entre cobertura vacinal e renda ($r=0,6$; $p<0,001$) e negativa com o Coeficiente de Gini ($r=-0,5$; $p=0,003$), sugerindo que quanto maior a renda média *per capita* e menor a desigualdade econômica, maior a cobertura vacinal.

A cobertura vacinal da meningocócica C e a cobertura da ESF estão apresentadas na Figura 2. Percebe-se que a Região Nordeste possui cobertura da ESF maior que 60% em todos os estados, bem como a cobertura vacinal, que foi superior a 80% em todos os estados da região. No Norte, a cobertura da ESF é mais heterogênea, variando de 43% a 82%, enquanto a cobertura vacinal se manteve em torno dos 80% na maioria dos estados. As maiores discrepâncias foram encontradas nas regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste, onde as coberturas da ESF apresentaram oscilações, chegando a, no máximo, 71%. Por outro lado, a cobertura vacinal nessas regiões foi alta, atingindo, na maioria dos estados, a recomendação de 95%.

Tabela 1. Cobertura (%) da vacina meningocócica C em crianças com idade igual ou menor de um ano, de acordo com a dose aplicada. Brasil, 2012.

Regiões/Unidades de Federação (UF)	1ª dose	2ª dose	Reforço
Região Norte	89,8	84,4	67,0
Rondônia	103,8	103,0	90,1
Acre	89,9	86,2	51,9
Amazonas	93,6	85,6	72,6
Roraima	88,4	80,8	58,2
Pará	85,3	79,4	59,5
Amapá	88,9	81,8	59,2
Tocantins	92,2	94,4	89,8
Região Nordeste	93,7	93,5	80,0
Maranhão	88,1	84,1	60,4
Piauí	94,7	97,6	85,7
Ceará	89,3	90,0	79,3
Rio Grande do Norte	95,4	94,5	76,7
Paraíba	89,0	88,7	72,8
Pernambuco	102,3	103,6	89,8
Alagoas	92,2	92,2	73,8
Sergipe	93,0	94,3	95,9
Bahia	95,5	95,3	86,4
Região Sudeste	100,8	100,9	99,2
Minas Gerais	94,8	96,5	85,2
Espírito Santo	99,2	102,2	99,6
Rio de Janeiro	100,7	97,9	88,1
São Paulo	103,8	103,9	109,7
Região Sul	96,4	97,7	90,0
Paraná	97,5	98,3	90,2
Santa Catarina	97,5	100,3	101,6
Rio Grande do Sul	94,5	95,3	82,2
Região Centro-Oeste	98,6	97,8	86,0
Mato Grosso do Sul	98,7	98,7	91,2
Mato Grosso	93,6	92,6	78,9
Goiás	100,0	97,5	85,0
Distrito Federal	101,9	104,4	92,5
Brasil	96,7	96,2	87,5

Fonte: Sistema de Informações do Ministério da Saúde, Datasus, 2012.

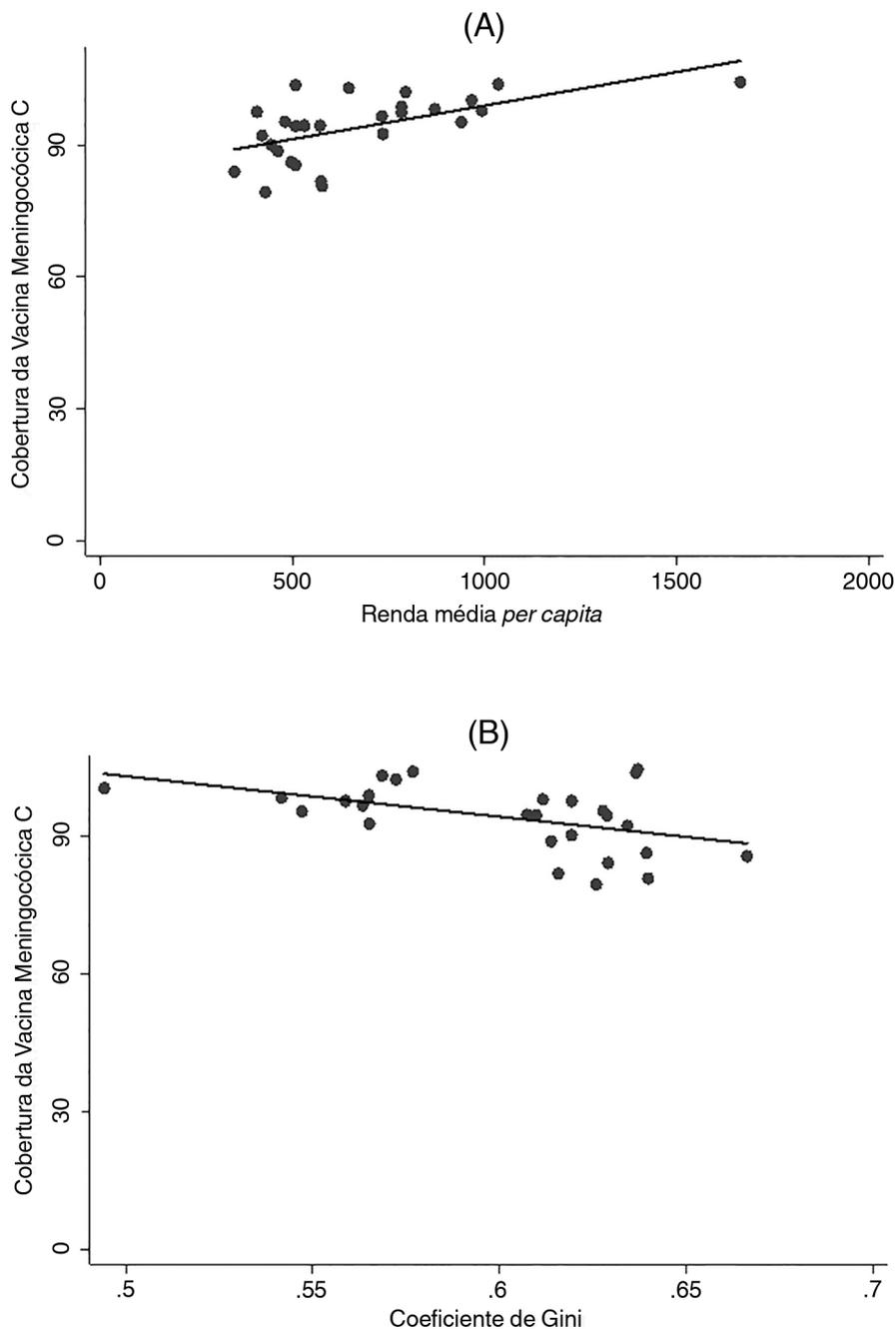


Figura 1. Cobertura da vacina meningocócica C em crianças menores de um ano de idade segundo (A) Renda média per capita e (B) Coeficiente de Gini. Brasil, 2012.

Discussão

Resumo dos principais achados

Este estudo avaliou a cobertura da vacina meningocócica C e os fatores correlacionados e evidenciou que os percentuais de vacinação na primeira e na segunda dose foram maiores quando comparados com o reforço. Entre as regiões brasileiras, os menores percentuais de cobertura foram encontrados no Norte e

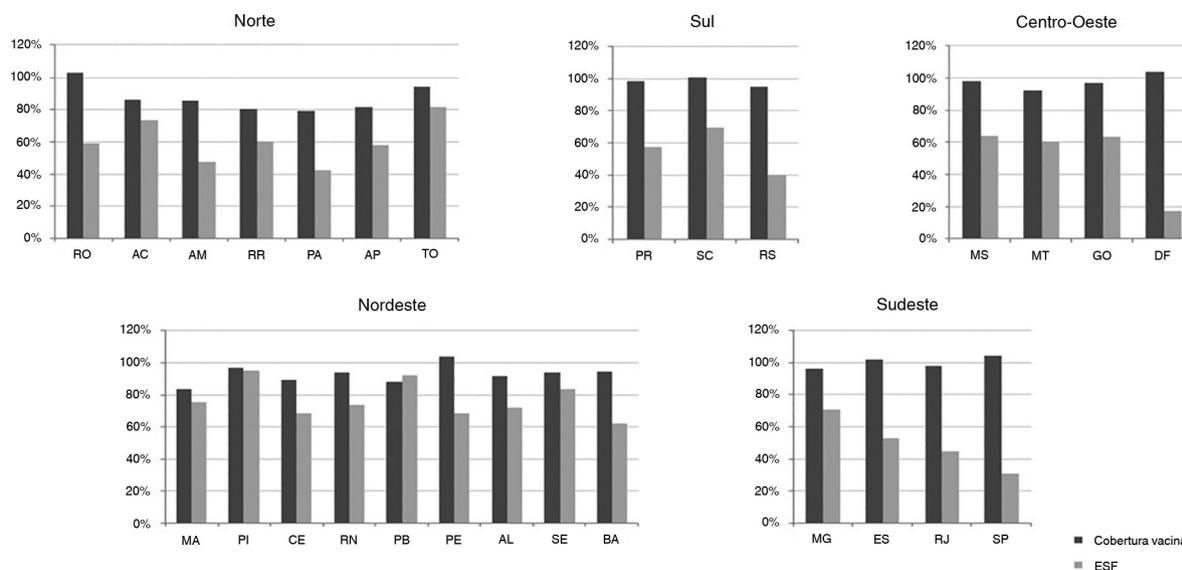


Figura 2. Cobertura da vacina meningocócica C em crianças menores de um ano de idade e cobertura da Estratégia de Saúde da Família das cinco regiões do Brasil. Brasil, 2012.

no Nordeste. Ainda, foi observada uma relação negativa entre a cobertura vacinal e o coeficiente de Gini, e positiva com a renda média *per capita*.

Comparação com a literatura

Embora a vacina meningocócica C faça parte do calendário de vacinação infantil desde 2010 e que suas doses sejam obrigatórias,¹⁹ existem fatores que contribuem para que a primeira e a segunda dose da vacina tenham atingido um maior percentual da população alvo. Entre eles, está a maior utilização de serviços de saúde nos menores de um ano em relação às crianças mais velhas, devido à puericultura e aos cuidados de Saúde da Mulher,²⁰ podendo justificar a diferença na cobertura entre essas doses e o reforço. Outra possível justificativa é o fato de que a dose de reforço não é considerada no cálculo da cobertura vacinal, podendo resultar em menor intensidade na busca dos usuários não vacinados por parte da unidade de saúde.²¹

No entanto, independentemente do motivo da menor cobertura, o baixo percentual da dose de reforço é preocupante, uma vez que a administração dessa dose é o que garante a imunidade da criança a longo prazo.¹⁹ Estudo realizado por Sáfy e Barros²² evidenciou que a proteção conferida pela vacina meningocócica C conjugada mostrou-se diretamente relacionada à idade em que esta é administrada, ou seja, nas crianças que recebem a vacina com mais de um ano de idade, a proteção foi maior e mais duradoura do que naquelas que a recebem em esquemas de rotina nos primeiros meses de vida. Esses resultados enfatizam que a dose de reforço é indispensável e deve receber maior atenção.²²

Coberturas vacinais inferiores a 95%, meta preconizada pelo MS,¹⁹ foram encontradas em 13 estados, a maioria pertencente às regiões Norte e Nordeste. Esses dados vão ao encontro da correlação positiva entre cobertura vacinal e renda média *per capita*, tendo em vista que, em geral, regiões mais pobres ainda não alcançaram a meta de vacinação.²³ Essas disparidades em relação às desigualdades econômicas ocorrem, também, quando são avaliadas em dados individuais. No estudo de Barata e

Pereira¹⁰ foi evidenciado que crianças pertencentes às classes econômicas mais baixas apresentaram coberturas vacinais significativamente menores quando comparadas àquelas das classes econômicas mais altas.

Análises não apresentadas resultaram em correlação negativa ($r=-0.7$) entre ESF e renda média *per capita* ($p<0,001$). A maior cobertura da ESF no Norte e Nordeste pode ser justificada pelo pioneirismo destas regiões na implementação da mesma, dispondo, assim, de mais tempo para consolidá-la.¹⁵ Quanto à correlação entre cobertura vacinal e ESF, embora não tenha havido relação significativa, a cobertura vacinal mais baixa talvez seja justificada pela renda da região e não necessariamente pela cobertura de ESF, reforçando que a situação socioeconômica de um local é um importante indicador de cobertura vacinal.^{9,11}

Porém, em locais onde as desigualdades sociais ainda persistem, como Norte e Nordeste, a cobertura vacinal poderia ser ainda menor do que é atualmente, caso a ESF não tivesse sido implementada.^{15,19} Um estudo realizado com o objetivo de avaliar o impacto da implementação da ESF sobre indicadores de saúde²⁴ encontrou resultados positivos, principalmente na mortalidade infantil, sendo essa relação mais forte em locais de menor renda. Com isso, pode-se compreender a importância da ESF nas regiões Norte e Nordeste, especialmente por serem mais pobres. O resultado encontrado no presente estudo fortalece o argumento de que a vacinação, mesmo que seja dependente dos serviços de saúde, possui alguma autonomia, obtendo resultados positivos inclusive em contextos desfavoráveis.¹²

Nas regiões com melhor situação econômica e menor cobertura da ESF, as unidades básicas tradicionais desempenham seu papel na vacinação. Entretanto, a ESF possui como um de seus objetivos atingir a parcela mais difícil da população, o que pode não gerar grande impacto na população total.¹³ No caso da cobertura vacinal, a ESF pode desempenhar importante papel na busca ativa de casos mais difíceis de serem alcançados, devido ao vínculo criado com o usuário, especialmente em regiões de baixa renda e onde as famílias têm maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde em geral.^{12,14,19} Por isso, políticas de saúde, como a ESF, devem ser valorizadas e reforçadas, a fim de alcançar os indivíduos mais difíceis, os quais possivelmente são os mesmos que não foram vacinados.

Fortalezas e limitações

Como ponto positivo do presente estudo, ressalta-se a apresentação dos dados referentes à dose de reforço, pouco explorada na literatura. Para que isto fosse possível, a utilização da população residente no cálculo da cobertura vacinal e dose de reforço foi indispensável, ao contrário da maioria dos estudos que utilizam dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC). Embora alguns autores^{21,25} recomendem a utilização do SINASC no cálculo de coberturas vacinais, no presente estudo isso poderia tornar-se um problema, em função dos objetivos anteriormente apresentados. Mesmo que exista alguma diferença na cobertura calculada com o denominador população residente e a calculada com o denominador nascidos vivos, dados não apresentados mostram que esta diferença é muito pequena.

Os denominadores diferem porque o SINASC capta dados de crianças nascidas no ano em questão, excluindo aqueles menores de um ano nascidos no ano anterior, que ainda são alvos da vacina, e incluindo os recém-nascidos com data de aniversário nos últimos meses do ano, que não são alvo da segunda dose da vacina.²⁵ Já os dados do IBGE utilizam como referência a população de 1º de julho de cada ano. Ainda,

destaca-se outra desvantagem da utilização do SINASC, pois ao realizar o cálculo com os nascidos vivos, as mortes ocorridas antes de um ano de idade não estão sendo consideradas e a população alvo passa a ser, dessa forma, superestimada.²⁵

Uma limitação importante refere-se ao numerador do cálculo de cobertura, formado pelo número de doses (segunda dose) aplicadas em menores de um ano. Este dado, assim como qualquer outro, pode ser influenciado por problemas nos registros, já que cada unidade repassa esses números para o SI-PNI, o que poderia justificar as coberturas superiores a 100%.²¹ Ainda, aponta-se como limitação a utilização de projeções para população residente, que pode superestimar o número real de crianças existentes, diminuindo, assim, possíveis percentuais de cobertura.

Implicações para pesquisa e prática dos profissionais

Diante desse cenário, há necessidade de avaliar as estratégias de vacinação utilizadas pelos serviços de saúde e pela gestão, visto que nem todas as coberturas foram superiores a 95% e altas taxas de cobertura vacinal são indispensáveis para controle das doenças imunopreveníveis. Ações educativas e políticas para aumentar a cobertura vacinal e a administração da dose reforço devem ser enfatizadas, com o objetivo de atingir as metas preconizadas e, conseqüentemente, reduzir a incidência da doença meningocócica e as desigualdades em saúde no acesso aos serviços básicos de prevenção, a exemplo da vacinação. Ainda, os resultados fornecem um panorama da situação das coberturas vacinais a nível nacional, regional e estadual, podendo nortear o planejamento de ações estratégicas e monitoramento das coberturas.

Conclusões

Neste estudo, foi possível evidenciar diferenças importantes na cobertura da dose de reforço da vacina meningocócica C conjugada em relação à segunda dose, estando algumas regiões em pior situação. Além disso, observou-se que alguns estados apresentaram coberturas vacinais inferiores à meta proposta pelo MS e que fatores socioeconômicos estão relacionados à cobertura. No entanto, essa relação deve ser interpretada com cautela, uma vez que trata-se de um estudo ecológico. Sendo assim, sugere-se que sejam feitas pesquisas, com outros delineamentos, que investiguem fatores associados à vacina meningocócica, utilizando indivíduos como unidade de análise, podendo fornecer evidências mais robustas.

Referências

1. Sáfadi MA, Cintra OA. Epidemiology of meningococcal disease in Latin America: current situation and opportunities for prevention. *Neurol Res.* 2010;32(3):263-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1179/016164110X12644252260754>
2. Edmond K, Clark A, Korczak VS, Sanderson C, Griffiths UK, Rudan I. Global and regional risk of disabling sequelae from bacterial meningitis: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2010;10(5):317-28. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(10\)70048-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(10)70048-7)
3. Rosenstein NE, Perkins BA, Stephens DS, Lefkowitz L, Cartter ML, Danila R, et al. The changing epidemiology of meningococcal disease in the United States, 1992-1996. *J Infect Dis.* 1999;180(6):1894-901. DOI: <http://dx.doi.org/10.1086/315158>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília; 2012. p.444.

5. Trotter CL, Andrews NJ, Kaczmarski EB, Miller E, Ramsay ME. Effectiveness of meningococcal serogroup C conjugate vaccine 4 years after introduction. *Lancet*. 2004;364(9431):365-7. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16725-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16725-1)
6. Campbell H, Borrow R, Salisbury D, Miller E. Meningococcal C conjugate vaccine: the experience in England and Wales. *Vaccine*. 2009;27 Suppl 2:B20-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2009.04.067>
7. Trotter CL, Maiden MC. Meningococcal vaccines and herd immunity: lessons learned from serogroup C conjugate vaccination programs. *Expert Rev Vaccines*. 2009;8(7):851-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.1586/erv.09.48>
8. Sáfiadi MAP, Berezin EN, Oselka GW. Análise crítica das recomendações do uso das vacinas meningocócicas conjugadas. *J Pediatr. (Rio J)*. 2012;88(3):195-202. DOI: <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.2167>
9. Smith PJ, Jain N, Stevenson J, Männikkö N, Molinari NA. Progress in timely vaccination coverage among children living in low-income households. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2009;163(5):462-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archpediatrics.2009.25>
10. Barata RB, Pereira SM. Desigualdades sociais e cobertura vacinal na cidade de Salvador, Bahia. *Rev Bras Epidemiol*. 2013;16(2):266-77. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000200004>
11. Porto MA, Santos CP, Gonçalves GG, Martinato LHM, Miranda PP, Celeste RK. Análise das desigualdades socioeconômicas na cobertura da vacina contra difteria, tétano e coqueluche (DTP)/tetraavalente para menores de 1 ano de idade no Rio Grande do Sul, 2000-2009. *Epidemiol Serv Saúde*. 2013;22(4):579-86. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000400004>
12. Moraes JC, Ribeiro MCSA. Desigualdades sociais e cobertura vacinal: uso de inquéritos domiciliares. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(Suppl 1):113-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500011>
13. Senna Mde C. Equity and health policy: some reflections on the Family Health Program in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2002;Suppl:203-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700020>
14. Guimarães TMR, Alves JGB, Tavares MMF. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(4):868-76. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000400018>
15. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(3):669-81. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300015>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações SI-PNI. Campanha de vacinação [base de dados da internet] [Acesso 14 Jun 2014]. Disponível em: <http://pni.datasus.gov.br/>
17. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas populacionais para os municípios brasileiros em 01.07.2012 [Acesso 14 Jun 2014]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2012/default.shtm>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura da Saúde da Família [Acesso 15 Jun 2014]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php Acesso em: 15 jun 2014.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004. Brasília; 2006.
20. Blank D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. *J Pediatr. (Rio J)*. 2003;79supl 1:S13-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572003000700003>
21. Moraes JC, Ribeiro MCSA, Simões O, Castro PC, Barata RB. Qual é a cobertura vacinal real? *Epidemiol Serv Saúde*. 2003;12(3):147-53.
22. Sáfiadi MAP, Barros AP. Vacinas meningocócicas conjugadas: eficácia e novas combinações. *J Pediatr. (Rio J)*. 2006;82(3):s35-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572006000400005>
23. Victora CG, Vaughan JP, Barros FC, Silva AC, Tomasi E. Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. *Lancet*. 2000;356(9235):1093-8. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02741-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02741-0)
24. Rocha R, Soares RR. Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. *Health Econ*. 2010;19 Suppl:126-58. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/hecl.1607>
25. Teixeira AMS, Mota ELA. Denominadores para o cálculo de coberturas vacinais: um estudo das bases de dados para estimar a população menor de um ano de idade. *Epidemiol Serv Saúde*. 2010;19(3):187-203.

Depressão pós-parto e satisfação conjugal: impacto longitudinal em uma amostra brasileira

Postpartum depression and marital satisfaction: a longitudinal study in a Brazilian sample

Depresión posparto y satisfacción con la relación de pareja: impacto longitudinal en una muestra brasileña

Cody S Hollist. University of Nebraska-Lincoln (UNL). Lincoln, Nebraska, Estados Unidos. chollist2@unl.edu

Olga Garcia Falceto. Instituto da Família (INFAPA). Porto Alegre, RS, Brasil. olgafalceto@gmail.com

Bruna Larissa Seibel. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. brunaseibel@gmail.com
(*Autora correspondente*)

Paul R Springer. University of Nebraska-Lincoln (UNL). Lincoln, Nebraska, Estados Unidos. pspringer3@unl.edu

Nalu A Nunes. Brigham Young University (BYU). Provo, Utah, Estados Unidos. nalununes@hotmail.com

Carmen Luiza Corrêa Fernandes. Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Porto Alegre, RS, Brasil. carmenlcfernandes@gmail.com

Richard B Miller. Brigham Young University (BYU). Provo, Utah, Estados Unidos. rickmiller@byu.edu

Resumo

Objetivo: O objetivo deste trabalho foi verificar a relação entre a satisfação conjugal e a depressão pós-parto e o impacto destas variáveis nos níveis de satisfação conjugal e depressão futuros, em uma amostra brasileira. Estudos revelam que o conflito conjugal é um antecedente importante no desenvolvimento da depressão e que a depressão pós-parto influencia significativamente a satisfação conjugal. **Métodos:** Este estudo longitudinal com 99 mulheres brasileiras utilizou análises de regressão múltipla para verificar a associação entre a satisfação conjugal e a depressão. A sintomatologia depressiva foi avaliada pelo instrumento *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). A satisfação conjugal foi verificada a partir de itens sobre a percepção de satisfação conjugal das participantes. Os dados foram coletados 4 meses e 2 anos após o parto. Os dados longitudinais possibilitaram a análise cronológica da interação entre as duas variáveis. **Resultados e Conclusões:** Os resultados indicam que o modelo teórico que estabelece a relação entre conflito conjugal e depressão é também apropriado para casais brasileiros, sugerindo a utilização potencial da terapia de casal no tratamento da depressão pós-parto no Brasil.

Palavras-chave:

Depressão Pós-Parto
Conflito Familiar
Terapia Familiar
Terapia Conjugal

Abstract

Objective: This study examined the relationship between marital satisfaction and postpartum depression as well as the impact of postpartum depression and marital satisfaction on later relational characteristics among Brazilian couples. Studies have shown that marital satisfaction is an important antecedent to depression and that postpartum depression has an influence on marital satisfaction. **Methods:** A longitudinal study using multiple regression to test the association between marital satisfaction and depression was conducted among Brazilian women. Depressive symptomatology was assessed using the *Self-Reporting Questionnaire 20* and marital satisfaction using an instrument developed by the researchers to test the individuals' perception of their marital quality. Data were collected at 4 months and 2 years after childbirth. The longitudinal data allowed researchers to chronologically analyze the interaction of key variables. **Results and Conclusions:** Results showed that the model established between marital satisfaction and depression is appropriate for Brazilian couples as well as for postpartum women. This study highlights the potential impact of marital treatment on postpartum depression in Brazil.

Keywords:

Depression, Postpartum
Family Conflict
Family Therapy
Marital Therapy

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
656.778 (HCPA/UFRGS),
aprovado em 21/05/2014.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.

Recebido em: 05/12/2014.

Aprovado em: 17/11/2015.

Como citar: Hollist CS, Falceto OG, Seibel BL, Springer PR, Nunes NA, Fernandes CLC et al.
Depressão pós-parto e satisfação conjugal: impacto longitudinal em uma amostra brasileira.
Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-13. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1044](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1044)

Resumen

Objetivo: El objetivo de este trabajo fué verificar la relación existente entre la satisfacción con la relación de pareja y la depresión pos-parto y el impacto de esas variables en los niveles de satisfacción con la relación de pareja y depresión futuros, en una muestra brasileña. Estudios revelan que el conflicto de pareja és un antecedente importante en el desarrollo de depresión y que la depresión pos-parto provoca influencia significativa en la relación de pareja. **Métodos:** Este estudio longitudinal con 99 mujeres brasileñas hizo uso de análisis de regresión múltiple para estudiar la asociación entre la satisfacción en la relación de pareja y la depresión. Los síntomas depresivos fueron evaluados por el instrumento *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). La satisfacción con la relación de pareja fué verificada utilizando datos sobre la percepción de satisfacción de las participantes. Los datos fueron obtenidos 4 meses y 2 años después del parto. **Resultados y Conclusiones:** Los resultados indican que el modelo teórico que establece la relación entre conflicto de pareja y depresión és también apropiado para parejas brasileñas y sugiere la posibilidad de utilización de la terapia de pareja en el tratamiento de la depresión pos-parto en Brasil.

Palabras clave:

Depresión Posparto
Conflicto Familiar
Terapia Familiar
Terapia Conjugal

Introdução

O modelo de conflito conjugal da depressão sugere que a insatisfação conjugal é um fator de risco importante para o desenvolvimento de depressão¹ e estudos empíricos confirmaram o poder explicativo desse modelo.^{2,3} Pesquisas também mostraram que o modelo pode ser usado como alicerce no tratamento da depressão quando há problemas relacionais no casal.⁴ Além disso, melhorias no relacionamento conjugal apresentaram efeito significativo nos sintomas depressivos.⁵ Um estudo com amostra brasileira demonstrou a relação entre depressão e qualidade do relacionamento do casal.⁶

A depressão pós-parto é um problema grave para famílias e também para sistemas de saúde. Estudos revelaram que 85% das mulheres apresentam sintomas de depressão pós-parto.⁷ A depressão pós-parto pode também afetar o relacionamento mãe-filho.⁸ Em contrapartida, existem evidências de que o tratamento da depressão pós-parto pode melhorar o vínculo entre a mãe e o bebê.⁹ Por outro lado, vários estudos têm demonstrado o papel significativo do relacionamento conjugal na transmissão intergeracional da depressão nas famílias.¹⁰

Estudos sobre o efeito da depressão pós-parto no relacionamento conjugal revelaram que as mulheres questionam a sua capacidade de ser mães e esposas e relatam menos satisfação nos seus relacionamentos.^{11,12} Apesar de não haver estudos clínicos sobre a terapia de casal na depressão pós-parto, a lógica sugere a hipótese de que, se há uma relação entre satisfação conjugal e depressão pós-parto e se houver aumento no nível da satisfação conjugal, conseqüentemente aumentaria também a estabilidade da saúde mental. No entanto, nenhum estudo analisou nem o efeito de tratamento nem a relação cronológica entre a satisfação conjugal e a depressão. Outra lacuna importante nestes estudos é a falta de pesquisa em populações sul-americanas.

Características do Casamento e Depressão no Brasil

As pesquisas epidemiológicas indicam que aproximadamente 10% dos adultos que vivem na América do Sul,¹³ especialmente no Brasil,¹⁴ apresentam sintomas que qualificam o diagnóstico de depressão maior. A etiologia e os sintomas que caracterizam os estudos da depressão no Brasil são muito semelhantes aos critérios diagnósticos utilizados nos Estados Unidos. Evidências disso podem ser encontradas na validação da versão em português do *Beck Depression Inventory* (BDI).¹⁵

Apesar dos sintomas da depressão apresentarem semelhanças entre as culturas americana e brasileira, as características da relação conjugal no Brasil, um país com heterogeneidade econômica e cultural, são diferentes do casamento norte-americano, apesar deste também ser heterogêneo. Estudos demonstram que os relacionamentos são mais igualitários na cultura americana, enquanto boa parte dos casamentos brasileiros são bastante hierarquizados.¹⁶ Os papéis e as responsabilidades são mais claramente definidas na cultura brasileira, sendo que muitas mulheres continuam a considerar-se o cuidador primário da família.¹⁶ Essas diferenças de papéis podem ter um impacto no grau em que a satisfação conjugal está relacionada com a depressão. Pode-se também pensar sobre o fato das mulheres brasileiras tradicionalmente sentirem-se mais responsáveis pelo relacionamento conjugal do que os homens, o que pode acarretar em maior associação entre a satisfação conjugal e depressão para as mulheres do que para os homens.

Objetivo da Pesquisa

O objetivo deste estudo é avaliar a interação entre a satisfação conjugal e a depressão pós-parto em uma amostra brasileira acompanhada longitudinalmente. O conhecimento sobre a qualidade da relação conjugal possibilitaria ao profissional de saúde mental estimar sintomas futuros e intervir preventivamente. Este estudo focaliza duas hipóteses: 1) a satisfação conjugal está associada à depressão pós-parto e à depressão recorrente dois anos depois; 2) a satisfação conjugal no primeiro tempo de coleta de dados é mais capaz de prever a depressão no segundo tempo do que a própria depressão.

Métodos

Contextualização da Pesquisa Longitudinal

Este estudo de coorte longitudinal foi idealizado a partir da solicitação da Gerência de Medicina de Família e Comunidade do Serviço de Saúde do Grupo Hospitalar Conceição para colaborar na investigação das famílias de risco de sua área de abrangência, no bairro Vila Jardim, em Porto Alegre-RS. O bairro Vila Jardim, com aproximadamente 18 mil habitantes, tem características econômicas e socioculturais heterogêneas, predominando famílias de classe média baixa. Tem boas condições de infraestrutura urbana como água, luz, esgoto, coleta de lixo, asfalto, exceto em partes do bairro constituídas por invasões de áreas verdes. Nestas áreas, os habitantes têm acesso à luz, esgoto e água de forma irregular. O bairro tem a cobertura de três Unidades do Serviço de Saúde Comunitária pertencentes ao Grupo Hospitalar Conceição.

Foram mapeadas todas as famílias residentes no bairro que tiveram filhos no período compreendido entre novembro de 1998 e dezembro de 1999. A identificação das famílias do estudo ocorreu por meio das declarações de nascidos vivos (DN), feitas sistematicamente nos hospitais pela prefeitura da cidade de Porto Alegre. Das 230 famílias mapeadas no primeiro tempo de coleta, 148 completaram o estudo na época. Análises estatísticas sugeriram semelhança demográfica entre os participantes que concluíram o estudo e os participantes que não o concluíram.

Análises estatísticas foram realizadas para estabelecer comparação entre o total de famílias mapeadas e as famílias participantes do primeiro tempo de coleta de dados. Ao verificar-se que se tratava de uma amostra representativa da população, decidiu-se constituir um estudo longitudinal. Dessa forma, foram realizados quatro tempos de coleta de dados com as mesmas famílias participantes: aos quatro meses, dois anos, quatro anos e nove anos da criança foco de estudo. Este estudo envolve os dois primeiros tempos de coleta de dados dessa pesquisa, tendo em vista a relevância destes achados para o contexto brasileiro. Dados relacionados à depressão e satisfação conjugal nesta amostra foram previamente publicados internacionalmente.⁶

Procedimentos

As famílias foram localizadas e contatadas por estudantes de graduação em Medicina ou Psicologia, com auxílio das equipes de saúde das Unidades do Grupo Hospitalar Conceição. Em cada um dos tempos de coleta, foram aplicados questionários biossociodemográficos, escalas e protocolos de itens envolvendo diferentes temas de interesse, tais como: saúde dos cuidadores e da criança, rede de apoio social, relacionamento conjugal, desenvolvimento da criança, relação parental, comportamentos de risco dos cuidadores, funcionamento e organização familiar, entre outros.

Estes protocolos eram aplicados, prioritariamente, nos domicílios das famílias por uma dupla de pesquisadores (psicólogos e/ou terapeutas de família). A aplicação geralmente era dividida em dois momentos: entrevista sobre dados gerais da família, realizada pela dupla com ambos os cuidadores (quando esta era a configuração familiar), e entrevista individual com cada um dos cuidadores, realizada separadamente por um pesquisador da dupla. Ao longo de toda a entrevista, observavam-se e anotavam-se as interações entre os membros da família. Os entrevistadores também avaliaram qualitativamente, por consenso, o funcionamento do casal, com as famílias de origem e a rede social.

Considerações Éticas

A pesquisa longitudinal foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e do Grupo Hospitalar Conceição. Em todas as etapas de coleta, os participantes receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo a entrevista iniciada apenas após a assinatura do mesmo.

Delineamento

Este estudo considerou os dados do primeiro e do segundo tempo da pesquisa longitudinal mais ampla, descrita anteriormente. Caracteriza-se um recorte longitudinal de uma pesquisa observacional e experimental. Optou-se por analisar os primeiros tempos de coleta de dados devido ao objetivo do estudo de averiguar aspectos relacionados ao período do puerpério.

Participantes

Para este recorte, foram utilizados dados apenas das mulheres que participaram das duas primeiras etapas de coleta, totalizando 125 participantes. Destas, 26 foram excluídas da análise por não terem companheiro, resultando em 99 mulheres para a análise final.

Instrumentos

Depressão. A sintomatologia depressiva foi avaliada a partir de dois instrumentos. Uma das escalas foi o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20),¹⁷ desenvolvido com a colaboração da Organização Mundial de Saúde para realizar avaliações de triagem em países em desenvolvimento e que tem sido utilizado em diversos estudos populacionais no Brasil e em outros países. Foi criado a partir de uma série de avaliações em 1.624 pacientes de quatro diferentes países, demonstrando significativa confiabilidade e validade.¹⁷ A pontuação no SRQ-20 varia de 0 a 20, onde “0” representa ausência de sintomatologia depressiva e 20 a presença máxima de sintomatologia. O SRQ-20 foi inicialmente elaborado em múltiplos idiomas, portanto, a tradução e os procedimentos de validação foram conduzidos simultaneamente ao desenvolvimento do instrumento. O SRQ-20 foi validado no Brasil, sendo de 0.70 a correlação entre a avaliação clínica e o instrumento.¹⁸ Portanto, o SRQ-20 é um instrumento de avaliação de sintomatologia de saúde mental confiável e apropriado para uso no Brasil.

Devido ao fato de o SRQ-20 não ter sido elaborado para avaliar somente depressão, outros testes foram utilizados neste estudo para avaliar a utilidade do SRQ-20 na detecção da depressão. Foi realizada uma comparação entre as pontuações do SRQ-20 e do Inventário Beck de Depressão (BDI). Apesar de o BDI não ter sido utilizado na análise deste estudo porque não estava disponível no primeiro tempo de coleta, os resultados do BDI no Tempo 2 foram utilizados para testar a equivalência entre o SRQ e o BDI. A correlação de 0.71 ($p < 0,001$) indica uma associação significativa entre os instrumentos. Além disso, foi conduzida uma análise de correlação entre o SRQ-20 e a avaliação feita pelos terapeutas, com base nas entrevistas e na observação dos participantes. Os resultados mostram uma correlação de 0.60 ($p < 0,001$) no Tempo 1 e 0.64 ($p < 0,001$) no Tempo 2, favorecendo a utilização do SRQ-20 na avaliação da sintomatologia depressiva. Baseado nestes resultados, o SRQ-20 foi considerado uma medida válida de sintomatologia depressiva.

Em conjunto com o SRQ-20, terapeutas treinados forneceram informações de sintomatologia depressiva, avaliando o grau em que a depressão, quando detectada, afetava a vida dos participantes. Os terapeutas coletaram dados por meio de questionários e entrevistas, utilizando as informações para orientar suas avaliações clínicas sobre o estado de saúde mental dos participantes. A escala utilizada nestas avaliações foi de 1 a 3 pontos, onde 1 indicava a ausência de distúrbio depressivo e 3 indicava a presença de distúrbio depressivo grave.

Os participantes foram entrevistados e avaliados por dois terapeutas que, posteriormente, discutiam suas avaliações pessoais até chegarem a um consenso diagnóstico. A pontuação do consenso diagnóstico foi utilizada na avaliação. As avaliações dos terapeutas no Tempo 2 foram correlacionadas aos resultados do BDI no tempo 2 para verificar a validade concorrente. A correlação encontrada foi de 0.59 ($p < 0,001$), indicando que as avaliações dos terapeutas são uma medida válida de sintomatologia depressiva.

Satisfação Conjugal. Foram utilizados, no Tempo 1, quatro itens especialmente elaborados para avaliar a percepção de satisfação conjugal dos participantes. Uma análise fatorial confirmatória foi aplicada na variável latente “satisfação conjugal” para estabelecer a credibilidade desta medida. A Modelagem de Equações Estruturais foi utilizada para o cálculo do modelo estrutural e para estimar a carga fatorial. Três dos quatro itens apresentaram relação significativa com a variável latente “satisfação conjugal”, e o fator

não significativo foi a frequência das discussões no relacionamento conjugal. Outros estudos também sugerem que a frequência de discussões não é uma característica que distingue a satisfação conjugal.¹⁹ Com base nesses resultados, o item foi removido do instrumento de avaliação.

Três itens remanescentes foram utilizados para avaliar a percepção da satisfação conjugal. A primeira pergunta foi: “Você está contente com a maneira que o seu companheiro expressa o que ele sente e pensa?” O instrumento de medida utilizado foi uma escala Likert de 3 pontos, entre 1 (*contente*) e 3 (*não contente*). A segunda pergunta foi “Como é o relacionamento com o seu companheiro?”. A escala Likert utilizada foi de 1 (*bom*) a 3 (*muito difícil*). A terceira pergunta foi “Como é a sua vida sexual?”. O instrumento de medida utilizado foi uma escala Likert de 7 pontos entre 1 (*bom, como sempre*) a 7 (*inativa*). É importante notar que as pontuações maiores para os itens que representam a percepção da satisfação conjugal indicam maior descontentamento conjugal.

Os resultados da análise fatorial apoiam a ideia de que os três itens utilizados carregam em um mesmo fator. *Eigenvalues* para o componente extraído no primeiro tempo de coleta foi de 1,71 (explicando 56,98% da variância). *Eigenvalues* para o componente no segundo tempo foi de 2,05 (explicando 68,39% da variância). Os resultados sugerem que os itens usados como indicadores de satisfação conjugal reúnem-se como indicadores de uma variável latente e podem ser utilizados como um escore cumulativo de satisfação conjugal. O modelo final apresentou uma excelente qualidade de ajuste e resultou em estimativas padronizadas de 0,741 (para satisfação global), 0,523 (satisfação sexual) e 0,532 (satisfação com a comunicação). As correlações bivariadas entre as três variáveis apresentaram correlações significativas entre si. Os resultados sugerem que as três variáveis combinadas constituem uma medida adequada da variável latente satisfação conjugal.

Variáveis de controle. Com base na literatura sobre satisfação conjugal e depressão,²⁰ as variáveis de controle incluídas nesta análise foram: idade (em anos), renda (em salários mínimos de cada época) escolaridade (em anos completos) e raça. Devido à diversidade racial existente no Brasil, a variável raça foi incluída na análise com a finalidade de avaliar diferenças inter-raciais dentro da cultura brasileira. As categorias raciais analisadas foram: raça negra, branca, mestiça e outras.

Análise de dados

Inicialmente, foram realizadas estatísticas descritivas para caracterização da amostra. Após, os dados foram analisados por meio de regressões e correlações. Estes métodos estatísticos possibilitaram a descrição das interações entre as variáveis apresentadas anteriormente. A primeira hipótese foi examinada a partir de associações regressivas entre as variáveis recorrentes. Já a segunda hipótese levantada foi analisada com o exame de dois modelos de regressão logística múltipla. O primeiro modelo examinou o impacto da depressão e da satisfação conjugal no Tempo1 sobre a depressão no Tempo 2. O segundo modelo inverteu as associações, como meio de examinar o impacto da depressão e da satisfação conjugal do primeiro tempo na satisfação conjugal do segundo tempo. Nos dois modelos, as variáveis recorrentes e de controle foram incluídas. O motivo da inversão dos modelos foi para distinguir a direção que teria maior impacto para predizer o efeito de uma variável sobre a outra.

Resultados

A faixa etária das mulheres no Tempo 1 de coleta foi de 15 a 45 anos, sendo 25,9 anos a média das idades (DP=6,7). O nível de escolaridade na amostra situava-se na faixa de 1 a 14 anos de estudo, com média de 7 anos (DP=2,9), indicando que a maioria das mulheres não concluíram o Ensino Fundamental. O número médio de filhos no Tempo 1 foi de 2,2 (DP=1,5) e, no Tempo 2, de 2,4 (DP=1,6). Apenas 15% das famílias tiveram mais um filho entre os Tempos 1 e 2. O número médio de pessoas vivendo no mesmo domicílio foi de 4,9 (DP=1,8). Quanto à etnia, 58% das mulheres declaravam-se brancas, 27% negras e 14% mestiças.

A amostra é economicamente representativa desta região do Brasil, sendo a maioria das famílias pertencentes à classe média. No primeiro tempo de coleta, 73% dos pais estavam empregados e 20% das mulheres trabalhavam fora. A média da renda familiar foi menor no Tempo 1 (4,86 salários mínimos no Tempo 1 e 4,23 salários mínimos no Tempo 2). No entanto, mesmo parecendo ter havido perda de poder aquisitivo das famílias, cabe ressaltar o aumento do salário mínimo promovido entre os períodos de coleta de dados.

O poder dos dados longitudinais se baseia na capacidade de conectar o impacto de uma variável sobre outras variáveis em tempos posteriores. Apesar de não ser possível descrever estas associações como causalidade, podemos dizer que os resultados em um tempo podem prever os níveis em outras variáveis posteriores. Portanto, pode-se dizer que os dados ajudam a entender a direção de mudança.

As correlações entre as variáveis confirmaram que a depressão e a satisfação conjugal estão positivamente correlacionadas tanto na primeira etapa quanto longitudinalmente, como mostra a Tabela 1.

Tabela 1. Correlações significativas entre as variáveis depressão, satisfação conjugal e renda familiar.

	Depressão (T1)	Depressão (T2)	Satisfação Conjugal (T1)	Satisfação Conjugal (T2)	Renda Familiar (T1)
Depressão (T1)	1	.48***	.34***	.36***	-.25*
Depressão (T2)		1	.43***	.50***	-.16
Satisfação Conjugal (T1)			1	.43***	.03
Satisfação Conjugal (T2)				1	.02
Renda Familiar (T1)					1

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Hipótese 1

A análise de regressão foi utilizada para calcular a relação entre as variáveis de interesse no mesmo tempo, controlando variáveis demográficas. Dois modelos foram testados para cada etapa. As variáveis de controle utilizadas na análise foram: cor, idade, escolaridade da mãe e renda familiar. Na etapa 1, o modelo utilizando a depressão como variável dependente resultou em um r-quadrado do modelo de 0,24 ($p > 0,001$), com a renda familiar e satisfação conjugal relacionada com a depressão. A renda familiar e a satisfação conjugal mostraram-se relacionadas à depressão neste modelo (ver Tabela 1). Invertendo-se o modelo, tomando a satisfação conjugal como variável dependente, resultou em um r-quadrado do modelo geral de 0,15 ($p > 0,001$), com nenhuma das variáveis demográficas relacionando-se significativamente. No entanto, a depressão associou-se à satisfação conjugal significativamente.

A etapa 2 demonstrou associações semelhantes em termos de interações entre as variáveis principais. Utilizando a depressão como variável dependente, produziu-se o r-quadrado do modelo geral de 0,29 ($p > 0,001$), com nenhuma das variáveis demográficas relacionando-se significativamente. Invertendo o modelo para calcular o impacto do modelo na satisfação conjugal, produziu-se o r-quadrado de 0,27 ($p > 0,001$). O resultado destas análises confirmou a primeira hipótese, associando (negativamente) as variáveis satisfação conjugal e depressão pós-parto no primeiro momento do estudo (Tabela 2).

Tabela 2. Desfecho de regressões logísticas das variáveis significativas.

Variável independente (T1)	Variável dependente (T1)	Beta	SE	B Estandarizado	p
Satisfação Conjugal	Depressão	0,443	0,119	0,309	0,002
Renda Familiar	Depressão	-0,252	0,137	-0,219	0,037
Depressão	Satisfação Conjugal	0,240	0,072	0,345	0,001
Variável independente (T2)	Variável dependente (T2)	Beta	SE	B Estandarizado	p
Depressão	Satisfação Conjugal	0,319	0,057	0,504	0,000
Satisfação Conjugal	Depressão	0,775	0,140	0,491	0,000

Hipótese 2

O objetivo mais importante deste estudo foi examinar a interação entre depressão e satisfação conjugal pós-parto e dois anos depois. Esta hipótese foi examinada por análises de regressão e controlada por variáveis demográficas (e.g. idade, cor, escolaridade da mãe e renda familiar). O modelo foi calculado utilizando-se a depressão da etapa 2 como a variável dependente, predita por depressão da etapa 1 e satisfação conjugal nas duas etapas, além das variáveis demográficas. O r-quadrado do modelo total foi 0,39 ($p > 0,001$). Recalculando o modelo para isolar o poder preditivo das informações da etapa 1, foram excluídos dados da relação conjugal da etapa 2, o que resultou em um r-quadrado de 0,31 ($p < 0,001$). Nenhuma das variáveis demográficas foram relacionadas aos modelos. Os dados de depressão do primeiro tempo de coleta e a satisfação conjugal nas duas etapas foram relacionadas à depressão da segunda etapa.

O modelo para verificar o impacto das variáveis na satisfação conjugal da segunda etapa gerou r-quadrado de 0,33 ($p > 0,001$). Novamente, as outras variáveis principais não mostraram associação com as variáveis demográficas. O impacto das variáveis da primeira etapa (depressão e satisfação conjugal) na relação conjugal do segundo tempo resultou em r-quadrado de 0,24 ($p > 0,001$). A Tabela 3 apresenta os resultados da análise de regressão calculando a capacidade das variáveis da primeira etapa em prever depressão e satisfação conjugal na segunda etapa, controlando as variáveis demográficas e variáveis recorrentes.

Tabela 3. Desfecho longitudinal entre as variáveis de interesse.

Variável Independente	Variável Dependente	Beta	SE	B Estandarizado	p
Depressão (T1)	Depressão (T2)	0,365	0,099	0,365	0,000
Satisfação Conjugal (T1)	Depressão (T2)	0,432	0,134	0,301	0,002
Satisfação Conjugal (T2)	Depressão (T2)	0,497	0,148	0,314	0,001
Depressão (T1)	Satisfação Conjugal (T1)	0,197	0,065	0,310	0,003
Satisfação Conjugal (T1)	Satisfação Conjugal (T2)	0,297	0,088	0,326	0,001
Depressão (T2)	Satisfação Conjugal (T2)	0,219	0,065	0,346	0,001

Discussão

A partir dos resultados apresentados, verificou-se que, neste estudo, depressão e satisfação conjugal não apenas andam juntas, como também se relacionam bidirecionalmente. Estas influências são importantes não somente em uma visão transversal dos dados, mas ao longo do tempo. Baseados nesses achados, podemos presumir que a psicoterapia de casal ou a psicofarmacoterapia da depressão produziriam impacto na outra variável. Desta forma, é possível que os profissionais iniciem o tratamento sobre um fator, mas influenciem o outro.

Impacto na Depressão

A depressão pós-parto é um problema de saúde importante,²¹ visto que vários estudos já demonstraram o impacto desta nos relacionamentos familiares: na criança,²² na esposa²³ e na família em geral.²⁴ A depressão pós-parto também está associada com o vínculo entre pai-filho⁸ e mãe-filho.²⁵ Outros estudos revelaram uma associação entre a depressão pós-parto e a saúde física da mulher.^{26,27} Tanto pesquisadores quanto psiquiatras e terapeutas têm se empenhado em buscar meios de auxiliar no tratamento dos sintomas da depressão pós-parto para minimizar o seu impacto nas famílias e indivíduos.

Os resultados deste estudo indicam que não só a depressão afeta a satisfação conjugal, mas também que o relacionamento conjugal tem um impacto nos sintomas de depressão, transversal e longitudinalmente. Pode-se entender, assim, que a qualidade do relacionamento do casal influencia o nível de depressão no pós-parto e também o desenvolvimento da depressão no futuro.

A incidência e os sintomas da depressão são semelhantes entre brasileiros e pessoas de outras nacionalidades. Porém, os resultados desse estudo sugerem que o relacionamento entre a depressão e a satisfação conjugal na amostra brasileira apresenta maior intensidade do que os estudos realizados em amostras norte-americanas.¹⁻³ Existe, portanto, a necessidade de continuar investigando a interação destas variáveis na população brasileira.

A coleta de dados da primeira etapa foi efetuada quatro meses depois do nascimento do bebê, período considerado pós-parto. Apesar das mudanças biológicas no pós-parto desempenharem um papel significativo no desenvolvimento da depressão, a satisfação conjugal continuou a ter uma relação significativa com a depressão ao longo do tempo, explicando 24% da sua variância. Pesquisas futuras são necessárias para distinguir o grau de impacto das alterações hormonais em comparação com a relação conjugal. No entanto, os resultados desta pesquisa sugerem que a satisfação conjugal tem um impacto importante na incidência da depressão pós-parto.

Quanto aos sintomas depressivos no futuro, foi possível prever, a partir do modelo proposto, 31% da variância de depressão dois anos depois, baseando-se no poder preditivo da relação entre a depressão e satisfação conjugal aos quatro meses após o parto. A teoria prevalente a respeito de etiologia da depressão sugere que a depressão pós-parto seria a variável mais poderosa para prever depressão no futuro. No entanto, a diferença entre o poder de prever depressão dois anos depois do nascimento de um filho é pequena (24% e 31%), significando que o tratamento de qualquer uma das variáveis pós-parto teria impacto nos sintomas depressivos no futuro.

Impacto na Relação Conjugal

Por outro lado, a diminuição da depressão pós-parto influenciaria a qualidade da relação conjugal. O período pós-parto é importante para a formação do vínculo entre os pais e seus filhos. Igualmente importante é a qualidade da relação conjugal, pois tem um impacto significativo na relação entre os pais e seus filhos. Pode-se entender que quanto melhor for a qualidade do relacionamento conjugal, melhor será o vínculo pais-criança.²⁸ O tratamento eficiente da depressão pós-parto é, portanto, uma ferramenta para o fortalecimento das relações familiares.

Os resultados desta pesquisa contribuem para a prática clínica no período pós-parto e ao longo do ciclo vital. Ao verificar que o nível de depressão e a relação conjugal no pós-parto predisseram 24% da qualidade da relação conjugal dois anos depois, sugere-se que uma intervenção no período pós-parto seria preventiva de problemas relacionais futuros. Entende-se que, além de aspectos pessoais associados à depressão, como a história pregressa de sintomas depressivos, aspectos relacionais também têm impacto na saúde mental das mães após a gestação e à longo prazo. Este impacto tem implicações para a qualidade da vida familiar e também para os serviços de saúde. O caráter preventivo de uma intervenção pós-parto poderia gerar maior produtividade desses serviços ao longo do tempo.

Importância Bidirecional

As implicações longitudinais deste estudo não apenas ajudam os profissionais da saúde a entender a importância de prestar atenção na qualidade do relacionamento conjugal e na depressão pós-parto, mas também demonstra implicações de reciprocidade no tratamento e na prevenção desses problemas. A bidirecionalidade dos achados oportuniza, aos profissionais da saúde, o trabalho visando à melhoria de ambos os aspectos - relação conjugal e depressão - visto que um pode ter impacto sobre o outro ao longo do tempo. Novos estudos podem auxiliar a distinguir qual das duas abordagens, ou ainda o tratamento combinado dos dois fatores, teria um maior impacto no desfecho futuro. Vale lembrar que, no período pós-parto, a mãe está frequentemente amamentando seu filho, o que pode contraindicar o uso de medicação, deixando a psicoterapia de casal potencialmente como a abordagem de primeira escolha.

Implicações Clínicas

Os resultados deste estudo sugerem a utilização potencial da terapia de casal no tratamento da depressão quando parte da sintomatologia depressiva está relacionada com o conflito no casamento. Vários modelos de terapia de casal propõem o tratamento da depressão no contexto relacional, incluindo a terapia cognitiva, a terapia interpessoal, a terapia estratégica, a terapia de casal focada na emoção e a terapia conjugal comportamental para a depressão.²⁹

A terapia de casal comportamental para a depressão considera os aspectos da interação conjugal que funcionam como fontes de proteção contra a depressão e os aspectos do relacionamento conjugal que intensificam as tendências depressivas.¹ A eficácia da terapia de casal comportamental no tratamento da depressão tem sido demonstrada por vários estudos^{1,30,31} e mostra-se especialmente eficiente quando a insatisfação conjugal é um elemento que contribui para o episódio depressivo. O tratamento da depressão

por meio da terapia de casal comportamental para a depressão parece mostrar-se mais eficiente na redução dos sintomas depressivos do que a terapia cognitiva quando existe insatisfação conjugal.³²

A terapia de casal focada na emoção (TFE) também inclui a satisfação conjugal na compreensão e resolução da depressão, utilizando o tratamento do relacionamento conjugal como estratégia de intervenção para reduzir a depressão.³³ A TFE mostrou-se tão eficiente quanto a farmacologia na redução de sintomas depressivos por um período de 6 meses após a conclusão do tratamento.³⁴ Apesar de a terapia de casal comportamental para a depressão e a TFE terem demonstrado sua eficácia no tratamento da depressão por meio de intervenções que objetivam a redução do conflito conjugal, nenhum dos modelos de terapia, incluindo a terapia cognitiva de casal, terapia estratégica de casal e terapia interpessoal de casal, foi testado com uma amostra brasileira. A carência de diversidade cultural é uma limitação comum em estudos empíricos.³⁵

Estudos adicionais são necessários para testar a eficiência da terapia de casal no tratamento da depressão entre brasileiros. Os resultados deste estudo atestam a relevância de estudos adicionais sobre o tema, uma vez que proporcionam suporte para o modelo do conflito conjugal na depressão entre a população brasileira.

Limitações do Estudo e Sugestões para Pesquisas

Devido ao tamanho e diversidade populacional do Brasil, não é possível generalizar os resultados deste estudo para a população brasileira em geral. Em consequência, estudos adicionais são necessários para se entender a relação entre satisfação conjugal e depressão. Além disso, a amostra utilizada no presente estudo foi composta por mulheres, não avaliando a relação entre satisfação conjugal e depressão em homens. Estudos adicionais são necessários para averiguar as diferenças entre os gêneros e as dificuldades ou necessidades específicas de homens com sintomas depressivos no período pós-parto.

Referências

1. Beach SRH, Sandeen EE, O'Leary KD. Depression in marriage: A model for etiology and treatment. New York: Guildford Press; 1990.
2. Beach SRH, Katz J, Kim S, Brody GH. Prospective effects of marital satisfaction on depressive symptoms in established marriages: A dyadic model. *J Soc Pers Relat*. 2003;20(3):355-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0265407503020003005>
3. Whisman MA, Bruce ML. Marital dissatisfaction and incidence of major depressive episode in a community sample. *J Abnorm Psychol*. 1999;108(4):674-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.108.4.674>
4. Beach SRH, O'Leary KD. Treating depression in the context of marital discord: Outcome and predictor of response for marital therapy versus cognitive therapy. *Behav Ther*. 1992;23(4):507-28. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80219-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80219-9)
5. Denton WH, Golden RN, Walsh SR. Depression, marital discord and couple therapy. *Curr Opin Psychiatr*. 2003;16(1):29-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00001504-200301000-00007>
6. Hollist CS, Miller RB, Falceto OG, Fernandes CL. Marital satisfaction and depression: a replication of the Marital Discord Model in a Latino sample. *Fam Process*. 2007;46(4):485-98. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1545-5300.2007.00227.x>
7. Henshaw C. Mood disturbance in the early puerperium: a review. *Arch Womens Ment Health*. 2003;6 Suppl 2:S33-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-003-0004-x>
8. Goodman JH. Influences of maternal postpartum depression on fathers and on father-infant interaction. *Infant Ment Health J*. 2008;29(6):624-43. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/imhj.20199>

9. Goodman SH, Broth MR, Hall CM, Stowe ZN. Treatment of postpartum depression in mothers: Secondary benefits to the infants. *Infant Ment Health J*. 2008;29(5):492-513. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/imhj.20188>
10. Sotto-Mayor IMB, Piccinini CA. Relacionamento conjugal e depressão materna. *Psico*. 2005;36(2):135-48.
11. Carter W, Grigoriadis S, Ross LE. Relationship distress and depression in postpartum women: literature review and introduction of a conjoint interpersonal psychotherapy intervention. *Arch Womens Ment Health*. 2010;13(3):279-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-009-0136-8>
12. Dennis CL, Ross L. Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *J Adv Nurs*. 2006;56(6):588-99. PMID: 17118038 DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04059.x>
13. Parada BV, Stevenson PR, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECPPI). *Rev Méd Chile*. 2002;130(5):527-36.
14. Almeida-Filho N, Mari Jde J, Coutinho E, França JF, Fernandes J, Andreoli SB, et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry*. 1997;171:524-9. PMID: 9519090 DOI: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.171.6.524>
15. Beck AT, Rush A J, Shaw BF, Emery G. *Terapia cognitiva da depressão*. Rio de Janeiro: Zahar; 1982.
16. Korin EC. Brazilian Families. In: McGoldrick M, Giordano J, Pearce JK, eds. *Ethnicity and family therapy*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 1996. p.200-13.
17. Harding TW, de Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HH, Ladrado-Ignacio L, et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med*. 1980;10(2):231-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700043993>
18. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986;148:23-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.148.1.23>
19. Gottman JM. *The marriage clinic: A scientifically based marital therapy*. New York: Norton and Company; 1999.
20. Whisman MA. The association between depression and marital dissatisfaction. In: Beach SRH, ed. *Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice*. Washington: American Psychological Association; 2001. p.3-24.
21. O'Hara MW. Postpartum depression: what we know. *J Clin Psychol*. 2009;65(12):1258-69. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20644>
22. Moehler E, Brunner R, Wiebel A, Reck C, Resch F. Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother-child bonding. *Arch Womens Ment Health*. 2006;9(5):273-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-006-0149-5>
23. Page M, Wilhelm MS. Postpartum daily stress, relationship quality, and depressive symptoms. *Contemp Fam Ther*. 2007;29(4):237-51. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10591-007-9043-1>
24. O'Brien M, Asay JH, McCluskey-Fawcett K. Family functioning and maternal depression following premature birth. *J Reprod Infant Psychol*. 1999;17(2):175-88. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/02646839908409096>
25. Goodman JH. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *J Adv Nurs*. 2004;45(1):26-35. PMID: 14675298 DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02857.x>
26. Howell EA, Mora PA, Chassin MR, Leventhal H. Lack of preparation, physical health after childbirth, and early postpartum depressive symptoms. *J Womens Health (Larchmt)*. 2010;19(4):703-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2008.1338>
27. Shelton NJ, Herrick KG. Comparison of scoring methods and thresholds of the General Health Questionnaire-12 with the Edinburgh Postnatal Depression Scale in English women. *Public Health*. 2009;123(12):789-93. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2009.09.012>
28. Stutzman SV, Miller RB, Hollist CS, Falceto OG. Effects of marital quality on children in Brazilian families. *J Comp Fam Stud*. 2009;40(3):475-92.
29. Gollan JK, Friedman MA, Miller IW. Couple therapy in the treatment of major depression. In: Gurman AS, Jacobson NS, eds. *Clinical Handbook of Couple Therapy*. 3a ed. New York: Guilford Press; 2002. p.653-76.

30. Beach SRH. Marital therapy for co-occurring marital discord and depression. In: Beach SRH, ed. Marital and family process in depression: A scientific foundation for clinical practice. Washington: American Psychological Association; 2001. p.205-24.
31. Prince SE, Jacobson NS. Couple and family therapy for depression. In: Beckham EE, Leber WR, eds. Handbook of depression. 2a ed. New York: Guilford; 1995. p.404-24.
32. Addis ME, Jacobson NS. Reasons for depression and the process and outcome of cognitive-behavioral psychotherapies. *J Consult Clin Psychol.* 1996;64(6):1417-24. PMID: 8991328 DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1417>
33. Johnson SM. *The Practice of Emotionally Focused Marital Therapy: Creating Connection.* New York: Brunner/Mazel; 1996.
34. Dessaulles A, Johnson SM, Denton WH. Emotion-focused therapy for couples in the treatment of depression: A pilot study. *Am J Fam Ther.* 2003;31(5):345-53. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/01926180390232266>
35. Sprenkle DH. *Effectiveness Research in Marriage and Family Therapy.* Alexandria: American Association for Marriage and Family Therapy; 2002.

Triagem de hipotireoidismo em crianças - Visão dos médicos da atenção primária à saúde de um município de médio porte

Hypothyroidism screening in children: Views of primary health care physicians from a medium-sized city

Detección de hipotiroidismo en niños - Visión de los médicos de atención primaria a la salud de un municipio de tamaño medio

Nathalia Bordeira Chagas. Departamento de Medicina, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). São Carlos, SP, Brasil. na.bordeira@uol.com.br

Leonardo Antonelli. Departamento de Medicina, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). São Carlos, SP, Brasil. leonardo-antoneli@hotmail.com

Vanessa Furino. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPG-Enf), Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). São Carlos, SP, Brasil. vafurino@hotmail

Debora Gusmão Melo. Departamento de Medicina, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). São Carlos, SP, Brasil. debora.gusmao@gmail.com

Carla Maria Ramos Germano. Departamento de Medicina, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). São Carlos, SP, Brasil. cgermano@ufscar.br (*Autora correspondente*)

Resumo

Objetivo: Avaliar quais parâmetros os médicos da atenção primária à saúde do município de São Carlos, SP, Brasil, adotam para realizar triagem de função tireoidiana em crianças e adolescentes, quais exames complementares são solicitados e qual a conduta diante de resultados laboratoriais alterados. **Métodos:** Estudo transversal descritivo, no qual participaram 26 profissionais, correspondendo a 96,3% de todos os médicos da atenção primária da cidade que atuam no cuidado de crianças e adolescentes. Os participantes responderam por escrito quais as três situações mais frequentes na prática clínica em que indicavam triagem de hipotireoidismo na população pediátrica, quais os exames laboratoriais solicitados nesta avaliação e a qual conduta frente a exames com resultados alterados. **Resultados:** As situações clínicas mais frequentes apontadas pelos participantes como indicações de avaliação tireoidiana foram: obesidade, com 23 respostas (88,5%); baixa estatura, com 16 (61,5%); e síndrome de Down, com 8 (30,8%). Nove médicos (34,6%) responderam realizar o rastreio pela dosagem de TSH e T4I e outros 9 (34,6%), pela dosagem de TSH isolado. A conduta mais frequente diante de um resultado alterado foi o encaminhamento ao endocrinologista pediátrico, com 14 respostas (53,8%). **Conclusão:** O cenário encontrado neste estudo mostra que exames de função tireoidiana são solicitados rotineiramente por médicos da atenção primária no acompanhamento de crianças obesas. Como a obesidade infantil tem uma alta prevalência, isso pode determinar aumento importante dos custos do serviço de saúde e sobrecarga nos serviços de atenção especializada.

Palavras-chave:

Hipotireoidismo
Criança
Triagem
Atenção Primária à Saúde

Fonte de financiamento:
CAPES.

Parecer CEP:
580.506 (UFSCar), aprovado em 08/04/2014.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.

Recebido em: 09/03/2015.
Aprovado em: 26/01/2016.

Como citar: Chagas NB, Antonelli L, Furino V, Melo DG, Germano CMR. Triagem de hipotireoidismo em crianças - Visão dos médicos da atenção primária à saúde de um município de médio porte. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-10. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1088](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1088)

Abstract

Objective: To determine which parameters are used by primary care physicians of São Carlos city, SP, Brazil, to screen thyroid function in children and adolescents, which tests are required for the assessment, and what options are provided to patients with abnormal results. **Methods:** This was a descriptive study in which 26 professionals participated, corresponding to 96.3% of all primary care physicians who provide medical care to children and adolescents. The participants provided written answers for questions regarding the 3 most common situations in clinical practice that warranted a hypothyroidism screening test in the pediatric population; the laboratory tests required for the assessment, and the options provided to patients with abnormal results. **Results:** The most common clinical situations identified by the physicians as indications for evaluation of thyroid function were obesity (23 answers; 88.5%), short stature (16 answers; 61.5%), and Down syndrome (8 answers; 30.8%). Nine physicians (34.6%) screened thyroid function by using the TSH and FT4 tests, whereas 9 other physicians (34.6%) used only the TSH test. In case of abnormal results, most physicians referred the patient to a pediatric endocrinologist (14 answers; 53.8%). **Conclusion:** Thus, the findings of this study indicate that thyroid function tests are routinely ordered by primary care physicians for the follow-up of obese children. As childhood obesity is highly prevalent, it may lead to a significant increase in health service costs and overload secondary care services.

Keywords:

Hypothyroidism
Child
Screening
Primary Health Care

Resumen

Objetivo: Evaluar los parámetros que los médicos de atención primaria de salud en la ciudad de São Carlos, SP, Brasil, adoptan para realizar exámenes de función de la tiroides en niños y adolescentes, los exámenes complementarios necesarios y cual conducta ante los resultados anormales de laboratorio. **Métodos:** Estudio descriptivo, que asistieron 26 profesionales, representando 96,3% de todos los médicos de atención primaria de la ciudad que trabajan con niños y adolescentes. Ellos respondieron cuales son las tres situaciones más comunes en la práctica clínica que indican cribado de hipotiroidismo en la población pediátrica, que exámenes adicionales solicitados en esta evaluación y cual conducta delante los exámenes laboratoriales con resultados anormales. **Resultados:** Las situaciones clínicas más frecuentes identificadas por los participantes como indicadores de evaluación de la tiroides son: la obesidad con 23 respuestas (88,5%), baja estatura, con 16 (61,5%) y el síndrome de Down con 8 (30,8%). 9 (34,6%) médicos dijeron realizar rastreo por medio de la TSH y T4 libre y otros 9 (34,6%), a través de la dosis de TSH aislado. La conducta más mencionada ante un resultado anormal fué un encaminamiento al endocrinologista pediatra, con 14 respuestas (53,8%). **Conclusión:** El escenario en este estudio muestra que los exámenes de función de la tiroide son solicitados rutinariamente por los médicos de atención primaria en el acompañamiento de niños obesos. Como la obesidad infantil tiene una alta prevalencia, esto puede causar incremento en los costos de los servicios de salud y en las despendas generales en los servicios de atención especializada.

Palabras clave:

Hipotiroidismo
Niño
Triaje
Atención Primaria de Salud

Introdução

O hipotireoidismo, patologia causada pela deficiência da produção ou da ação dos hormônios tireoidianos, tem prevalência comum na infância.¹ A prevalência dessa desordem adquirida após o nascimento tem sido reportada entre 1,7% e 9,5% em crianças e adolescentes, sendo mais frequente em meninas do que em meninos.²

As indicações de investigação diagnóstica na população pediátrica compreendem a presença de um conjunto de sinais e sintomas compatíveis com o quadro clínico de hipotireoidismo franco,³ representados principalmente por prejuízo no crescimento e atraso na maturação óssea, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e/ou atraso escolar, bradicardia, palidez, pele e cabelos secos, obstipação intestinal, intolerância ao frio, mixedema, puberdade atrasada e irregularidade menstrual.¹ Algumas condições clínicas também podem estar associadas com disfunção tireoidiana como as síndromes de Down e de Turner, diabetes melito tipo 1, dislipidemia e beta talassemia maior.⁴ Nesses casos, o rastreo periódico para hipotireoidismo está indicado, mesmo em indivíduos assintomáticos.

O público leigo e alguns profissionais de saúde consideram que o hipotireoidismo está associado com obesidade, atribuindo à hipofunção tireoidiana a causa do peso excessivo. Não existem, porém, dados científicos que fundamentem essa hipótese.^{3,5} Na prática clínica, é descrito um número crescente de testes de função tireoidiana solicitados na faixa pediátrica, sobretudo em situações em que o hipotireoidismo

não é frequente.³ Diante deste cenário, o presente estudo pretendeu avaliar a concepção de médicos da atenção primária à saúde, de um município de médio porte do Brasil, a respeito dos parâmetros referenciais adotados para a triagem de hipotireoidismo em crianças e adolescentes, e confrontar os achados com as indicações preconizadas atualmente na literatura científica.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal de natureza descritiva e exploratória, previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar (parecer nº 580.506) e conduzido durante o ano de 2014. Foram convidados a participar da pesquisa todos os médicos da atenção primária à saúde que atuavam no cuidado de crianças e adolescentes na cidade de São Carlos, SP, Brasil (27 profissionais).

Localizada no centro geográfico do Estado de São Paulo, São Carlos tem cerca de 220.000 habitantes, aproximadamente 2.700 nascimentos/ano⁶ e em 2010 apresentou índice de desenvolvimento humano de 0,805, sendo considerado o 28º município mais desenvolvido do país.⁷ No município, a Atenção Primária à Saúde está baseada em 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 17 Unidades de Saúde da Família.

Todos os médicos que atendem crianças e adolescentes, no contexto da atenção primária em saúde do município, foram convidados para participar do estudo. Dos 27 médicos convidados a participar, apenas um se recusou, resultando em uma amostra representativa de 96,3% da população alvo. A participação foi condicionada à assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os 26 profissionais que concordaram em participar do estudo responderam a três questões elaboradas como instrumento de coleta de dados, aplicadas por um estudante de graduação em Medicina. O estudante abordou individualmente cada participante, apresentou o TCLE, resolveu dúvidas sobre a pesquisa, entregou uma folha com as questões impressas e deixou que os participantes respondessem por escrito às questões, sem sua intervenção. As folhas com as respostas foram recolhidas, após o término de seu preenchimento, para análise posterior.

Os participantes responderam às seguintes questões:

1. Quais as três situações mais frequentes na prática clínica em que você indica rastreio de função tireoidiana em crianças e adolescentes, sem sintomas de hipotireoidismo franco?
2. Que exames laboratoriais solicita para realizar esta triagem?
3. Qual sua conduta frente a um resultado laboratorial alterado?

Os dados coletados foram compilados, categorizados e apresentados como valores absolutos e porcentagem.

Resultados

Entre os 26 participantes, 13 (50%) eram do sexo feminino e 13 (50%), do sexo masculino. A distribuição etária compreendeu 7 (26,9%) com idade menor ou igual a 40 anos, e 19 (73,1%) com idade maior que 40 anos. Dezesesseis dos médicos entrevistados (61,5%) se formaram antes de 1995, e 10 (38,5%), após essa data. Com relação ao local de atuação, 15 (57,7%) trabalhavam em UBS e 11 (42,3%), em USF, e à especialidade médica, 15 (57,7%) possuíam formação em pediatria; 6 (23,1%), em saúde da família; 3 (11,5%), em pediatria e saúde da família, e o restante (7,7%) não possuía especialidade. O perfil da amostra pode ser visualizado no Quadro 1.

Quadro 1. Perfil da amostra dos médicos entrevistados com relação à especialidade médica.

Especialidade médica	Número (%)
Pediatria	15 (57,7%)
Saúde da família	6 (23,1%)
Pediatria e Saúde da família	3 (11,5%)
Sem especialidade	2 (7,7%)

Da análise dos questionários, as situações clínicas apontadas pelos participantes como as mais frequentes indicações de avaliação tireoidiana em crianças sem sintomatologia de hipotireoidismo franco foram: obesidade, com 23 respostas (88,5%); baixa estatura, com 16 (61,5%); e síndrome de Down, com 8 (30,8%). Outras situações clínicas também foram citadas, como mostrado na Figura 1.

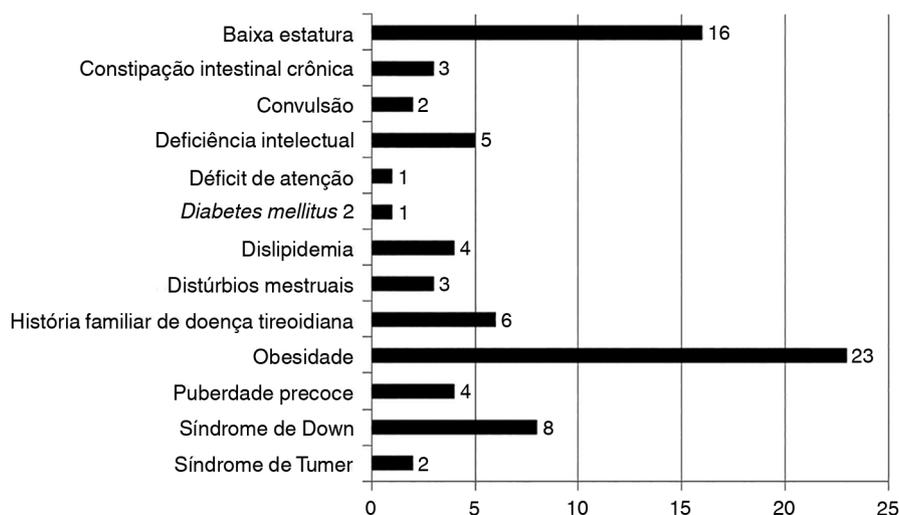


Figura 1. Distribuição em números das situações clínicas mais frequentes que os médicos entrevistados consideraram como indicação de rastreamento de função tireoidiana em pacientes assintomáticos.
* Um profissional respondeu quatro indicações e outro respondeu apenas duas.

A respeito do exame solicitado para rastreamento inicial, nove (34,6%) médicos responderam dosar TSH e T4I; outros nove (34,6%), somente TSH, e cinco (19,2%) TSH, T4I e triiodotironina (T3). Houve também respostas que compreendiam a dosagem de TSH acrescida de T3 ou T4 total, como mostra a Figura 2.

Por fim, a conduta mais prevalente diante de um resultado de exame laboratorial alterado foi o encaminhamento ao endocrinologista pediatra, com 14 respostas (53,8%). Outras condutas também apareceram entre as respostas, como mostrado na Figura 3.

Discussão

O hipotireoidismo subclínico (HS), definido como elevação isolada de TSH com níveis normais de T3 e T4, é considerado como fator de risco para evolução ao hipotireoidismo franco e para outras disfunções orgânicas, como alterações no metabolismo de carboidratos e de lipídeos e doenças cardiovasculares.¹ A escassez de estudos controlados reportando o curso clínico natural do HS na população pediátrica, e suas consequências para a saúde futura desses indivíduos,³ justifica a importância de se realizar a triagem da função tireoidiana de acordo com as indicações preconizadas cientificamente, para que um diagnóstico e terapêutica adequados possam ser instituídos.

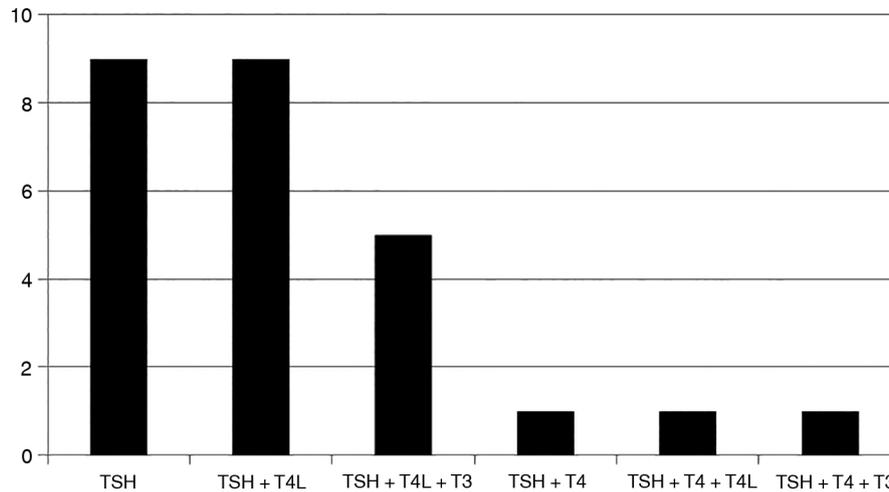


Figura 2. Distribuição, em números absolutos, dos exames solicitados pelos médicos entrevistados, para avaliação de função tireoidiana.

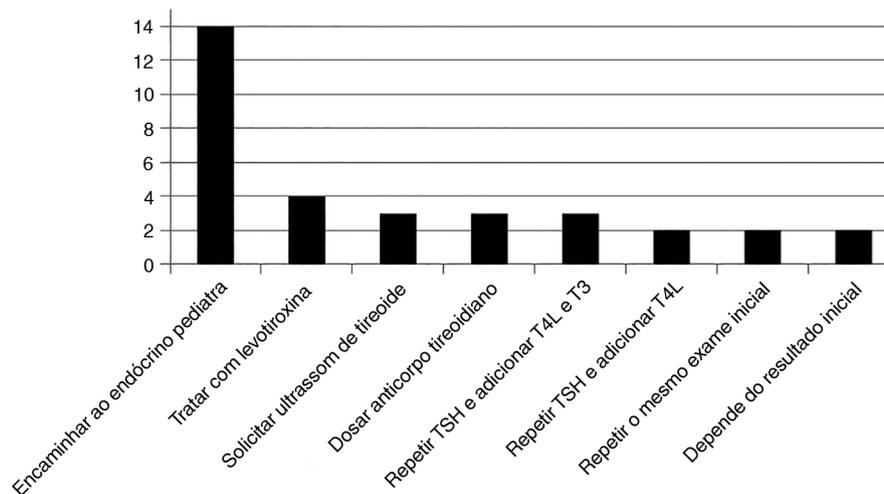


Figura 3. Distribuição em números absolutos da conduta dos profissionais médicos frente a um resultado alterado de função tireoidiana.

O presente estudo buscou identificar que parâmetros referenciais os profissionais médicos da atenção primária à saúde adotam para rastreamento de hipotireoidismo em crianças e adolescentes. Obesidade foi encontrada como indicação clínica mais prevalente, seguida por baixa estatura e síndrome de Down.

Estudos recentes indicam que obesidade não é fator causal de hipotireoidismo e não se configura como uma indicação de triagem de disfunção tireoidiana, embora na prática seja frequentemente observada solicitação dessa triagem em crianças obesas como rotina.^{3,8} Assim como em nosso estudo, O'Brien et al.⁹ encontraram que a maioria dos médicos da atenção primária incluía a avaliação da função tireoidiana como rotina no cuidado de pacientes obesos e salientaram a ausência dessa indicação pela Academia Americana de Pediatria, devido à infrequente associação do hipotireoidismo como causa de obesidade isolada. Outros estudos mostraram que níveis séricos de TSH elevados associados com T4 livre normal foram encontrados em indivíduos obesos, sendo os valores de TSH diretamente correlacionados com os do IMC.¹⁰⁻¹⁵

Esse aumento de TSH, porém, se mostrou reversível com a perda de peso - o que suporta a teoria de que a hipertireotropinemia nessas crianças seja consequência da obesidade e não o oposto.^{4,13,14,16} Reinehr et al.¹⁷ analisaram hormônios tireoidianos em um grupo de meninas adolescentes com obesidade e outro com anorexia nervosa (AN), antes e após a normalização do peso. Estes autores demonstraram que adolescentes obesas tinham aumento moderado de TSH e T3 livre, ao passo que meninas com AN tinham níveis de TSH e T3 livre ligeiramente diminuídos, quando comparadas com um grupo de meninas adolescentes saudáveis, de mesma idade e com peso normal. Essas alterações foram normalizadas nas adolescentes obesas com a perda de peso, e, nas meninas com AN, com o ganho de peso, sugerindo que os hormônios tireoidianos são reversivelmente relacionados com o peso corporal.¹⁰

A baixa estatura (BE), segunda situação clínica mais citada nessa pesquisa como indicação de rastreio, representa uma indicação de triagem legitimada pela literatura científica. Crianças e adolescentes com BE ou com velocidade de crescimento progressivamente diminuída e idade óssea atrasada, sem outros achados clínicos, podem apresentar HS.¹ Os hormônios tireoidianos (HT) são fatores essenciais ao crescimento fisiológico, fazendo com que sua diminuição resulte em prejuízo do crescimento normal.¹

A síndrome de Down, apontada pelos médicos participantes, também se enquadra como indicação para triagem de disfunção tireoidiana. O HS tem prevalência estimada entre 25,3% a 60% nessa população.¹⁸ Alguns estudos longitudinais demonstraram um risco dos indivíduos com síndrome de Down desenvolverem disfunção tireoidiana durante a vida próximo a 50%.⁴ Assim, pacientes com síndrome de Down devem ser submetidos a rastreio periódico a cada dois anos com dosagem de hormônios tireoidianos para que, uma vez diagnosticados, possam ter o tratamento instituído precocemente.^{19,20}

Outra síndrome que também tem associação com disfunção tireoidiana é a síndrome de Turner (ST). A prevalência de hipotireoidismo descrita em meninas com ST varia de 0% a 40%.²¹ Devido ao risco aumentado de hipotireoidismo nessas pacientes,²² recentes *guidelines* internacionais trazem, entre outras recomendações, a dosagem de hormônios tireoidianos anualmente nesse grupo.²³

Outras condições clínicas bem estabelecidas como indicação para triagem de hipotireoidismo são algumas doenças autoimunes. Pacientes com diabetes mellitus tipo 1 (DM 1) podem ter outras patologias endócrinas autoimunes associadas, sendo a disfunção tireoidiana uma das desordens mais frequente.^{21,24,25} A *International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes* (ISPAD) recomenda que o rastreio da função tireoidiana seja realizado no momento do diagnóstico de DM 1 e, após, a cada dois anos em indivíduos assintomáticos, sem bócio e na ausência de anticorpos positivos.²⁶ A Associação Americana de Diabetes (ADA) recomenda triagem da função tireoidiana após estabilização do quadro de diabetes, na presença de sintomas de disfunção tireoidiana, e a cada 1-2 anos se o resultado inicial for normal.²⁷

Entre outras patologias autoimunes associadas à disfunção tireoidiana, estão a doença celíaca, o lúpus eritematoso sistêmico (LES)^{21,28} e a artrite idiopática juvenil (AIJ).²⁹ Stagi et al.³⁰ sugerem monitorização cuidadosa para essa possível associação durante o curso da AIJ.

Os hormônios tireoidianos, dentre todas suas funções, desempenham um importante papel no metabolismo dos lipídeos, regulando as atividades dos receptores e das enzimas envolvidas no metabolismo das lipoproteínas.³¹ Assim, alterações no perfil lipídico podem ser decorrentes do hipotireoidismo. Catli et al.³² relatam que 1-11% de todos os pacientes com dislipidemia tem HS e Tanis

et al.³³, em sua metanálise, mostraram que o HS era duas a três vezes mais comum em pacientes com níveis séricos de colesterol total aumentados do que em pacientes com perfil lipídico normal. A Associação Americana de Tireoide (ATA) recomenda que todos os pacientes com hipercolesterolemia sejam rastreados para disfunção tireoidiana.³⁴

De maneira geral, a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) se posiciona contra a triagem universal para hipotireoidismo e recomenda o rastreamento para o que denomina “grupos de alto risco”, os quais compreendem mulheres grávidas e idosas, especialmente acima de 60 anos; indivíduos submetidos à radiação da glândula tireoidiana, cirurgia de tireoide prévia, disfunção anterior de tireoide, positividade do anticorpo ATPO, uso de alguns medicamentos como amiodarona ou lítio; portadores de DM 1, LES, síndrome de Sjögren, artrite reumatoide, SD, ST, vitiligo, insuficiência cardíaca, dislipidemia, hiperprolactinemia e anemia. Afirma, também, que a avaliação da função tireoidiana deve ser realizada em pacientes com sintomas clínicos de hipotireoidismo ou com história familiar de doença autoimune da tireoide, uma vez que há alta prevalência nesta última associação²¹. Não tem recomendações específicas de triagem para a população pediátrica.

As recomendações de seis organizações internacionais sobre a triagem da disfunção tireoidiana em indivíduos adultos assintomáticos estão resumidas abaixo (Quadro 2).

Quadro 2. Recomendação de 6 organizações internacionais sobre triagem de disfunção tireoidiana em indivíduos adultos assintomáticos (modificado de Garber et al.,³⁵).

Organização	Recomendações para triagem
American Thyroid Association	Homens e mulheres acima de 35 anos, a cada 5 anos.
American Association of Clinical Endocrinologists	Pacientes mais velhos, especialmente mulheres.
American Academy of Family Physicians	Pacientes acima de 60 anos.
American College of Physicians	Mulheres acima de 50 anos com achados sugestivos de hipotireoidismo (percebidos durante a consulta clínica).
U.S. Preventive Services Task Force	Evidências insuficientes contra ou a favor da triagem.
Royal College of Physicians of London	Triagem da população adulta sadia não se justifica.

Os exames laboratoriais para investigação do hipotireoidismo em crianças e adolescentes compreendem a solicitação da dosagem sérica tanto de TSH quanto de T4I.²⁰ Recomenda-se que, diante de valores laboratoriais alterados, nova função tireoidiana seja solicitada para descartar eventual erro de laboratório ou alteração transitória da função tireoidiana^{21,32} e, então, confirmar o diagnóstico de hipotireoidismo. Já em adultos, a SBEM recomenda que para triagem ou diante da suspeita de hipotireoidismo deve-se dosar inicialmente o TSH isolado e, se alterado e confirmado após 2-3 meses, o T4 livre deve, então, também ser dosado.²¹ Neste estudo prevaleceu a solicitação de TSH com T4I e de TSH isolado em iguais proporções, o que mostra que alguns profissionais procedem a investigação de disfunção tireoidiana na população pediátrica como recomendado para adultos.

A conduta frente a resultado de exame alterado que predominou neste estudo foi o encaminhamento imediato ao especialista, sem confirmação laboratorial. A dosagem de outros hormônios tireoidianos (T4 total e T3), assim como a solicitação de anticorpos tireoidianos e de ultrassonografia (USG) de tireoide também foram condutas adotadas pelos profissionais após um primeiro exame alterado.

A respeito dos hormônios dosados na investigação diagnóstica, Kaplowitz afirma que os médicos da atenção primária devem ser orientados a solicitar apenas TSH e T4I, e que outros hormônios, como T3 e sua fração livre, só adicionam custo à triagem e frequentemente têm valores anormais em indivíduos sem patologia tireoidiana.³

A SBEM sugere que após confirmação laboratorial de hipotireoidismo, isto é, após exames iniciais alterados repetidos e confirmados, o passo seguinte é a investigação etiológica, que pode incluir a dosagem de anticorpos tireoidianos.²¹ Com relação ao uso de pesquisa dos anticorpos como teste de triagem, Kaplowitz afirma que há controvérsia a respeito de sua utilidade, uma vez que esses anticorpos podem ser positivos em crianças normais.³ Entretanto, um nível crescente do anticorpo anti-tireoperoxidase (TPO) é preditivo de disfunção tireoidiana iminente,⁴ podendo, assim, sua dosagem ser útil para orientar o acompanhamento e também a decisão terapêutica do HS. Quanto à USG de tireoide, a SBEM não recomenda sua realização de rotina.²¹

Com relação ao tratamento do HS, não há ainda um amplo consenso sobre quem deva ser tratado e qual nível de corte de TSH a ser utilizado em crianças.⁴ A recomendação atual é que o tratamento seja iniciado com TSH >10mIU/L, principalmente se esse valor for associado à positividade do anticorpo anti-TPO.^{1,3,4} Vale lembrar que em cerca de 40% dos casos, o TSH pode normalizar espontaneamente, sem nenhuma intervenção, configurando um quadro transitório.^{1,3,4}

Assim, diante de valores de TSH acima dos limites considerados normais e na ausência de fatores que justifiquem a terapêutica, recomenda-se a monitorização regular desses pacientes para que se possa detectar e tratar prontamente aqueles que evoluírem para um hipotireoidismo franco. Essa conduta expectante é possível, uma vez que estudos demonstram não haver prejuízo no desenvolvimento e crescimento dessas crianças com HS,³ e precisa fazer parte do conhecimento do médico da atenção primária que está envolvido diretamente no cuidado desses pacientes pediátricos.

Conclusões

O HS é uma patologia comum na população pediátrica e vem apresentando uma prevalência crescente, sobretudo pela realização de triagem da função tireoidiana em crianças e adolescentes sem uma indicação cientificamente fundamentada.³²

Como a obesidade tem sido encontrada cada vez mais frequentemente na população pediátrica, a inapropriada prática de solicitação de exames de tireoide como procedimento de rotina para avaliação de pacientes obesos pode determinar um aumento importante dos custos do sistema público de saúde e sobrecarga dos serviços de atenção especializada. O mesmo se aplica para as demais situações que não se enquadram nas recomendações formais de triagem e que foram citadas pelos médicos entrevistados neste estudo. Além do aspecto financeiro, a demasiada solicitação de exames pode gerar ansiedade e preocupação desnecessárias aos pais e às crianças. Por outro lado, outras indicações importantes de triagem da função tireoidiana que não foram citadas pelos participantes do estudo, como DM1 e dislipidemia, devem fazer parte do conhecimento do médico da atenção primária, para que as patologias tireoidianas relacionadas a essas condições possam ser diagnosticadas precocemente e tratadas adequadamente.

Uma vez realizado o rastreamento com T4I e TSH, se o resultado for alterado, deve ser confirmado. Quanto à decisão de iniciar o tratamento do HS em crianças, Gawlik et al.,³⁶ em revisão recente, reafirmam que a qualidade dos estudos sobre o tema não é satisfatória, o que não permite chegar a conclusões definitivas sobre o assunto. Assim, novos estudos randomizados e em grande escala são necessários para determinar qual a melhor conduta para o paciente pediátrico com HS.

Referências

1. Setian NS. Hypothyroidism in children: diagnosis and treatment. *J Pediatr (Rio J)*. 2007;83(5 Suppl):S209-16. DOI: <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.1716>
2. Biondi B, Palmieri EA, Lombardi G, Fazio S. Subclinical hypothyroidism and cardiac function. *Thyroid*. 2002;12(6):505-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1089/105072502760143890>
3. Kaplowitz PB. Subclinical hypothyroidism in children: normal variation or sign of a failing thyroid gland? *Int J Pediatr Endocrinol*. 2010;2010:281453. DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2010/281453>
4. O'Grady MJ, Cody D. Subclinical hypothyroidism in childhood. *Arch Dis Child*. 2011;96(3):280-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/adc.2009.181800>
5. Rapa A, Monzani A, Moia S, Vivenza D, Bellone S, Petri A, et al. Subclinical hypothyroidism in children and adolescents: a wide range of clinical, biochemical, and genetic factors involved. *J Clin Endocrinol Metab*. 2009;94(7):2414-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1210/jc.2009-0375>
6. Brasil - IBGE [homepage on the Internet]. Censo Demográfico 2010 [accessed Mar 2 2014]. Available from: <http://www.cidades.ibge.gov.br/>
7. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento do Brasil [homepage on the Internet]. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil 2013 [accessed Mar 2 2014]. Available from: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/>
8. Zambon MP, Antonio MARGM, Mendes RT, Barros Filho AA. Hipotireoidismo adquirido tratado como obesidade exógena: a importância do controle do crescimento. *Rev Paul Pediatr*. 2009;27(1):106-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822009000100016>
9. O'Brien SH, Holubkov R, Reis EC. Identification, evaluation, and management of obesity in an academic primary care center. *Pediatrics*. 2004;114(2):e154-9.
10. Pacifico L, Anania C, Ferraro F, Andreoli GM, Chiesa C. Thyroid function in childhood obesity and metabolic comorbidity. *Clin Chim Acta*. 2012;413(3-4):396-405. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cca.2011.11.013>
11. Marwaha RK, Tandon N, Garg MK, Ganie MA, Narang A, Mehan N, et al. Impact of body mass index on thyroid functions in Indian children. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2013;79(3):424-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/cen.12148>
12. Emokpae MA, Adeleke SI, Uwumarongie HO. Subclinical hypothyroidism in childhood obesity and its correlation with lipoproteins. *Afr J Med Med Sci*. 2011;40(4):361-5. PMID: 22783686
13. Brienza C, Grandone A, Di Salvo G, Corona AM, Di Sessa A, Pascotto C, et al. Subclinical hypothyroidism and myocardial function in obese children. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2013;23(9):898-902. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.numecd.2012.04.006>
14. Rotondi M, Magri F, Chiovato L. Thyroid and obesity: not a one-way interaction. *J Clin Endocrinol Metab*. 2011;96(2):344-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1210/jc.2010-2515>
15. Reinehr T. Obesity and thyroid function. *Mol Cell Endocrinol*. 2010;316(2):165-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mce.2009.06.005>
16. Marras V, Casini MR, Pilia S, Carta D, Civolani P, Porcu M, et al. Thyroid function in obese children and adolescents. *Horm Res Paediatr*. 2010;73(3):193-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1159/000284361>
17. Reinehr T, Isa A, de Sousa G, Dieffenbach R, Andler W. Thyroid hormones and their relation to weight status. *Horm Res*. 2008;70(1):51-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1159/000129678>

18. King K, O’Gorman C, Gallagher S. Thyroid dysfunction in children with Down syndrome: a literature review. *Ir J Med Sci.* 2014;183(1):1-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11845-013-0994-y>
19. Chen MH, Chen SJ, Su LY, Yang W. Thyroid dysfunction in patients with Down syndrome. *Acta Paediatr Taiwan.* 2007;48(4):191-5. ISSN: 1608-8115.
20. Bursell JDH, Warner JT. Interpretation of thyroid function in children. *Paediatr Int Child Health.* 2007;17(9):361-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paed.2007.06.010>
21. Brenta G, Vaisman M, Sgarbi JA, Bergoglio LM, Andrada NC, Bravo PP, et al.; Task Force on Hypothyroidism of the Latin American Thyroid Society (LATS). Clinical practice guidelines for the management of hypothyroidism. *Arq Bras Endocrinol Metabol.* 2013;57(4):265-91. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302013000400003>
22. Chacko E, Graber E, Regelman MO, Wallach E, Costin G, Rapaport R. Update on Turner and Noonan syndromes. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2012;41(4):713-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecl.2012.08.007>
23. Devernay M, Ecosse E, Coste J, Carel JC. Determinants of medical care for young women with Turner syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.* 2009;94(9):3408-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.1210/jc.2009-0495>
24. Dosi RV, Tandon N. A study on prevalence of thyroid auto-immunity in type 1 diabetes mellitus. *J Indian Med Assoc.* 2010;108(6):349-50.
25. Araujo J, Brandão LA, Guimarães RL, Santos S, Falcão EA, Milanese M, et al. Prevalence of autoimmune thyroid disease and thyroid dysfunction in young Brazilian patients with type 1 diabetes. *Pediatr Diabetes.* 2008;9(4 Pt 1):272-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1399-5448.2008.00394.x>
26. Kordonouri O, Maguire AM, Knip M, Schober E, Lorini R, Holl RW, et al. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2009 Compendium. Other complications and associated conditions with diabetes in children and adolescents. *Pediatr Diabetes* 2009;10 Suppl. 12:204-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1399-5448.2009.00577.x>
27. Silverstein J, Klingensmith G, Copeland K, Plotnick L, Kaufman F, Laffel L, et al.; American Diabetes Association. Care of children and adolescents with type 1 diabetes: a statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care.* 2005;28(1):186-212. DOI: <http://dx.doi.org/10.2337/diacare.28.1.186>
28. Kumar K, Kole AK, Karmakar PS, Ghosh A. The spectrum of thyroid disorders in systemic lupus erythematosus. *Rheumatol Int.* 2012;32(1):73-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00296-010-1556-5>
29. Harel L, Prais D, Uziel Y, Mukamel M, Hashkes P, Harel G, et al. Increased prevalence of antithyroid antibodies and subclinical hypothyroidism in children with juvenile idiopathic arthritis. *J Rheumatol.* 2006;33(1):164-6. ISSN: 0315-162X.
30. Stagi S, Giani T, Simonini G, Falcini F. Thyroid function, autoimmune thyroiditis and coeliac disease in juvenile idiopathic arthritis. *Rheumatology (Oxford).* 2005;44(4):517-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/keh531>
31. Pearce EN. Hypothyroidism and dyslipidemia: modern concepts and approaches. *Curr Cardiol Rep.* 2004;6(6):451-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11886-004-0054-3>
32. Catli G, Abaci A, Büyükgebiz A, Bober E. Subclinical hypothyroidism in childhood and adolescence. *J Pediatr Endocrinol Metab.* 2014;27(11-12):1049-57. DOI: <http://dx.doi.org/10.1515/jpem-2014-0089>
33. Tanis BC, Westendorp GJ, Smelt HM. Effect of thyroid substitution on hypercholesterolaemia in patients with subclinical hypothyroidism: a reanalysis of intervention studies. *Clin Endocrinol (Oxf).* 1996;44(6):643-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2265.1996.739560.x>
34. Ladenson PW, Singer PA, Ain KB, Bagchi N, Bigos ST, Levy EG, et al. American Thyroid Association guidelines for detection of thyroid dysfunction. *Arch Intern Med.* 2000;160(11):1573-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.160.11.1573>
35. Garber JR, Cobin RH, Gharib H, Hennessey JV, Klein I, Mechanick JI, et al.; American Association of Clinical Endocrinologists and American Thyroid Association Taskforce on Hypothyroidism in Adults. Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. *Endocr Pract.* 2012;18(6):988-1028. DOI: <http://dx.doi.org/10.4158/EP12280.GL>
36. Gawlik A, Such K, Dejner A, Zachurzok A, Antosz A, Malecka-Tendera E. Subclinical hypothyroidism in children and adolescents: is it clinically relevant? *Int J Endocrinol.* 2015;2015:691071. DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/691071>

Perfil de usuários com prescrição de omeprazol em uma Unidade Básica de Saúde do Sul do Brasil: considerações sobre seu uso racional

Use of omeprazole at a Basic Health Unit in southern Brazil: patient profile, indication, and duration of use

Perfil de usuario de recetas de omeprazol en una Unidad Básica de Salud en el sur de Brasil: impacto del tiempo de tratamiento y el uso racional de los medicamentos

Priscila Hipólito. Faculdade de Farmácia - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. priscilahipolito@yahoo.com.br

Bruno Simas da Rocha. Seção de Farmácia Clínica - Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Porto Alegre, RS, Brasil. bsrocha@hcpa.edu.br (*Autor correspondente*)

Francisco Jorge Arsego Quadros de Oliveira. Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. farsego@hcpa.edu.br

Resumo

Introdução: Os inibidores da bomba de prótons (IBPs) são uma das classes terapêuticas mais prescritas no mundo, sendo omeprazol o representante nas listas de medicamentos essenciais. Estudos indicam que o uso a curto prazo dos IBPs pode ser seguro, apesar de estar relacionado a efeitos adversos a longo prazo. **Objetivo:** Avaliar o perfil dos usuários com prescrição de omeprazol em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), relacionando com tempo de uso, dose e indicação. **Métodos:** Estudo transversal no qual foram avaliados os prontuários de usuários com prescrições de omeprazol atendidas no mês de maio de 2014 pela farmácia de uma UBS. **Resultados:** Foram incluídos no estudo 349 pacientes, sendo 75,4% do sexo feminino. A média de medicamentos prescritos por pacientes foi de 4,5 e a idade média de 64,6 anos. A dose de 20mg foi encontrada em 69,8% dos usuários, 84,3% tem prescrição mais de seis meses, e a doença do refluxo e a úlcera gástrica foram as indicações mais citadas; 29,5% dos pacientes não tinham registro de motivo de uso do omeprazol. **Conclusão:** O maior tempo de uso do omeprazol está associado com maior idade e número de medicamentos prescritos, podendo estes fatores estarem relacionados com o uso irracional de omeprazol, por vezes sem justificativa em prontuário e com tempo prolongado de uso.

Abstract

Introduction: Proton pump inhibitors (PPIs) are one of the most prescribed therapeutic classes worldwide. Omeprazole, a PPI, is included in the essential medicines list. Studies indicate that short-term use of PPIs can be safe, but that their long-term use is associated with adverse effects. **Objective:** To evaluate the profile of patients prescribed omeprazole at a Basic Health Unit (BHU) and to evaluate the duration of use, prescribed dose, and indication for use. **Methods:** This was a cross-sectional study. The medical records of patients prescribed omeprazole in May 2014 were identified by the pharmacy of the BHU, and were reviewed. **Results:** Of the 349 patients included, 75.4% were female patients and the average age was 64.6 years. The average number of drugs prescribed was 4.5 per patient. A dose of 20 mg was prescribed most frequently (69.8%), and 84.3% of patients had been prescribed omeprazole for more than six months. Gastro-esophageal reflux disease and gastric ulcers were the most cited indications for use. However, in 29.5% of the patients in the medical records examined, no indication for the use of omeprazole could be found. **Conclusion:** Older age and the number of prescription drugs were associated with increased omeprazole use. These factors can also be associated with irrational, and sometimes unjustified, use of omeprazole, and with its prolonged use.

Como citar: Hipólito P, Rocha BS, Oliveira FJAQ. Perfil de usuários com prescrição de omeprazol em uma Unidade Básica de Saúde do Sul do Brasil: considerações sobre seu uso racional. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-10. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1153](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1153)

Palavras-chave:

Omeprazol
Prescrições de Medicamentos
Unidade Básica de Saúde

Keywords:

Omeprazole
Drug Prescriptions
Health Centers

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
802.165 (HCPA/UFRGS),
aprovado em 17/09/2014.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.

Recebido em: 01/06/2015.
Aprovado em: 05/02/2016.

Resumen

Introducción: Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) son una de las clases terapéuticas más recetados en el mundo, y omeprazol es el representante frente a las listas de medicamentos esenciales. Los estudios indican que el uso em poco tiempo de los IBP puede ser seguro, aunque está relacionado con efectos adversos a largo plazo. **Objetivo:** Evaluar el perfil de los usuarios con las recetas de omeprazol en una Unidad Básica de Salud (UBS), evaluando la duración del uso, dosis e indicación. **Métodos:** Diseño transversal donde se evaluaron las historias clínicas de los usuarios con las recetas de omeprazol atendidas en mayo 2014 en la farmacia de UBS. **Resultados:** El estudio incluyó a 349 pacientes, el 75,4% eran mujeres. El número medio de fármacos prescritos para los pacientes fue de 4,5 y la edad promedio de 64,6 años. La dosis de 20 mg se encontró en el 69,8% de los usuarios, el 84,3% tiene receta para más de seis meses, y la enfermedad de reflujo y úlceras gástricas fueron las indicaciones más citadas; 29,5% de los pacientes no tenían registro de la razón para el uso de omeprazol. **Conclusión:** El tiempo de mayor uso de omeprazol se asocia con la edad avanzada y el número de medicamentos recetados, y estos factores están relacionados con el uso irracional de omeprazol, a veces sin justificación en los registros médicos y el uso a largo plazo.

Palabras clave:

Omeprazol
Prescripciones de Medicamentos
Centros de Salud

Introdução

Os inibidores da bomba de prótons (IBPs) são uma das classes terapêuticas mais prescritas no mundo, incluindo o uso a longo prazo, por possuir aspectos que integram alta eficácia com baixa toxicidade.¹ O modo de ação desta classe ocorre pela supressão da secreção de ácido gástrico por meio de inibição específica da enzima H⁺/K⁺-ATPase na superfície secretora da célula parietal gástrica, reduzindo em até 95% a produção diária de ácido gástrico.^{2,3} Entre os representantes desta classe, omeprazol é o mais prescrito,⁴ fazendo parte da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais do Brasil⁵ e da Organização Mundial da Saúde (OMS).⁶

Os IBPs são indicados para o tratamento da úlcera péptica associada à *Helicobacter pylori*, sintomas dispépticos relacionados com o uso contínuo de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) e ácido acetilsalicílico, dispepsia não associada à úlcera, doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) e esofagite de refluxo, além de participarem dos esquemas de erradicação de *Helicobacter pylori*.^{2,7,8} Para o tratamento da maioria dessas doenças, geralmente é necessário um curto tempo, normalmente semanas.^{2,3}

Alguns estudos indicam que o uso dos IBPs por longo período de tempo pode ser seguro, desde que haja acompanhamento médico.⁹ No entanto, outros estudos levantam questões sobre a segurança do uso contínuo de IBP no manejo de doença péptica relacionada à acidez gástrica, alertando para que a recomendação de uso seja mediante indicações precisas e períodos estabelecidos pelos prescritores.^{1,10}

O omeprazol inibe acima de 90% da secreção ácida de 24 horas na maioria dos pacientes, tornando muitos destes pacientes quase aclorídricos, permitindo a colonização da mucosa gástrica por bactérias capazes de reduzir nitrato a nitrito, o que aumenta a produção local de nitritos. Com isso, há uma clara associação entre carcinoma gástrico e acloridria no homem e, além disso, como muitos indivíduos tratados para úlcera apresentam também alterações pré-cancerosas no estômago, é recomendável prudência no uso clínico prolongado de medicamentos que causam hipocloridria ou acloridria.^{11,12}

Outros estudos associam o uso crônico de omeprazol com a má absorção do cálcio pelos ossos, podendo levar à osteoporose, e consequente aumento de fraturas ósseas.¹³ Estudos recentes também indicam que o consumo exagerado dos IBPs está diretamente ligado à deficiência do ferro e magnésio, minerais fundamentais ao metabolismo humano, que estão relacionados ao aumento da susceptibilidade à pneumonia e infecções entéricas.^{1,8,14}

Em outros países, como na Espanha, estudos avaliaram a adequação da prescrição de IBPs e mostraram que 63,6% das prescrições não apresentavam indicações que justificariam o uso desta classe de medicamentos.¹⁵ Um segundo estudo realizado no mesmo país avaliou a prevalência do uso de IBP em pacientes de um hospital, apontando que 77,6% das prescrições estavam não conformes.¹⁶

A prescrição de omeprazol fora das indicações estabelecidas em protocolos e diretrizes terapêuticas, como o Formulário Terapêutico Nacional, pode constituir uma não conformidade de prescrição e possível erro de medicação.¹⁷ A alegação mais frequente para uso de um IBP, no caso, omeprazol, seria para a prevenção de gastrite em pacientes com polifarmácia,^{7,17} que pode ser definida como o uso de múltiplos fármacos.¹⁸ Esta última indicação possui menor evidência de uso, podendo ser revista.¹⁹

Tendo em vista este panorama, o objetivo deste estudo foi avaliar o perfil dos usuários com prescrição de omeprazol na Atenção Básica, relacionando a indicação que justifique o uso deste medicamento, dose e tempo de uso do mesmo.

Métodos

Foi realizado um estudo transversal em que foram avaliados os pacientes com prescrições contendo o medicamento omeprazol, atendidos no mês de maio de 2014 pela farmácia de uma Unidade Básica de Saúde, provenientes dos prescritores desta mesma unidade. Esta UBS encontra-se numa região central do município, com cerca de 40 mil usuários adstritos e 32 mil cadastrados, com alta concentração de idosos com diversas comorbidades. Esta unidade foi escolhida para o estudo devido ao seu perfil e controle de fornecimento dos medicamentos de uso contínuo na farmácia.

Foram incluídos no estudo os usuários com prescrição de omeprazol atendidos na farmácia da UBS, desde que a receita fosse proveniente dos prescritores desta UBS, devido ao acesso dos prontuários de famílias dos mesmos. Foi escolhido aleatoriamente o mês de maio de 2014 para a coleta das receitas, tendo em vista que os medicamentos de uso contínuo são fornecidos a cada 30 dias. Foram excluídos usuários cujas receitas não foram fornecidas por médicos da UBS ou indivíduos que não possuem prontuário de família na unidade em questão.

Os dados foram coletados a partir dos prontuários destes pacientes e registrados em uma ficha de extração elaborada para este fim, contendo as seguintes variáveis: nome do paciente, número do prontuário individual, número do prontuário de família, idade, sexo, doença que justifique o uso de omeprazol, dose utilizada, tempo de uso, número de medicamentos utilizados, presença de comorbidades. Após o período de coleta, todas as informações foram digitadas em banco de dados no *Microsoft Excel 2007* e a análise dos dados foi feita através do pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* versão 16.0. O perfil dos usuários que utilizam omeprazol foi traçado com o uso de análise descritiva, com apresentação de médias e frequências para estes dados.

A associação entre as variáveis categóricas foi realizada com o uso do teste de qui-quadrado de Pearson, e as variáveis contínuas pelo Teste t de Student, ambos com significância de $\alpha=0,05$.

Este estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Porto Alegre, RS).

Resultados

Foram incluídos no estudo 349 pacientes, sendo 86 (24,6%) do sexo masculino e 263 (75,4%) do sexo feminino. A Figura 1 apresenta o fluxograma da população-alvo e seleção dos usuários para o estudo.

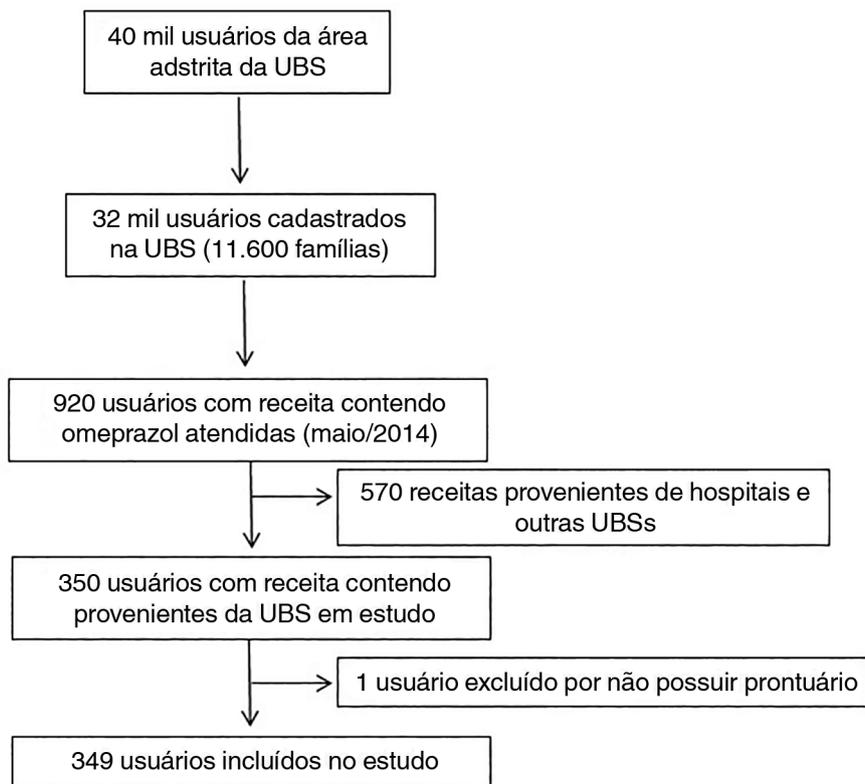


Figura 1. Fluxograma de seleção dos indivíduos para o estudo.

A Tabela 1 descreve a amostra conforme o sexo, com média de medicamentos em uso pelos pacientes de 4,5 medicamentos (DP=1,7 medicamentos) e a idade média foi de 64,6 anos (DP=15,1 anos). Os resultados desta tabela indicam que a média de medicamentos prescritos é maior no sexo feminino (4,67 medicamentos) do que no sexo masculino (4,02 medicamentos), sendo este dado estatisticamente significativo ($p=0,002$).

Com relação às indicações de uso, a doença do refluxo (28,4%) e a úlcera gástrica (14%) foram as mais descritas nos prontuários para tratamento com o omeprazol. Outras indicações podem ser inferidas com base nos registros de sintomas relatados pelos pacientes em prontuário (azia, dispepsia, dor no estômago). Não foi encontrada informação de indicações explícitas para a prescrição de omeprazol no prontuário de 26,9% dos usuários. Aqueles que utilizam o omeprazol com prescrição médica sem nenhuma indicação descrita em prontuário representam 29,5% dos pacientes em estudo. Dos 349 usuários com omeprazol prescrito, 35,8% possuem prescrição de ácido acetilsalicílico para prevenção de eventos cardiovasculares e 2,9% possuem prescrição concomitante de anti-inflamatório não esteroide.

A Tabela 2 apresenta a amostra conforme a dose diária de omeprazol utilizada (20mg ou dose acima de 20mg).

Tabela 1. Descrição da amostra conforme o sexo.

Variável	Total n (%) ou média (DP)	Masculino n (%) ou média (DP)	Feminino n (%) ou média (DP)	p
Média de idade	64,6 (15,1)	63,3 (16,3)	65 (14,7)	0,369
Média de medicamentos	4,5 (1,7)	4,02 (1,9)	4,67 (1,6)	0,002*
Faixa etária				0,501
0 a 10 anos	1 (0,3%)	0	1 (0,4%)	
11 a 20 anos	3 (0,9%)	1 (1,2%)	2 (0,8%)	
21 a 30 anos	8 (2,3%)	2 (2,3%)	6 (2,3%)	
31 a 40 anos	18 (5,2%)	8 (9,3%)	10 (3,8%)	
41 a 50 anos	24 (6,9%)	6 (7,0%)	18 (6,8%)	
51 a 60 anos	66 (18,9%)	13 (15,1%)	53 (20,2%)	
61 a 70 anos	104 (29,8%)	29 (33,7%)	75 (28,5%)	
71 anos ou mais	125 (35,8%)	27 (31,4%)	98 (37,3%)	
Justificativa em prontuário	246 (70,5%)	57 (66,3%)	189 (71,9%)	0,495
Indicação de uso				0,645
Doença do refluxo	99 (28,4%)	19 (22,1%)	80 (30,4%)	
Úlcera gástrica	49 (14,0%)	15 (17,4%)	34 (12,9%)	
Esofagite erosiva	2 (0,6%)	0	2 (0,8%)	
Úlcera duodenal	1 (0,3%)	0	1 (0,4%)	
Doença por <i>Helicobacter pylori</i>	1 (0,3%)	0	1 (0,4%)	
Outras indicações**	94 (26,9%)	24 (27,9%)	70 (26,6%)	
Sem justificativa	103 (29,5%)	28 (32,6%)	75 (28,5%)	
Dose utilizada				0,788
20mg	243 (69,8%)	57 (66,3%)	186 (71,0%)	
40mg	91 (26,1%)	26 (30,2%)	65 (24,8%)	
60mg	10 (2,9%)	2 (2,3%)	8 (3,1%)	
80mg	4 (1,1%)	1 (1,1%)	3 (1,1%)	
Tempo de uso de omeprazol				0,726
0 a 30 dias	23 (6,6%)	7 (8,1%)	16 (6,1%)	
30 a 90 dias	17 (4,9%)	5 (5,8%)	12 (4,6%)	
3 a 6 meses	7 (2,0%)	1 (1,2%)	6 (2,3%)	
6 meses a um ano	46 (13,2%)	13 (15,1%)	33 (12,5%)	
1 a 2 anos	40 (11,5%)	6 (7,0%)	34 (12,9%)	
2 a 5 anos	93 (26,6%)	25 (29,1%)	68 (25,9%)	
5 anos ou mais	90 (25,8%)	19 (22,1%)	71 (27,0%)	
Sem descrição no prontuário	32 (9,2%)	10 (11,6%)	22 (8,4%)	

* $p < 0,05$ para o teste de qui-quadrado de Pearson para variáveis categóricas ou teste *t* de Student para variáveis contínuas. ** Outras indicações, como registros de sintomas relacionados à necessidade de prescrição de omeprazol.

Conforme apresentado na Tabela 2, há diferença estatisticamente significativa entre os pacientes que têm justificativa médica para o uso de omeprazol ($p=0,007$), em que um número maior de pacientes com dose superior a 20mg possui justificativa em prontuário.

A Tabela 3 apresenta a descrição da amostra conforme o tempo de uso de omeprazol. Entre os usuários com descrição de tempo de uso de omeprazol, 84,3% usam há mais de seis meses. A média de idade dos pacientes que utilizam omeprazol há mais de seis meses foi de 66,3 anos, e dos pacientes que

Tabela 2. Descrição da amostra conforme a dose diária de omeprazol utilizada (20mg ou mais).

Variável	Total n (%) ou média (DP)	Dose 20mg n (%) ou média (DP)	Dose acima 20mg n (%) ou média (DP)	P
Média de medicamentos	4,5 (1,7)	4,6 (1,7)	4,38 (1,7)	0,349
Média de idade	64,6 (15,1)	64,9 (15,1)	63,6 (15,0)	0,480
Justificativa em prontuário	246 (70,5%)	161 (66,3%)	85 (81,0%)	0,007*
Indicação de uso				0,007*
Doença do refluxo	99 (28,4%)	55 (22,6%)	44 (41,9%)	
Úlcera gástrica	49 (14,0%)	32 (13,2%)	17 (16,2%)	
Esofagite erosiva	2 (0,6%)	2 (0,8%)	0	
Úlcera duodenal	1 (0,3%)	1 (0,4%)	0	
Doença por <i>Helicobacter pylori</i>	1 (0,3%)	1 (0,4%)	0	
Outras indicações**	94 (26,9%)	70 (28,8%)	23 (21,9%)	
Sem justificativa	103 (29,5%)	82 (33,7%)	21 (20,0%)	
Tempo de uso do omeprazol				0,660
0 a 30 dias	23 (6,6%)	18 (7,4%)	5 (4,8%)	
30 a 90 dias	17 (4,9%)	10 (4,1%)	6 (5,7%)	
3 a 6 meses	7 (2,0%)	5 (2,1%)	2 (1,9%)	
6 meses a um ano	46 (13,2%)	33 (13,6%)	13 (12,4%)	
1 a 2 anos	40 (11,5%)	27 (11,1%)	13 (12,4%)	
2 a 5 anos	93 (26,6%)	62 (25,5%)	31 (29,5%)	
5 anos ou mais	90 (25,8%)	60 (24,7%)	30 (28,6%)	
Sem descrição no prontuário	32 (9,2%)	27 (11,1%)	5 (4,8%)	
Faixa etária				0,613
0 a 10 anos	1 (0,3%)	1 (0,4%)	0	
11 a 20 anos	3 (0,9%)	1 (0,4%)	2 (1,9%)	
21 a 30 anos	8 (2,3%)	7 (2,9%)	1 (1,0%)	
31 a 40 anos	18 (5,2%)	11 (4,5%)	1 (1,0%)	
41 a 50 anos	24 (6,9%)	17 (7,0%)	7 (6,7%)	
51 a 60 anos	66 (18,9%)	43 (17,7%)	23 (21,9%)	
61 a 70 anos	104 (29,8%)	76 (31,3%)	28 (26,7%)	
71 anos ou mais	125 (35,8%)	87 (37,5%)	37 (35,2%)	

* p<0,05 para o teste de qui-quadrado de Pearson para variáveis categóricas ou teste t de Student para variáveis contínuas. ** Outras indicações, como registros de sintomas relacionados à necessidade de prescrição de omeprazol.

utilizam este medicamento há seis meses ou menos foi de 59,3 anos, sendo esta diferença estatisticamente significativas (p=0,003).

Observando-se os dados da tabela, é possível inferir que o tempo de uso do omeprazol aumenta proporcionalmente com a faixa etária. Além da média de idade, outra variável que teve diferença estatisticamente significativa foi a média de medicamentos, maior para aqueles pacientes que usam o omeprazol por mais de seis meses (4,8 medicamentos), comparado com os que utilizam omeprazol por menos tempo (3,8 medicamentos). Com relação às indicações de uso, houve diferença significativa para as indicações relacionadas com o tempo de uso.

Tabela 3. Descrição da amostra conforme tempo de uso de omeprazol (até seis meses ou mais de seis meses).

Variável	Total n (%) ou média (DP)	Até 6 meses n (%) ou média (DP)	Mais de 6 meses n (%) ou média (DP)	P
Média de idade	64,6 (15,1)	59,3 (3,8)	66,3 (13,3)	0,003*
Média de medicamentos	4,5 (1,7)	3,8 (1,8)	4,8 (1,5)	<0,0001*
Faixa etária				<0,0001*
0 a 10 anos	1 (0,3%)	0	1 (0,4%)	
11 a 20 anos	3 (0,9%)	3 (6,3%)	0	
21 a 30 anos	5 (1,6%)	2 (4,2%)	3 (1,1%)	
31 a 40 anos	17 (5,4%)	7 (14,6%)	10 (3,7%)	
41 a 50 anos	17 (5,4%)	3 (6,3%)	14 (5,2%)	
51 a 60 anos	60 (18,9%)	6 (12,5%)	54 (20,1%)	
61 a 70 anos	96 (30,3%)	14 (29,2%)	82 (30,5%)	
71 anos ou mais	118 (37,2%)	13 (27,1%)	105 (39,0%)	
Indicação de uso				<0,0001*
Doença do refluxo	98 (30,9%)	6 (12,5%)	92 (34,2%)	
Úlcera gástrica	48 (15,1%)	3 (6,3%)	45 (16,7%)	
Esofagite erosiva	2 (0,6%)	0	2 (0,7%)	
Úlcera duodenal	1 (0,3%)	0	1 (0,4%)	
Doença por <i>Helicobacter pylori</i>	1 (0,3%)	1 (2,1%)	0	
Outras indicações**	91 (28,7%)	26 (54,2%)	65 (24,2%)	
Sem justificativa	76 (24,0%)	12 (25,0%)	64 (23,8%)	

* $p < 0,05$ para o teste de qui-quadrado de Pearson para variáveis categóricas ou teste *t* de Student para variáveis contínuas. ** Outras indicações, como registros de sintomas relacionados à necessidade de prescrição de omeprazol.

Discussão

Os dados apresentados no presente estudo indicam que houve maior prevalência de uso do omeprazol no sexo feminino, resultado que se repete em outros estudos relacionados ao tema.²⁰ A média de medicamentos em uso foi de 4,5 por usuário, sendo maior em mulheres do que em homens. Quanto à idade, a média ficou em torno de 64 anos. Vários fatores colaboram para a alta prevalência de idosos entre os pacientes analisados, como o aumento da expectativa de vida e o aumento da utilização de serviços de saúde.

A média de idade e de medicamentos em uso por esses pacientes indicam que a polifarmácia aumenta com a progressão da idade, o que pode ser explicado por vários fatores, entre eles o aumento da morbidade.²¹ Em muitos prontuários de idosos pôde ser verificado que não havia justificativa para a prescrição de omeprazol e, na maioria das vezes, por tempo prolongado. Desta forma, é possível inferir que alguns medicamentos podem ser indicados para os idosos sem haver clara correspondência entre a doença e a ação farmacológica, levando a um uso irracional de medicamentos nesta população.²⁰

Com relação às doses utilizadas, foi possível observar que a maior parte dos pacientes que utilizam uma dose maior do que 20mg ao dia, dose diária recomendada para a maioria das indicações (úlcera duodenal ativa, doença do refluxo, tratamento de úlcera induzida por AINE)³, tem uma justificativa de uso no prontuário médico. Quanto a altas doses, os resultados do estudo apresentam maior prevalência no tratamento da doença do refluxo entre esses pacientes.

A doença do refluxo foi a justificativa de uso mais descrita nos prontuários, com maior prevalência no sexo feminino, sendo esse resultado compatível com outro estudo realizado na Espanha.²² Em outros estudos publicados, além de indicarem que as mulheres são as mais atingidas por essa doença, os resultados dos mesmos apontam que isto pode estar relacionado ao sobrepeso, consumo excessivo de alimentos gordurosos, tabagismo e ao estresse.²³

Com relação ao tempo de tratamento da DRGE, as análises realizadas mostram que a maioria dos usuários fazem tratamento com o omeprazol há mais de um ano. No entanto, o protocolo de tratamento para a doença do refluxo indica que o tempo ideal da terapêutica seria de 4 a 8 semanas. No caso de pacientes que não apresentem resposta totalmente satisfatória ao tratamento com IBP por 8 semanas, é possível ter a terapia prolongada por mais 4 semanas, antes de se determinar um insucesso terapêutico. Além disso, doses de manutenção com doses decrescentes até a mínima dose eficaz para manter o paciente assintomático e medidas comportamentais também são indicadas.²

A segunda indicação de uso de omeprazol mais prevalente foi a úlcera gástrica. A dose de omeprazol utilizada no tratamento da úlcera gástrica foi de 20mg ao dia para a maioria dos pacientes; no entanto, o tempo de tratamento, assim como na DRGE, foi prolongado, sendo que a maioria dos pacientes utilizavam omeprazol há mais de um ano.

O tempo de uso do omeprazol nos pacientes deste estudo foi prolongado, não apenas no tratamento da úlcera gástrica ou da DRGE, mas na população total estudada. Do total dos pacientes, 26,6% utilizam o omeprazol há 2-5 anos e 25,8% por mais de 5 anos.

Com relação às demais indicações de uso que foram citadas nos prontuários, como azia e dispepsia, e que representaram 26,9% das justificativas do uso do omeprazol, também apresentaram um tratamento prolongado. Isso pode indicar o uso deliberado desse medicamento sem investigação da causa primária que provoca os sintomas que o usuário refere ao médico.

A dispepsia, por exemplo, um dos sintomas de constante reclamação por parte dos pacientes, é a manifestação de diferentes doenças, entre elas, a DRGE, úlcera péptica gastroduodenal e dispepsia funcional, que devem ser diagnosticadas corretamente (ou tratadas com omeprazol usado como teste terapêutico), seguindo o correto protocolo de tratamento.²⁴

Algumas características deste fármaco que podem colaborar para sua prescrição indiscriminada são sua alta eficiência e baixa toxicidade. No entanto, estudos alertam sobre os riscos relacionados ao uso prolongado de IBP, que envolvem riscos à saúde e à qualidade de vida dos usuários. Os profissionais prescritores devem considerar o risco-benefício quando necessário o uso prolongado destes medicamentos, assim como os demais profissionais da saúde devem estar atentos a sinais e sintomas relacionados aos efeitos adversos do uso prolongado dos IBP. Desta forma, ressalta-se a importância da atuação dos profissionais de saúde na promoção do uso racional de medicamentos e na oferta de informações à população sobre os riscos relacionados ao uso de IBP, principalmente de omeprazol, pela sua facilidade de acesso.^{1,10}

A interrupção do tratamento de longo prazo com omeprazol deve ser considerada com atenção. Revisão sistemática avaliando estratégias para o término de tratamentos com IBP verificou que a interrupção do uso do mesmo é viável desde que com acompanhamento médico, em que aqueles pacientes que utilizam omeprazol sem uma indicação clara podem reduzir ou interromper o tratamento com segurança.²⁴

O estudo apresentado possui algumas limitações, entre elas, a restrição das receitas médicas avaliadas. Foram incluídas apenas as receitas provenientes de médicos da UBS em questão. Desta forma, pacientes da área adstrita desta UBS, mas que consultaram em outros serviços de saúde foram excluídos. Isso foi feito para assegurar que a prescrição do omeprazol estaria registrada no prontuário médico do paciente e, da mesma forma, a justificativa para essa prescrição.

Outra limitação deve-se ao fato de que as informações foram coletadas a partir dos prontuários, levando, muitas vezes, a informações incompletas. Em alguns casos, os pacientes haviam se cadastrado há pouco tempo na UBS, havendo poucas informações sobre as patologias, medicamentos em uso e sobre o histórico clínico desses pacientes. Por se tratar de um estudo utilizando dados de prontuário, não foi possível avaliar a percepção, bem como o papel do usuário e dos demais membros da equipe de saúde quanto ao uso racional de omeprazol.

Conclusão

Este estudo avaliou o perfil dos usuários de omeprazol, obtendo resultados em que foi possível observar a associação entre o maior tempo de uso deste fármaco com o maior número de medicamentos prescritos, indicação registrada em prontuário e idade elevada.

Embora mais estudos sejam necessários para elucidar as hipóteses mencionadas no presente trabalho, os resultados apontam para a necessidade do desenvolvimento de novos programas de ação para o uso racional de medicamentos, com foco na prescrição e uso adequado pelos usuários. Para isso, campanhas de caráter educativo, buscando a participação das entidades representativas dos profissionais de saúde, devem ser estimuladas pelos gestores do SUS. Deve ser dada atenção especial aos idosos nestes programas, tendo em vista que foram a população mais prevalente neste estudo, além de estar em crescimento no Brasil.

Referências

1. Chen J, Yuan YC, Leontiadis GI, Howden CW. Recent safety concerns with proton pump inhibitors. *J Clin Gastroenterol*. 2012;46(2):93-114. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/MCG.0b013e3182333820>
2. Micromedex® Truven Health Analytics. V.2.0. DRUGDEX System. The Healthcare Business of Thomson Reuters, 2015. [acesso 8 Ago 2015]. Disponível em: <http://www.micromedexsolutions.com/home/dispatch>
3. Wolters Kluwer. Omeprazole: Drug Information. In: Up To Date. [acesso 10 Ago 2015]. Disponível em: http://www.uptodate.com/contents/omeprazoledruginformation?source=search_result&search=omeprazole&selectedTitle=1%7E150
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Uso Racional de Medicamentos: temas selecionados. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2014. 9a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
6. World Health Organization. WHO Model List of Essential Medicines. [acesso 4 Ago 2015]. Disponível em: http://www.who.int/selection_medicines/list/en/
7. Hoefler R, Leite BF. Segurança do uso contínuo de inibidores da bomba de prótons. *Farmacoterapêutica*. 2009;14(1-2):1-3.
8. Lima APV, Neto Filho MA. Efeitos em longo prazo de inibidores da bomba de prótons. *Braz. J Surg Clin Res*. 2013;5(3):45-9.
9. Caricol FC. Seguridad del omeprazol: ¿es adecuada la duración de los tratamientos? *Farm Comunitarios*. 2015;7(1):5-9.

10. Wilhelm SM, Rjater RG, Kale-Pradhan PB. Perils and pitfalls of long-term effects of proton pump inhibitors. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2013;6(4):443-51. DOI: <http://dx.doi.org/10.1586/17512433.2013.811206>
11. García Rodríguez LA, Ruigómez A, Panés J. Use of acid-suppressing drugs and the risk of bacterial gastroenteritis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2007;5(12):1418-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2007.09.010>
12. Souza IKF, Silva AL, Araújo Júnior A, Santos FCB, Mendonça BPCK. Análise qualitativa das alterações anatomopatológicas na mucosa gástrica decorrentes da terapêutica prolongada com inibidores da bomba de prótons: estudos experimentais x estudos clínicos. *Arq Bras Cir Dig*. 2013;26(4):328-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202013000400015>
13. Yanagihara GR, de Paiva AG, Neto MP, Torres LH, Shimano AC, Louzada MJ, et al. Effects of long-term administration of omeprazole on bone mineral density and the mechanical properties of the bone. *Rev Bras Ortop*. 2015;50(2):232-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbo.2014.05.012>
14. Menegassi VS, Czezczko LEA, Czekzo LSG, Ioshi SO, Pisani JC, Ramos Junior O. Prevalência de alterações proliferativas gástricas em pacientes com uso crônico de inibidores de bomba de prótons. *Arq Bras Cir Dig*. 2010;23(3):145-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202010000300003>
15. Ameijeiras AH, González BC, Zúñiga VL. Prevalencia de prescripción-indicación de protectores gástricos en pacientes hospitalizados. *Gac Sanit*. 2007;21(5):412-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1157/13110449>
16. Palazón EM, Moreno CB. Inibidores de la bomba de protones, ¿la protección mal entendida? *FMC Form Med Contin Aten Prim*. 2011;18(5):243-5.
17. Centro de Informação sobre Medicamentos. Uso Racional de omeprazol. Alerta terapêutico – Junho 2009. [acesso 10 Ago 2015]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/assistenciafarmaceutica/omeprazol.pdf>
18. Patterson SM, Cadogan CA, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC, Ryan C. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;10:CD008165.
19. Schroeter G, Chaves LL, Engroff P, Faggiani FT, DE Carli GA, Morrone FB. Estudo de utilização de anti-ulcerosos na população Idosa de Porto Alegre, RS, Brasil. *Rev HCPA*. 2008;28(2):89-95.
20. López-Dóriga Bonnardeaux P, Neira Álvarez M, Mansilla Laguía S. Inibidores de la bomba de protones: estudio de prescripción en una Unidad de Recuperación Funcional. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2013;48(6):269-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2013.07.004>
21. Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):717-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300004>
22. Moraes-Filho JP, Chinzon D, Eisig JN, Hashimoto CL, Zaterka S. Prevalence of heartburn and gastroesophageal reflux disease in the urban Brazilian population. *Arq Gastroenterol*. 2005;42(2):122-7. PMID: 16127569 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-28032005000200011>
23. Chang P, Friedenberg F. Obesity and GERD. *Gastroenterol Clin North Am*. 2014;43(1):161-73. PMID: 24503366 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gtc.2013.11.009>
24. Haastrup P, Paulsen MS, Begtrup LM, Hansen JM, Jarbøl DE. Strategies for discontinuation of proton pump inhibitors: a systematic review. *Fam Pract*. 2014;31(6):625-30. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmu050>

Worldwide Usage of International Classification of Primary Care

Utilização da Classificação Internacional em Atenção Primária no mundo

El uso de la Clasificación Internacional de la Atención Primaria en el mundo

Nuno Basílio. Unidade de Saúde Familiar (USF) Carcavelos, Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Cascais. Cascais, Distrito de Lisboa, Portugal. nunomdbasilio@gmail.com (*Autor correspondente*)

Carla Ramos. Unidade de Saúde Familiar (USF) S. Julião, Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Lisboa Ocidental e Oeiras. Oeiras, Portugal. carlasof.ramos@gmail.com

Sofia Figueira. Unidade de Saúde Familiar (USF) S. Julião, Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Lisboa Ocidental e Oeiras. Oeiras, Portugal. anasofiafigueira@gmail.com

Daniel Pinto. Unidade de Saúde Familiar (USF) S. Julião, Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Lisboa Ocidental e Oeiras; Departamento de Medicina Geral e Familiar na NOVA Medical School, Universidade Nova de Lisboa. Oeiras, Portugal. danieljllpinto@gmail.com

Abstract

Objectives: To describe the worldwide use of the International Classification of Primary Care (ICPC) and other classifications in primary care settings and to identify details of ICPC use in each country. **Methods:** A research survey with a questionnaire requiring self-completion was emailed to members of the WONCA International Classification Committee (WICC) and family physicians (FP) from each country recognized by the United Nations (UN). **Results:** We obtained the e-mail addresses of representatives from 109 countries and received 61 responses (out of 259 requests sent) to the questionnaire from 52 different countries; 30 were obtained from Europe, 8 from Asia, 7 from America, 6 from Africa, and 1 from Oceania. In 34 countries (17%), a version of ICPC was available in a national language. ICPC was used in primary care setting in 27 countries (14%), but it was a mandatory standard in only 6 (3%). Assessment of the topics accounted for in the clinical records showed that 10 countries used ICPC to classify the patient's reasons for encounter and diagnosis, while just 5 countries used ICPC to classify the patient's reasons for encounter, diagnosis, and processes of care. Of the 24 countries responding that the use of ICPC for clinical records was not promoted in primary care, 19 used the 10th edition of the International Classification of Diseases (ICD), 3 used other classifications, and 2 did not use any classification. **Conclusions:** Although the response rate to the questionnaire was low, we concluded that ICPC use is not widespread globally. Even for those countries reporting the use of ICPC in primary care, it is usually not a mandatory standard.

Keywords:

International Classification of Primary Care
Primary Health Care
Health Classifications
International Classification of Diseases
Medical Records

Como citar: Basílio N, Ramos C, Figueira S, Pinto D. Worldwide Usage of International Classification of Primary Care use. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-9. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1225](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1225)

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: 13/10/2015.
Aprovado em: 26/01/2016.

Resumo

Objetivo: Caracterizar a utilização mundial da Classificação Internacional em Atenção Primária (CIAP) e outras classificações de saúde ao nível da Atenção Primária à Saúde (APS) e identificar especificidades de utilização em cada país. **Métodos:** Questionário de autopreenchimento enviado a membros do Comitê Internacional de Classificações da WONCA (WICC) e médicos de família de cada um dos países reconhecidos como tal pela Organização das Nações Unidas (ONU). **Resultados:** Obtiveram-se contatos de e-mail de representantes de 109 países e foram recebidas 61 respostas (de 259 pedidos de colaboração enviados) de 52 diferentes países: 30 da Europa, 8 da Ásia, 7 da América, 6 de África e um da Oceania. Em 34 países (17%), há uma versão da CIAP disponível na língua nacional. A CIAP é usada na APS em 27 países (14%), mas é obrigatória em apenas 6 (3%). Em relação aos tópicos contabilizados nos registos clínicos, 10 países usam-na para classificar unicamente motivos de consulta e problemas e apenas 5 usam CIAP para classificar motivos de consulta, problemas e procedimentos. Em relação aos 24 países que responderam não utilizar a CIAP ao nível da APS, 19 países utilizam a Classificação Internacional de Doenças (CID) 10ª edição, 3 referem utilizar outras classificações e 2 países não utilizam qualquer classificação. **Conclusões:** Embora a taxa de resposta ao questionário tenha sido baixa, podemos inferir que a utilização da CIAP a nível mundial não é generalizada. Mesmo considerando os países que aplicam a CIAP na APS, a maioria não o faz de forma obrigatória.

Palavras-chave:

Classificação Internacional de Atenção Primária
Atenção Primária à Saúde
Classificações de Saúde
Classificação Internacional de Doenças
Registros Médicos

Resumen

Objetivos: Caracterizar la utilización mundial de la Clasificación Internacional en Atención Primaria (CIAP) y otras clasificaciones al nivel de la atención primaria de salud (APS) e identificar características específicas de uso en cada país. **Métodos:** Cuestionario de auto-realización enviado a los miembros de la Comité Internacional de Clasificaciones de la WONCA (WICC) y a los médicos de familia de cada uno de los países reconocidos por la Organización de las Naciones Unidas (ONU). **Resultados:** Fueran obtenidos los contactos por correo electrónico de los representantes de 109 países y se recibió 61 respuestas al cuestionario (de 259 solicitudes enviadas) de 52 países distintos: 30 de Europa, 8 de Asia, 1 de Oceanía, 6 de África 7 de América. En 34 países (17%) hay una versión de la CIAP que está disponible en un idioma nacional. CIAP se maneja en la atención primaria en 27 países (14%), pero es obligatoria en solamente 6 (3%). En relación a los tópicos contabilizados en los registros clínicos, 10 países utilizan la CIAP para clasificar solamente los motivos de consulta y el diagnóstico, mientras 5 la utilizan para clasificar motivos de consulta, diagnóstico y procedimientos. Cuanto a los 24 países que respondieron no utilizar la CIAP en la APS, 19 países dijeron utilizar la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) 10ª edición, de las restantes 3 usaban otras clasificaciones y 2 ninguna clasificación. **Conclusiones:** Aunque la tasa de respuesta al cuestionario tenga sido baja, podemos concluir que el uso de la CIAP a nivel mundial no es generalizado. Incluso considerando los países que utilizan CIAP en atención primaria, en su mayoría no lo hacen de forma obligatoria.

Palabras clave:

Clasificación Internacional de la Atención Primaria
Atención Primaria de Salud
Clasificaciones de Salud
Clasificación Internacional de Enfermedades
Registros Médicos

Introduction

Clinical records are essential components of health and clinical governance. The quality of information that can be generated (epidemiological data) depends on correct and widespread use of clinical coding.^{1,2}

Until the mid-1970s, countries with primary care mostly classified morbidity data according to the International Classification of Diseases (ICD), which decreased the ability to classify many symptoms and non-disease-related conditions. Recognition that the existing classification systems did not respond to the needs of primary care led to the development of the International Classification of Health Problems in Primary Care, Reason for Encounter, and International Classification of Health Process in Primary Care. These three classifications were then consolidated in the International Classification of Primary Care (ICPC), published in 1987 by WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians). WONCA still retains the copyright to ICPC.¹

Following this publication, health professionals were provided for the first time with the means to gather three important elements under the same classification, these being: reasons for encounter (RFE), diagnoses (D), and processes of care (PC). This allowed practitioners to record all important steps of patient primary care.^{1,3}

ICPC has gradually received worldwide recognition as an appropriate classification for family medicine and primary care, and has been intensively used in some parts of the world. It has been translated into 19 languages, and published as a book in some of these, thus allowing professionals to use a common international language. ICPC's second edition was later developed in order to achieve two main goals: to establish a connection with ICD-10, published by the WHO (World Health Organization) in 1992, and to add criteria for inclusion and cross-references for most of the items. There is a forthcoming edition (ICPC-3), which preserves the previous classification's basic structure and also includes improvements regarding the accuracy of definitions.^{1,4}

Information on the use of clinical classifications around the world, including ICPC, has not been systematically updated over past years. The last survey concerning ICPC use around the world was a brief report about ICPC-2 published in 2003, with no described methodology, and involving only 21 countries.⁵ Since then, many changes have occurred in primary health care worldwide, including modifications aiming at improving postgraduate training and research in a community setting.⁶ Additionally, healthcare classifications are constantly evolving and being upgraded to meet the specific requirements of primary care clinical practice. Despite this worldwide effort, the practice of family medicine is not yet well established or standardized, especially in many developing countries.⁷

Considering these facts, the aim of this study was to provide an update regarding the current use of ICPC. This study aimed to describe the worldwide use of ICPC and other classifications in primary care settings and to identify details of ICPC use in each UN country.

Methods

Selection of study subjects

The study methodology was designed to gather a sample of participants that included at least one subject from each of the 193 countries listed on the UN website.⁸ In order to minimize errors, the authors preferably selected participants that were members of the WICC⁹ or representatives/members of a national primary care organization. Email addresses of potential participants were collected by consulting these organization's websites¹⁰ or were personally gathered during the 19th WONCA Europe Conference held in Lisbon. Some additional contacts were kindly provided by participants who had already answered the study questionnaire. In total, valid email addresses for 259 eligible participants from 109 countries were collected.

Data collection and analysis

A questionnaire designed for self-completion was developed by the authors and was reviewed by a number of experts in order to assure its validity. The finalized questionnaire was then sent via email to all the selected participants. The questionnaire included nine different questions (eight multiple choice questions and one open response question). The participants were asked to indicate their country and region of work, and were also invited (in an optional field) to share their names and personal contact details in order to be provided with the study results.

A list of the questions included in the questionnaire and the closed-set answers available for each question are presented, in the order of presentation, in Table 1.

Table 1. Questionnaire for the assessment of the International Classification of Primary Care worldwide.

Questions	Answers available
1. Is there a version of ICPC available in your country's language?	Yes/No/I don't know
1.1. If your answer was yes, is the version used in conformity with linguistic specifications of your country? E.g. consider the difference between American English/British English/Australian English	Yes/No
2. Are there any organizations/institutions in your country that own the ICPC official license?	Yes/No/I don't know
3. Is ICPC usually used in primary care in your country/region?	Yes/No
3.1. If your answer was yes, how do you apply the classification?	For encounters/For episodes/Both
3.2. Which of the following topics are accounted for in clinical records?	Reasons for encounter/diagnosis/processes of care Official classification/Generally used by family physicians but not mandatory/Some family physicians/Electronic health records/Researchers and academics only
3.3. How widespread is ICPC use?	ICD-10/ICD-10-CM/ICD-9/ICD-9-CM/read codes/other classification/no classification
4. If ICPC is not the classification adopted for clinical records in your country, which of the following is used?	

For questions "3.2" and "4" the participants were able to select multiple answers.

The questionnaire also included an open response question, which intended to collect the participants' personal opinion on the use of ICPC in their country.

After sending the questionnaire to all e-mail contacts, all responses were collated in a single database. There were nine cases where more than one email answer was received from each included country, and in these cases, the responses were reviewed and compared by two authors. Where data was reported differently by the two submissions, the response utilized for the study results was that obtained from the higher-level graduate doctor and/or member of WICC. Subsequent analysis of results was performed using Microsoft Excel™.

Informed consent: A brief summary of the research significance was included at the beginning of the questionnaire. Confidentiality, voluntary participation, and access to final results were guaranteed. Ethics Committee approval was not required for this study as it was an audit/survey recruiting health professionals only, and there was no collection of demographic or clinical data that might pose a risk to confidentiality or health.

Results

A total of 61 answers from 52 different countries were obtained, 2 of which were excluded because of multiple responses from the same participant. The 59 eligible responses were provided by 22 WICC members, 16 family doctors, 12 representatives of a national primary healthcare organization, and 9 academic researchers. In total, the answers were obtained from 27% of UN listed countries; 30 from Europe, 8 from Asia, 7 from America, 6 from Africa, and 1 from Oceania. Owing to the low response rate, results are presented as a proportion relative to the number of countries that responded (52) and in relation to the total number of UN-listed countries (193).

In 34 countries (65%/18%), a version of ICPC was available in a national language (Table 2).

Table 2. International Classification of Primary Care distribution, version, and funding.

Questions	Yes	No	I don't know
1. Is there a version of ICPC available in your country's language?	34/52	17/52	1/52
1.1 If your answer was YES, is the version used in conformity with your country's linguistic specifications?	27/52	7/52	NA
2. Are there any organizations/institutions in your country that own the ICPC official license?	16/52	25/52	11/52

NA: Not applicable.

ICPC was used in primary care in 27 countries (52%/14%), but was reported as a mandatory standard in only 6 (12%/3%) (Figure 1).

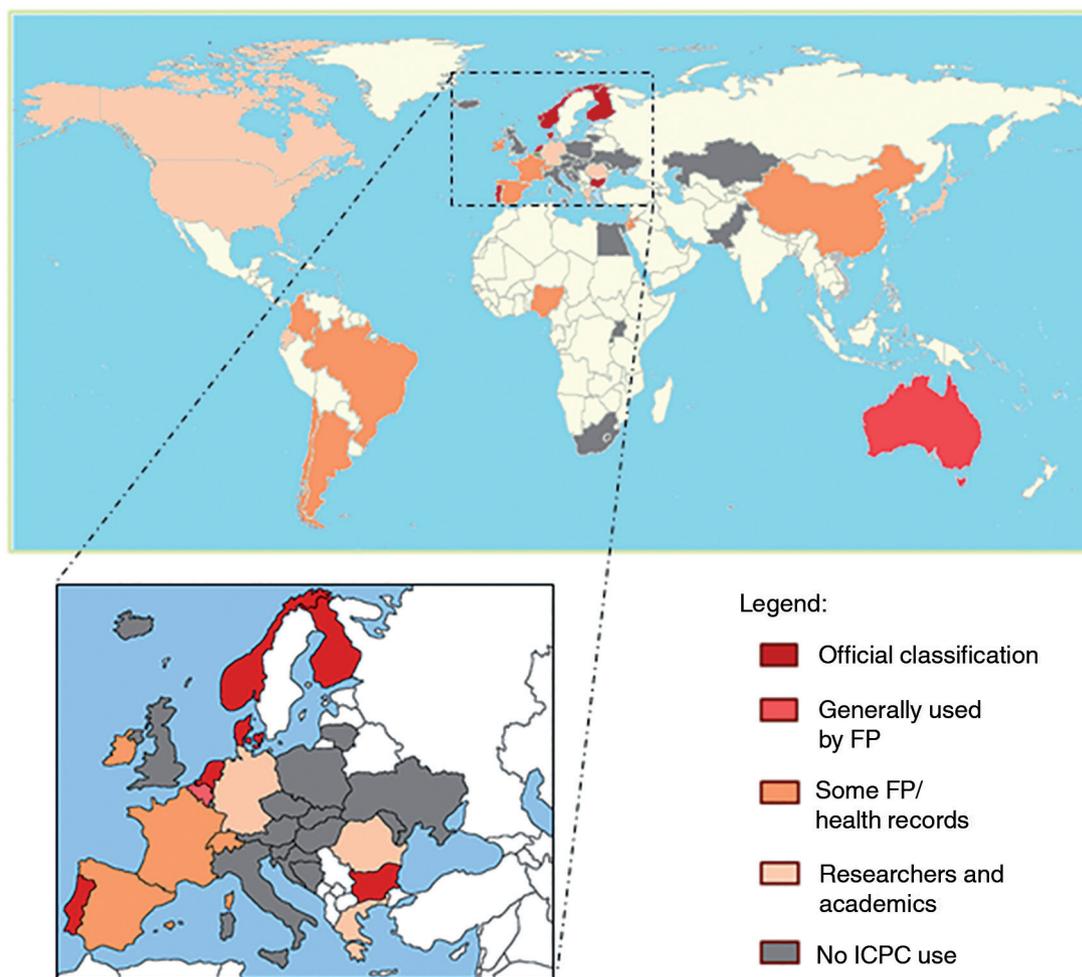


Figure 1. International Classification of Primary Care use in primary care (with magnified image of European countries).

Of the countries that reported use of ICPC in primary care, 15 used it to classify both episodes and encounters (Table 3).

Assessment of the topics accounted for in clinical records showed that 10 study participants used ICPC to classify reasons for encounter and diagnosis alone, and just 5 participants used it to classify reasons for encounter, diagnosis, and processes of care (Table 4).

Table 3. International Classification of Primary Care clinical record applications.

Questions	For encounters	For episodes	Both	NA
3.1 How do you apply the classification (ICPC)?	10/52	3/52	15/52	24/52

NA: Not applicable.

Table 4. Topics accounted for in clinical records using the International Classification of Primary Care.

Questions	Diagnosis	PC	RFE	Diagnosis + PC	Diagnosis + RFE	Diagnosis + PC + RFE	NA
3.2 Which of the following topics are accounted for in clinical records?	9/52	1/52	2/52	1/52	10/52	5/52	24/52

PC: Processes of care; RFE: Reasons for encounter; NA: Not applicable.

A total of 24 countries (46%/12%) acknowledged that the use of ICPC for clinical records in primary care was not promoted. Of these, 19 countries used the International Classification of Diseases 10th edition (ICD-10), 3 used other classifications, and 2 used no classification whatsoever (Figure 2).

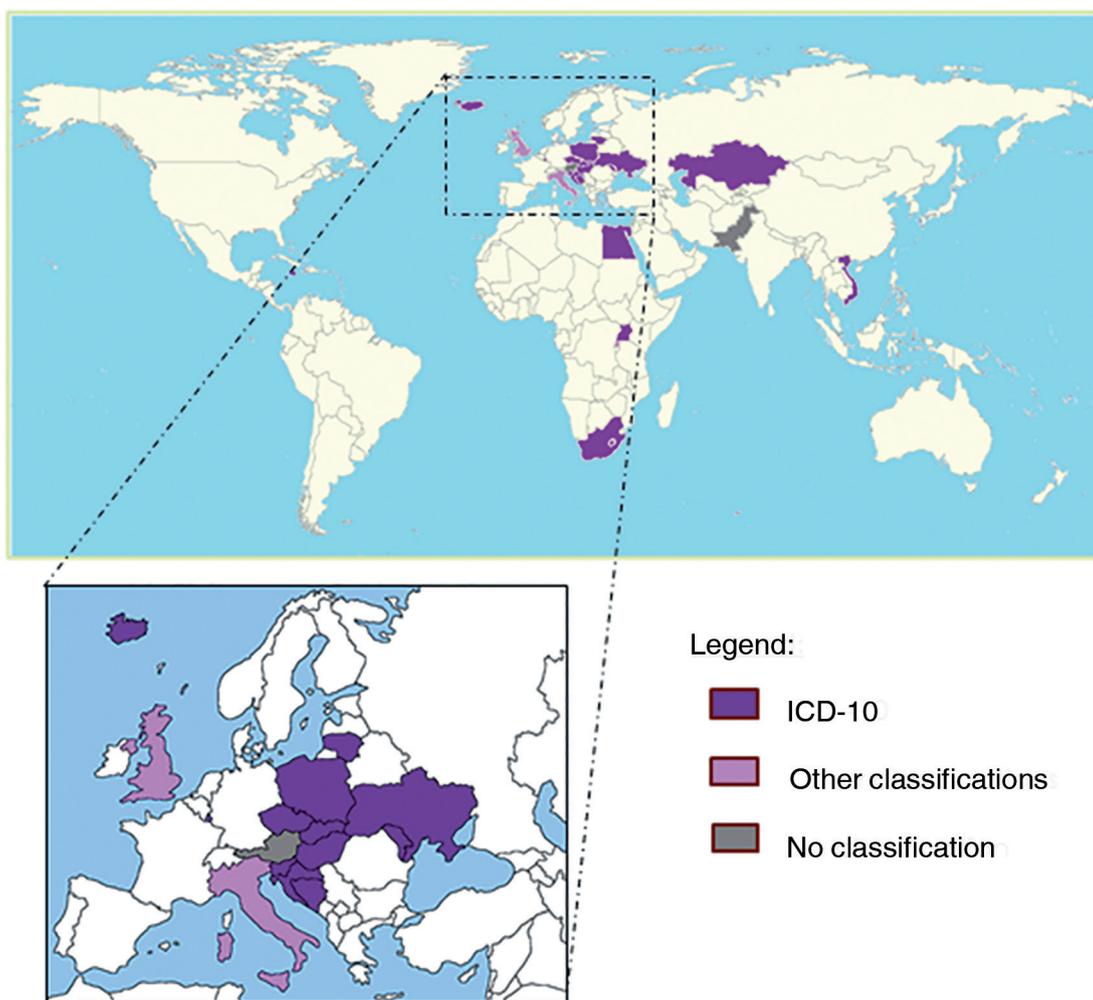


Figure 2. The distribution of other classifications when ICPC was not adopted (with a magnified box showing European countries).

Discussion

Main outcomes

According to our results, ICPC is currently used in only a few UN countries and is mandatory in only 6 of these, with all of these located in Europe. This may be related to the requirement of a paid license for its use. The institution that holds this license may belong to public or private sector. In some cases, the institution may not have logistical/economic feasibility to establish its widespread use, as the cost is proportional to the number of users. It should also be taken into account that ICPC is available in only 19 languages, and there is often no official language reported for each country. This may influence the levels of ICPC use described in our study. Additionally, some countries lack a well-established primary care assistance program, and may therefore not have a classification system implemented.^{6,7}

Regarding clinical records, ICPC can be used to code both encounters and episodes and, within each encounter, can be used to address RFE, diagnosis, and PC. Of the 25 countries that used ICPC for coding encounters, our study showed that only 5 used it to characterize the entire encounter (RFE + D + PC). This may be because of software limitations that only allow partial coding of the encounter. In addition, there may be countries where only some of these elements are accounted for in healthcare management and used for payment purposes.

The results from this study portray a high and unexpected adoption rate of classifications actually used in the secondary care setting, namely ICD-10.¹¹ This may be attributable to the fact that ICD was first developed to describe mortality and morbidity, especially in public health, and therefore, almost every country in the world now has a license for the ICD.¹¹ A generalized underdevelopment of primary care services may also be partly responsible for an undervaluation of the need for a specific classification at the level of primary care.^{12,13}

Study strengths and weaknesses

A notable selection bias present within our study was the absence of participants from 84 UN countries. Our study may have also been underpowered because of a low response rate, with the results from only 27% of UN countries included in the final analysis. Another selection bias may have resulted from the inclusion of only one set of answers from each country. Our results therefore provide a generalized representation of results from each country and do not take into account responder variability within individual countries. The study design aimed to overcome this bias by selecting a sample of questionnaires completed by WICC and primary care institution members from each country, as they were considered to have the most extensive knowledge regarding the study questions. Diversity between different regions inside the same country was not assessed. The submission of more than one response from each country allowed the comparison of data and increased data accuracy.

Comparison with scientific literature

Although surveys have previously been published regarding ICPC, this study included detailed data from 31 additional countries. This is of importance, as it increases knowledge regarding ICPC, the prevalence of other healthcare classifications used, and the details of their use.

Comments were provided by some participants in the open response question. Although these were not considered in the current study, they may be important in highlighting other aspects of ICPC use to be accounted for in forthcoming studies.

The third version of the ICPC is currently being prepared and changes in worldwide use of this classification may occur once it comes into practice.^{1,4,14,15}

Research/Clinical practice impact

This study may act as a starting point in the definition of strategies to increase ICPC use in the primary care setting. Among countries with primary care services, we identified a wide diversity in ICPC use, ranging from widespread use to none at all. Future studies should aim to determine whether the ICPC is available in every country and to define the reasons why countries do not use it in primary care.

A further obstacle to the implementation of ICPC is likely to be the requirement for a paid license. Furthermore, in countries lacking a well-established primary care health service, the absence of a specific healthcare classification is justifiable.

Conclusion

Although the response rate to the questionnaire in our study was low, we can conclude that ICPC use around the world is not widespread and that use of the classification differs considerably between countries. Additionally, the countries that did report use of the ICPC in primary care mostly described it being a non-mandatory standard. Despite being originally intended for secondary care, ICD-10 is the most widely used classification after ICPC.

The paid license required for ICPC use is likely to be an obstacle to widespread implementation and use.

References

1. Lamberts H, Okkes IM; WONCA. The International classification of primary care". 2nd edition. Oxford: Oxford University Press; 1998.
2. Weed LL. Medical records that guide and teach. *N Engl J Med.* 1968;278(11):593-600. PMID: 5637758 DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM196803142781105>
3. Pinto D. O que classificar nos registos clínicos com a Classificação Internacional de Cuidados Primários? *Rev Port Med Geral Fam.* 2014;30(5):328-34.

4. Klinkman M, Pinto D. Building the International Classification of Primary Care, version 3. *Rev Port Med Geral Fam.* 2014;30(6):356-8.
5. Marshall I. ICPC around the world (2003). *WONCA News.* July 2003. [updated 2012; cited 2014 Jun 20]. Available from: http://www.ph3c.org/4daction/w3_CatVisu/en/icpc-around-the-world--2003-html?wDocID=134
6. Sparks BL, Gupta SK. Research in family medicine in developing countries. *Ann Fam Med.* 2004;2 Suppl 2:S55-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1370/afm.192>
7. Mudiyanse RM. Need to teach family medicine concepts even before establishing such practice in a country. *Asia Pac Fam Med.* 2014;13(1):1. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1447-056X-13-1>
8. United Nations. Member States of the United Nations. [cited 2014, 15 Jun 15]. Available from: <http://www.un.org/en/members/>
9. Primary Health Care Classification consortium (PH3C). Members and contacts by countries. [cited 2014 Jun 15]. Available from: http://www.ph3c.org/4daction/w3_CatVisu/en/members-&-contacts-by-countries-.html?wCatIDAdmin=1103
10. WONCA Global Family Doctor. Member Interest. [cited 2014 Jun 15]. Available from: <http://www.globalfamilydoctor.com/member.aspx>
11. World Health Organization. History of the development of the ICD. [cited 2015 Nov 25]. Available from: <http://www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf>
12. Sambo LG. Health systems and primary care in the African region. WHO. [cited 2015 Nov 15]. Available from: <https://www.aho.afro.who.int/pt-pt/ahm/issue/14/editorial/health-systems-and-primary-health-care-african-region>
13. Hays R, Pong LT, Leopando Z. Primary care in the Asia-Pacific region: challenges and solutions. *Asia Pac Fam Med.* 2012;11(1):8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1447-056X-11-8>
14. WONCA. ICPC - 3: Where have we come from and Where are we going? [cited 2015 Nov 15]. Available from: <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000267/0000382.pdf>
15. Soler JK. The International Classification of Primary Care: a success story. *The World Book of Family Medicine - European Edition 2015.* [cited 2015 Nov 15]. Available from: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/041%20%E2%80%93%20The%20International%20Classification%20of%20Primary%20Care.pdf>

Conhecimentos, atitudes e prática de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em relação à incontinência urinária feminina Knowledge, attitudes and practice of physicians and nurses of Family Health Strategy regarding female urinary incontinence

Conocimientos, actitudes y práctica de médicos y enfermeros de la Estrategia de Salud Familiar en relación a la incontinencia urinaria femenina

Ana Carolinne Portela Rocha. Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). São Carlos, SP, Brasil. carolptrch@gmail.com (*Autora correspondente*)
Adriana Barbieri Feliciano. Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar); Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). São Carlos, SP, Brasil. adrianabf@ufscar.br
Maristela Carbol. Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar); Departamento de Medicina, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). São Carlos, SP, Brasil. maristela@carbol.com.br
Cecília Candolo. Departamento de Estatística, Centro de Ciências Exatas e de Tecnologia, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). São Carlos, SP, Brasil. cecilia@ufscar.br
Fernanda Vieira Rodovalho Callegari. Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar); Departamento de Medicina, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). São Carlos, SP, Brasil. fercallegari@ufscar.br

Resumo

Objetivo: Analisar conhecimentos, atitudes e prática de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) em relação à incontinência urinária (IU) feminina. **Métodos:** O estudo foi realizado nas 19 equipes da ESF de um município no interior paulista, as quais possuíam 41 profissionais elegíveis (22 médicos e 19 enfermeiros). Foi desenvolvido e utilizado um questionário autoaplicável com questões sobre conhecimentos, atitudes e prática dos profissionais na atenção às mulheres com IU. **Resultados:** Responderam ao questionário 33 profissionais (80% da população alvo), sendo 15 médicos e 18 enfermeiros. A maioria dos participantes possuía um nível de conhecimento adequado em relação à propedêutica clínica da IU e considerou que suas atribuições englobam a investigação diagnóstica e o tratamento da IU não complicada. Entretanto, uma parcela significativa desconhecia os exames complementares e a conduta terapêutica para a abordagem inicial das mulheres com IU, principalmente naquelas com IU de Urgência. Quanto à prática, um número expressivo desses profissionais não prescrevia exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, não realizava ações de educação em saúde com as mulheres ou promovia atividades de educação permanente com a equipe de trabalho. **Conclusão:** Os *déficits* de investigação diagnóstica e tratamento da IU feminina identificados sugerem a necessidade de educação permanente e integração de equipes de apoio matricial à ESF, a fim de promover um cuidado mais integral à população. Tais equipes podem ser provenientes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e/ou de parcerias com as universidades locais.

Como citar: Rocha ACP, Feliciano AB, Carbol M, Candolo C, Callegari FVR. Conhecimentos, atitudes e prática de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em relação à incontinência urinária feminina. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;11(38):1-13. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1146](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1146)

Palavras-chave:

Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde
Profissionais da Saúde
Incontinência Urinária
Estratégia Saúde da Família
Saúde da Mulher

Fonte de financiamento:

Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

Parecer CEP:

573.992 (UFSCAR), aprovado em 29/03/2014.

Conflito de interesses:

declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:

revisado por pares.

Recebido em: 24/05/2015.

Aprovado em: 22/02/2016.

Abstract

Objective: To examine knowledge, attitudes and practice of physicians and nurses of the Family Health Strategy (FHS) regarding female urinary incontinence (UI). **Methods:** This study was performed in the 19 teams of FHS from a city in the interior of São Paulo state, which had 41 eligible professionals (22 physicians and 19 nurses). A self-application questionnaire with questions regarding knowledge, attitudes and practice of the professionals in the assistance to women with UI was developed and used. **Results:** Answered to the questionnaire 33 professionals (80% of the target population), being 15 physicians and 18 nurses. Most of the participants had an adequate level of knowledge related to propaedeutic clinics and considered that their attributions include diagnostic investigation and treatment of non-complicated UI. However, a large number of them did not know complementary tests and treatments for the initial management of UI in women, especially for Urgency UI. Regarding the practice, a significant amount of these professionals did not prescribe pelvic-floor strengthening exercises, perform popular education in health actions with women, nor promote permanent education within the health team in their working places. **Conclusion:** Deficits related to the diagnostic investigation and treatment of female UI identified suggest the requirement for permanent education and integration of matrix support teams to the FHS, in order to promote a more integrated care to the population. These teams can be from the Support Centre for Family Health (NASF) and/or from the partnership with local universities.

Keywords:

Health Knowledge,
Attitudes, Practice
Health Personnel
Urinary Incontinence
Family Health Strategy
Women's Health

Resumen

Objetivo: Analizar conocimientos, actitudes y prácticas de médicos y enfermeros de la Estrategia de Salud Familiar (ESF) en relación a la incontinencia urinaria (IU) femenina. **Métodos:** El estudio se hizo en los 19 equipos de la ESF de un municipio del estado de São Paulo, que poseía 41 profesionales habilitados (22 médicos y 19 enfermeros). Fue desarrollado y utilizado un cuestionario auto aplicable con preguntas sobre conocimientos, actitudes y prácticas en la atención a las mujeres con IU. **Resultados:** Respondieron al cuestionario 33 profesionales (80% de la población blanco), siendo 15 médicos y 18 enfermeros. La mayoría tenía un nivel de conocimiento adecuado sobre la propedéutica clínica de la IU y consideraban que sus atribuciones engloban la investigación diagnóstica y el tratamiento de la IU no complicada. Sin embargo, una parte significativa desconocía los exámenes complementarios y la conducta terapéutica para el abordaje inicial de las mujeres con IU, principalmente aquellas con IU de Urgencia. Destacando la práctica, un número significativo de los profesionales no prescribía ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico, no realizaban acciones de educación en salud con las mujeres o promovían educación permanente con el equipo de trabajo. **Conclusión:** Las carencias de investigación diagnóstica y tratamiento de la IU femenina identificados sugieren la necesidad de educación permanente y integración de equipos de apoyo matricial a la ESF, para proveer un cuidado más integral a la población. Tales equipos pueden ser de los Núcleos de Apoyo a la Salud Familiar (NASF) y/o de asociaciones con las universidades locales.

Palabras clave:

Conocimientos, Actitudes
y Práctica en Salud
Personal de Salud
Incontinencia Urinaria
Estrategia de Salud Familiar
Salud de la Mujer

Introdução

As políticas de saúde no SUS vêm com a proposição de fortalecimento do cuidado centrado no sujeito e na família, sob a lógica da vigilância à saúde nos territórios.¹ Nessa perspectiva, a Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu para fortalecer o papel da Atenção Básica (AB) como porta preferencial de acesso, ordenadora e coordenadora do cuidado, constituindo-se como o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Este arranjo é especialmente relevante na atualidade, considerando a grande necessidade de manejo de pessoas com doenças crônicas, predominantes no cenário epidemiológico e demográfico atuais.^{2,3}

Dentre as condições com caráter crônico, encontra-se a incontinência urinária (IU), a qual acomete preponderantemente a população feminina. A prevalência mundial estimada para a IU entre as mulheres é de 25 a 45%, taxa que ascende proporcionalmente ao aumento da idade.^{4,5}

Definida como a queixa de qualquer perda involuntária de urina, a IU é distinguida em três principais subtipos: (1) Incontinência Urinária de Esforço (IUE), que se refere à perda urinária durante esforços ou exercícios físicos, espirro ou tosse; (2) Incontinência Urinária de Urgência (IUU), ou seja, a perda imediatamente precedida e acompanhada por um repentino e intenso desejo de urinar (urgência), difícil de ser inibido; e (3) Incontinência Urinária Mista (IUM), que está associada tanto aos esforços quanto à urgência.^{6,7}

De acordo com as recomendações da V Conferência Internacional de Incontinência, a avaliação inicial de mulheres com queixa de IU deve ser realizada por médicos generalistas, os quais devem primeiramente identificar se a IU é complicada.⁷ Nesse caso, deve-se referenciar as pacientes imediatamente para tratamento especializado. As demais mulheres com IU não complicada, que representam ampla maioria, devem ser tratadas em princípio por médicos generalistas ou de família, enfermeiros e fisioterapeutas.

A terapêutica de escolha é a abordagem conservadora e inclui modificações no estilo de vida, fisioterapia e uso de medicamentos, a depender do subtipo de IU.⁷ Nessa abordagem, têm-se destacado os exercícios de fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico (MAP) pela efetividade na redução dos sintomas em todos os tipos de IU.⁸⁻¹⁰ Propõe-se que o tratamento inicial da IU não complicada seja mantido com profissionais generalistas por pelo menos 8 a 12 semanas. Após este período, na ausência de melhora do quadro, as pacientes devem ser referenciadas para a atenção especializada.⁷

Apesar do elevado dispêndio econômico, dos diversos sentimentos negativos referidos e do prejuízo nas atividades ocupacionais e de lazer, as mulheres com IU tendem a ocultar os sintomas e não procuram por tratamento.¹¹⁻¹⁵ As principais razões que fazem com que essas mulheres assumam tal conduta são: considerar normal a perda urinária; não ter tempo e priorizar outros problemas; a perda urinária ser pequena; não conhecer opções terapêuticas para a IU; pensar que não há possibilidade de cura; medo de ser encaminhada à cirurgia e vergonha do assunto.^{16,17}

Além de as mulheres sofrerem caladas, estudos revelam que os profissionais de saúde não têm o hábito de questioná-las sobre a sintomatologia da IU,¹⁷⁻¹⁹ o que dificulta a detecção precoce dessa condição, diminuindo as chances de sucesso com formas menos invasivas de tratamento.²⁰

Mesmo quando cientes da perda urinária, os profissionais de saúde falham na conduta, não introduzindo o tratamento adequado.²¹ Entre mulheres norte-americanas que procuraram atendimento devido à IU, apenas 60% o receberam. Destas, 50% refere grande frustração com a persistência da incontinência.²² Um estudo brasileiro, desenvolvido com profissionais da rede básica de um município no interior de São Paulo, identificou que o encaminhamento para o especialista (ginecologista ou urologista) era uma conduta comum entre 43,3% dos enfermeiros, 29,4% dos médicos clínicos gerais e 14,8% dos médicos da família. Ainda nesse estudo, o relato de conduta mais adotada pelos ginecologistas foi o tratamento cirúrgico.¹⁸

Na ESF, a assistência uroginecológica é compartilhada entre médicos e enfermeiros, os quais possuem formação generalista ou especialização em Saúde da Família e/ou em Medicina de Família e Comunidade.²³ Diante das evidências de subdiagnóstico e tratamento inadequado da IU, é de suma importância identificar se esses profissionais reconhecem a relevância dessa disfunção e se estão aptos para identificá-la e garantir uma atenção qualificada às mulheres, de forma que este conhecimento se traduza em melhores práticas no cuidado.

O modelo conhecimentos, atitudes e prática (CAP) tem sido empregado com o intuito de mapear o ambiente educacional de uma comunidade e, assim, avaliar a necessidade de intervenção nesse nível. Esse modelo engloba três dimensões: o saber (conhecimentos); as crenças e opiniões (atitudes); e como as pessoas se comportam (prática) acerca de determinado tema.^{24,25} A respeito da IU, estudos que avaliaram conhecimentos e práticas de enfermeiros cuidadores de idosos em casas de repouso concluíram que os

profissionais possuíam necessidades educacionais e de treinamento.^{26,27} Até o momento, contudo, não foram encontrados estudos relacionados à IU feminina que avaliassem especificamente todas as dimensões de um estudo CAP entre médicos e enfermeiros da ESF.

Considerando que pode haver uma incoerência entre as dimensões CAP, de modo que a identificação de conhecimentos adequados e atitudes positivas pode estar atrelada a uma prática negativa,²⁸ é imprescindível investigar todos esses componentes. Desse modo, o presente estudo teve por objetivo analisar conhecimentos, atitudes e prática de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em relação à IU feminina.

Métodos

Estudo observacional, de corte transversal, desenvolvido nas 19 equipes da ESF de um município de médio porte situado na região central do estado de São Paulo, Brasil. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da instituição proponente da pesquisa, conforme parecer número 573.992, e pela Secretaria Municipal de Saúde do município sede da pesquisa. Todos os participantes manifestaram concordância mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Todos os médicos e enfermeiros atuantes na ESF do município no período da coleta dos dados, independentemente do tempo de atuação, foram considerados elegíveis para participar do estudo, totalizando 41 profissionais na ESF, sendo 19 enfermeiros e 22 médicos.

Para a coleta dos dados da pesquisa, percorreram-se as seguintes etapas:

1. Construção do instrumento: inicialmente foram realizadas entrevistas com médicos e enfermeiros especialistas na área de Saúde da Mulher/Ginecologia e Obstetrícia para a identificação dos eixos temáticos do instrumento. Seu conteúdo foi baseado nas recomendações internacionais para avaliação e tratamento da IU mais atuais à época de formulação do questionário²⁹ e na Política Nacional de Atenção Básica,²³ sendo formulado pelas pesquisadoras responsáveis segundo as diretrizes do modelo CAP.²⁵
2. Estudo piloto: a versão inicial do questionário foi pré-testada com 13 profissionais da ESF de um município próximo ao local onde o estudo foi desenvolvido, a fim de avaliar a clareza das questões e aprimorar o instrumento. Após o estudo piloto, o questionário foi revisado e adequado pelas pesquisadoras.
3. Na sequência procedeu-se à coleta dos dados empregando a versão final do questionário. Esta apresentou-se em formato semiestruturado, de natureza autoaplicável, composta por seções referentes aos dados sociodemográficos, conhecimentos, atitudes e prática em relação à IU feminina. A seção Conhecimentos incluiu questões no modelo de casos clínicos, em formato de múltipla escolha, com apenas uma alternativa considerada correta. Nas seções Atitudes e Prática foram construídas assertivas em formato de escala de Likert de 4 pontos.

A aplicação dos questionários foi realizada nos meses de setembro e outubro de 2014, no ambiente de trabalho dos profissionais, mediante agendamento de acordo com sua disponibilidade. No momento da coleta era entregue o instrumento aos profissionais, os quais respondiam o mesmo na presença da pesquisadora. O tempo médio de preenchimento do instrumento foi de 22 minutos.

As mesmas referências da literatura utilizadas para a formulação do questionário serviram de parâmetro para a análise das respostas, consideradas como corretas ou incorretas na seção Conhecimentos, e positivas ou negativas nas seções Atitudes e Práticas.

Os dados foram inicialmente armazenados em planilhas do Excel e posteriormente exportados para o *software* estatístico R. As respostas obtidas nas seções Atitudes e Prática foram transformadas em variáveis numéricas, da seguinte maneira: escore 1 para discordo totalmente e nunca; 2 para discordo parcialmente e raramente; 3 para concordo parcialmente e frequentemente; e 4 para concordo totalmente e sempre. A análise dos dados foi realizada no mesmo *software*. Os valores das medianas de cada assertiva foram associados os intervalos de confiança de 95%, calculados segundo o método *bootstrap*.³⁰ Foram utilizados a análise descritiva e o teste de Pearson para correlação e adotado o nível de significância de 5%.

Resultados

Dos 41 profissionais da ESF atuantes no período de coleta de dados, 33 (80%) aceitaram responder ao questionário, sendo 15 médicos e 18 enfermeiros. A média (\pm desvio padrão) de idade dos profissionais foi de 38 anos ($\pm 8,08$), variando de 26 a 57 anos. O tempo médio de conclusão da graduação foi de 13 anos ($\pm 8,12$), com uma variação de 1 a 35 anos.

Na Tabela 1 são apresentadas as demais características sociodemográficas dos participantes do estudo. A maioria dos profissionais era do sexo feminino (82%); concluiu o ensino superior em instituição de ensino superior pública (61%); fez especialização em Saúde da Família e/ou Medicina de Família e Comunidade (SF/MFC) (73%); não passou por programas de residência em SF/MFC (64%); não fez mestrado ou outro tipo de pós-graduação *stricto sensu* (82%); possuía vínculo empregatício municipal (85%) e trabalhava nesse segmento por um período de 11 a 15 anos (39%).

No que se refere aos conhecimentos, a média de acertos dos profissionais foi de 6,48 ($\pm 1,46$), com uma variação de 3 a 9 acertos. Na Tabela 2 constam as frequências de acertos e erros por questão da seção Conhecimentos. Os maiores índices de acertos foram obtidos nas questões que envolviam a formulação de hipóteses diagnósticas dos tipos de IU de esforço e de urgência. Entretanto, houve um declínio de acertos nas questões sobre condutas relacionadas a esses tipos de IU. A conduta inicial envolvendo a IU de urgência alcançou a maior frequência de erros. Cerca de 40% dos participantes não soube identificar o conceito mais atual de IU.

Não houve correlação estatisticamente significativa entre a frequência absoluta de acertos na seção Conhecimentos e a idade dos participantes ($p=0.377$; $r=-0,159$) e entre a frequência absoluta de acertos e o tempo de conclusão da graduação dos profissionais ($p=0.793$; $r=-0,048$).

No tocante à identificação precoce de sinais e sintomas de IU, a maioria dos profissionais (55%) discorda que esses devam ser investigados somente quando surge a queixa por parte da mulher. Em relação à investigação diagnóstica da IU, 94% concordam que é papel do médico realizá-la e 76% concordam que esta função também é do enfermeiro. Quanto ao tratamento da IU não complicada, todos os profissionais apontam que a elaboração do plano terapêutico é papel do médico, enquanto 55% acreditam que essa é uma atribuição também dos enfermeiros. Uma quantidade significativa de profissionais considera que é papel tanto do enfermeiro (88%) quanto do médico (94%) da ESF orientar a realização de exercícios para fortalecimento dos MAP (Tabela 3).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes do estudo.

Variáveis	n ¹	%
Gênero		
Feminino	27	82
Masculino	6	18
IES em que concluiu a graduação		
Pública	20	61
Privada	13	39
Especialização (360h) em SF/MFC		
Não	9	27
Sim	24	73
Residência (SF/MFC)		
Não	21	64
Sim	12	26
Residência (outras áreas)		
Clínica Médica/Geriatria	1	3
Ginecologia e Obstetria	1	3
Pediatria	1	3
Mestrado		
Não	27	82
Sim	6	18
Tipo de vínculo empregatício		
Municipal	28	85
Federal	5	15
Residência em Medicina de Família e Comunidade (em curso)	1	3
Programa Mais Médicos	3	9
PROVAB	1	3
Forma de ingresso		
Concurso público	24	73
Processo seletivo	9	27
Tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família		
Menos de 1 ano	5	15
1 - 5 anos	6	18
6 - 10 anos	8	24
11 - 15 anos	13	39
16 - 20 anos	1	3

n: frequência absoluta; %: frequência relativa; IES: Instituição de Ensino Superior na qual os profissionais concluíram a graduação; SF/MFC: Saúde da Família e/ou Medicina de Família e Comunidade; PROVAB: Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica; ¹ Para todos os campos descritos considerar o total de 33 profissionais.

Na seção Prática, a maioria dos profissionais (63%) indicou que investiga regularmente sinais e sintomas de IU em mulheres que não se queixam de perda de urina. Na presença de sinais e sintomas sugestivos de IU, um número expressivo de profissionais procura: identificar com assiduidade comorbidades (97%) e hábitos relacionados ao estilo de vida (97%); solicitar exames laboratoriais (94%); investigar

Tabela 2. Frequências de acertos e erros dos médicos e enfermeiros nas questões da seção Conhecimentos.

Eixo de conteúdo	Enunciado da questão	Acertos n (%)	Erros n (%)
Anamnese	Sinais e sintomas que devem ser minimamente investigados	22 (67)	11 (33)
Anamnese	Antecedentes pessoais que devem ser minimamente investigados	28 (85)	5 (15)
Exame Físico	Elementos do exame físico que devem ser minimamente avaliados	25 (76)	8 (24)
Formulação de Hipótese Diagnóstica (IUE)	Hipótese diagnóstica mais provável	29 (88)	4 (12)
Conduta (IUE)	Conduta inicial mais adequada	22 (67)	11 (33)
Formulação de Hipótese Diagnóstica (IUU)	Hipótese diagnóstica mais provável	29 (88)	4 (12)
Conduta (IUU)	Conduta inicial mais adequada	18 (55)	15 (45)
Conduta (IU complicada)	Conduta mais adequada	22 (67)	11 (33)
Conceito	Conceito mais atual de IU	20 (61)	13 (39)

n: frequência absoluta; %: frequência relativa; IUE: Incontinência Urinária de Esforço; IUU: Incontinência Urinária de Urgência; IU: Incontinência Urinária.

Tabela 3. Frequência absoluta de respostas e intervalos de confiança de 95% bootstrap na seção Atitudes.

Assertiva	Frequência absoluta de respostas				MD (LI; LS)	Atitudes positivas
	Opções					
	1	2	3	4		
A incontinência urinária deve ser investigada somente quando a mulher apresenta queixa de perda de urina.	13	5	10	5	2 (1; 3)	1 e 2
Considero relevante a investigação de comorbidades e hábitos de vida em mulheres com sinais e sintomas de incontinência urinária.		1		32	4 (--)*	3 e 4
É papel do enfermeiro que trabalha na atenção primária realizar a investigação diagnóstica da incontinência urinária.	2	6	16	9	3 (3; 3)	3 e 4
É papel do enfermeiro que trabalha na atenção primária realizar o tratamento para a incontinência urinária não complicada.	6	9	14	4	3 (2; 3)	3 e 4
É papel do médico que trabalha na atenção primária realizar a investigação diagnóstica da incontinência urinária.		2	9	22	4 (4; 4)	3 e 4
É papel do médico que trabalha na atenção primária realizar o tratamento para a incontinência urinária não complicada.			10	23	4 (4; 4)	3 e 4
A Estratégia Saúde da Família oferece os recursos necessários para a investigação diagnóstica e o tratamento da incontinência urinária não complicada.	4	4	16	9	3 (3; 3)	3 e 4
Existem recursos clínicos e cirúrgicos disponíveis para reverter a incontinência urinária feminina.	1	4	10	18	4 (3; 4)	3 e 4
É papel do enfermeiro que trabalha na ESF orientar a realização de exercícios de fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico.	1	3	15	14	3 (3; 4)	3 e 4
É papel do médico que trabalha na ESF orientar a realização de exercícios de fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico.		2	12	19	4 (3; 4)	3 e 4

As opções enumeradas de 1 a 4 representam as seguintes respostas: 1 - discordo totalmente; 2 - discordo parcialmente; 3 - concordo parcialmente; 4 - concordo totalmente. MD: mediana; LI: limite inferior do intervalo de confiança; LS: limite superior do intervalo de confiança; * Para a assertiva 2 não foi possível calcular o intervalo de confiança, pois houve predominância da opção 4.

Tabela 4. Frequência absoluta de respostas e intervalos de confiança de 95% bootstrap na seção Prática.

Assertiva	Frequência absoluta de respostas				MD (LI; LS)	Práticas positivas
	Opções					
	1	2	3	4		
Investigo sinais e sintomas de incontinência urinária em mulheres mesmo quando não apresentam queixa de perda de urina.	3	9	19	2	3 (2; 3)	3 e 4
Investigo a presença de comorbidades como diabetes, hipertensão arterial, obesidade, entre outras.		1	15	17	4 (3; 4)	3 e 4
Investigo a presença e a severidade de sintomas sugestivos de doença neurológica.	2	8	13	10	3 (3; 3)	3 e 4
Investigo hábitos relacionados ao estilo de vida como: prática de exercício físico, tabagismo, ingestão de alimentos e líquidos.		1	14	18	4 (3; 4)	3 e 4
Investigo a presença de limitações físicas e cognitivas que afetam a mobilidade.		3	18	12	3 (3; 4)	3 e 4
Avalio o impacto dessa condição sobre a qualidade de vida das mulheres.		4	18	11	3 (3; 3)	3 e 4
Solicito exames laboratoriais.	2		15	16	3 (3; 4)	3 e 4
Prescrevo exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico.	6	7	14	6	3 (2; 3)	3 e 4
Início terapêutica medicamentosa.	16	11	5	1	2 (1; 2)	3 e 4*
Realizo atividades de Educação Permanente com a equipe para capacitá-la em relação ao cuidado da mulher com incontinência urinária.		20	2	2	2 (2; 2)	3 e 4
Realizo atividades de Educação em Saúde (por exemplo, grupos, rodas de conversa, orientações em consultas individuais) com a comunidade para esclarecimentos e orientações sobre incontinência urinária.	11	14	8		2 (2; 2)	3 e 4

As opções enumeradas de 1 a 4 representam as seguintes respostas: 1 - nunca; 2 - raramente; 3 - frequentemente; 4 - sempre. MD: mediana; LI: limite inferior do intervalo de confiança; LS: limite superior do intervalo de confiança. As questões 2 a 9 são precedidas pelo enunciado "Quando detecto sinais e sintomas de incontinência urinária". * A questão 9 diz respeito a uma atividade restrita aos médicos.

limitações físicas e cognitivas que afetem a mobilidade (91%) e a presença e gravidade de sintomas sugestivos de doença neurológica (70%). Aproximadamente 40% dos profissionais raramente ou nunca prescrevem exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico às mulheres com IU e 82% raramente ou nunca iniciam prescrições medicamentosas. Quanto à execução de atividades educativas na ESF, 88% raramente ou nunca realizam atividades de educação permanente com a equipe e 76% apresentam o mesmo comportamento em relação às atividades de educação em saúde com a população adstrita (Tabela 4).

Discussão

Os resultados dessa pesquisa revelam que, quando se trata da dimensão Conhecimentos, foi constatado que as condutas para os tipos de IU não estavam tão adequadas quanto os critérios diagnósticos, principalmente quando se trata da IU de Urgência. Por este tipo de IU depender de opções medicamentosas para o seu tratamento,^{7,31} é provável que a inexistência de protocolos municipais e o desconhecimento de outros protocolos técnicos que respaldem a prescrição pelos médicos da ESF tenha resultado na baixa indicação da terapêutica, notada na seção Prática, assim como no *déficit* de conhecimento. Esse achado sugere uma limitação nas diretrizes de abordagem da IU e uma contrariedade à proposta de resolutividade da ESF, com o encaminhamento às especialidades de casos que poderiam ser resolvidos ou ao menos minimizados previamente na AB. O fato de uma parcela significativa dos profissionais não conhecer a definição atual de IU pode ser atribuído à recente mudança na definição, publicada em 2010,⁶ e por alguns estudos ainda utilizarem o conceito antigo de perda urinária que é um problema social e higiênico.

A idade e o tempo de conclusão da graduação não influenciaram positivamente o conhecimento dos profissionais sobre IU. Infere-se que a formação complementar pode não ter suprido possíveis deficiências da formação acadêmica em relação à IU, havendo uma demanda por atualização. Já Saxer et al.,²⁶ ao testarem uma escala de conhecimentos e prática sobre IU entre enfermeiros e auxiliares de enfermagem de casas de repouso, encontraram associação entre idade, educação e experiência na área e os conhecimentos dos participantes.

Barbosa et al.¹⁸ constataram que, exceto os ginecologistas, a maior parte dos demais profissionais pesquisados - enfermeiros, médicos de família e clínicos gerais - nunca ou raramente investigavam a presença de IU em mulheres. Os participantes do presente estudo indicaram, em sua maioria, que a IU deve ser investigada mesmo na ausência da queixa pela mulher e referiram realizar a busca por sinais e sintomas ativamente.

Na opinião de grande parte dos participantes, ambos, médicos e enfermeiros da ESF, devem orientar a realização dos exercícios de fortalecimento dos MAP. Em contrapartida, na prática, um menor número de profissionais prescreve esse recurso terapêutico. Uma hipótese é de que essa competência não tenha sido desenvolvida no decorrer da formação do profissional e que os mesmos não se sintam seguros para ofertar tal orientação. Segundo Barbosa et al.¹⁸, o manejo da IU deve ser mais enfatizado na formação acadêmica de médicos e enfermeiros.

Mendes^{3,32} propõe que a gestão dos serviços de saúde fundamente-se em diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas para a promoção de um cuidado de qualidade aos usuários do sistema. Por conseguinte, tais diretrizes visam não somente facilitar o processo gerencial, como também cumprir uma função educacional, incorporando a educação permanente e a educação em saúde. Nesse sentido, chama a atenção, em nossa pesquisa, a deficiência de práticas educativas para a IU.

Deixar de ofertar orientações sobre a IU às mulheres durante as consultas ou em espaços coletivos pode ajudar a perpetuar a não valorização dos sintomas e a manutenção do desconhecimento sobre a fisiopatologia e o manejo do problema, ocasionando a escolha de opções terapêuticas inadequadas e comprometendo o seu prognóstico. Uma pesquisa realizada no interior de São Paulo indicou que cerca de 45% das mulheres que sofriam com IU não tinham conhecimento de qualquer forma de tratamento. Entre as que possuíam algum conhecimento, 37,1% sabiam da intervenção cirúrgica e apenas 2,9% sobre exercícios e medicação. Mais da metade das mulheres não procurou tratamento para a IU e dentre as que o fizeram, a cirurgia foi a opção mais buscada.¹⁷

Melo et al.³³ identificaram como razões para a não adesão de médicos da ESF às atividades de educação em saúde: o excessivo agendamento de consultas; a falta de interesse dos profissionais e o fato de os enfermeiros as assumirem. Em nosso estudo, tanto médicos quanto enfermeiros relataram que praticamente não se envolvem em práticas educativas, o que coloca em risco espaços que favoreçam o vínculo profissional-usuário, a escuta qualificada e a promoção à saúde.³⁴

Na ESF a educação permanente em saúde é uma ferramenta que se constitui como prática inerente ao processo de trabalho, sobretudo pela composição de equipes multiprofissionais com caráter interdisciplinar.³⁵ Nos últimos anos a ESF ganhou um forte aliado para a consolidação dessa ferramenta de gestão com a proposta do apoio matricial, protagonizada pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).³⁶

A não adoção de práticas de educação permanente relacionadas à IU encontrada na população estudada pode estar associada à: baixa relevância atribuída ao tema; falta de planejamento na agenda da equipe ou à carência de equipes de apoio matricial ou ao modelo de atenção à saúde hegemônico. Nesse sentido, a não incorporação dessa ferramenta pode ocasionar desatualização de conteúdo nos profissionais, além de prejudicar o processo reflexivo e, por conseguinte, a mudança nas práticas de atenção no sentido da adoção de um conceito mais ampliado de saúde, com reconhecimento das singularidades e aumento na resolutividade das ações.³⁵

Quando se trata da IU, a figura do fisioterapeuta da equipe matricial pode atuar no empoderamento de médicos e enfermeiros quanto à avaliação funcional do assoalho pélvico e prescrição de exercícios, utilizando-se de atendimentos compartilhados, discussões de caso e reuniões de equipe. Esse profissional pode ainda auxiliar na implementação e condução de grupos de orientação e de exercícios para o assoalho pélvico, não somente objetivando a reabilitação de condições já instaladas, mas também a promoção de saúde e a prevenção. Além disso, o agente comunitário de saúde, por ser membro da comunidade e responsável por fazer a ligação dos usuários às unidades de saúde, deve ser destacado como uma peça chave na abordagem da IU.

Em adição ao NASF, outras estratégias de apoio matricial podem ser agregadas, como parcerias entre a rede municipal de saúde e as instituições de ensino superior. Nesse aspecto, as residências multiprofissionais em saúde são um potente recurso a ser explorado. A inserção de residentes nos serviços repercute em duas direções: no desenvolvimento de competências necessárias à atuação no sistema de saúde e na qualificação dos profissionais da ESF.^{37,38}

Clinicamente, há uma extensa gama de estudos e crescente evidência científica voltada ao diagnóstico e ao tratamento da IU. No entanto, são necessários relatos de experiências de estratégias alternativas de intervenção, como o matriciamento, com o objetivo de propagar práticas exitosas.

As limitações deste estudo dizem respeito: à quantidade de profissionais da ESF efetivamente estudados na população alvo; à incapacidade de se medir o desempenho dos profissionais na prática, uma vez que as informações foram conseguidas por autorrelato e podem estar mais associadas ao domínio cognitivo; à formulação de um instrumento para avaliar conjuntamente médicos e enfermeiros, tendo em vista as singularidades de cada profissão; e à utilização de uma única diretriz concernente a um consenso de especialistas sobre a IU para a construção do mesmo.

Conclusões

A rápida expansão do conhecimento na saúde e a diversidade de desafios a que estão expostos os que atuam na ESF exigem atualização frequente de seus conhecimentos e a possibilidade de pensar a prática no cotidiano dos serviços. Dessa forma, os resultados do presente estudo apontam para uma necessidade de intervenção junto aos médicos e enfermeiros da ESF do município em questão, sobretudo por meio da educação permanente em saúde e integração a equipes de apoio especializado matricial. Estas podem ser provenientes dos NASF ou por meio de parcerias entre a rede de saúde e os cursos de graduação e pós-graduação das instituições locais de ensino. Em tal perspectiva, os fisioterapeutas da equipe matricial forneceriam suporte à ESF no manejo clínico e coletivo da IU, identificando suas necessidades pedagógicas e clínicas no sentido de promover um cuidado integral à população.

Referências

1. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. Rev Saúde Pública. 2000;34(3):316-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000300018>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997. [Acesso 23 Mai 2016]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf
3. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. [Acesso 23 Mai 2016]. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília; 2007. [Acesso 23 Mai 2016]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>
5. Buckley BS, Lapitan MC; Epidemiology Committee of the Fourth International Consultation on Incontinence, Paris, 2008. Prevalence of urinary incontinence in men, women, and children--current evidence: findings of the Fourth International Consultation on Incontinence. Urology. 2010;76(2):265-70. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.urology.2009.11.078>
6. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. Int Urogynecol J. 2010;21(1):5-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-009-0976-9>
7. Abrams P, Andersson KE, Artibani W, Birder L, Bliss D, Bubaker L, et al. International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapsed, and faecal incontinence. In: Abrams P, Cardozo L, Khouri S, Wein A, eds. 5th ed. Incontinence. Paris: ICUD-EAU; 2013. p. 895-1929 [Acesso 23 Mai 2016]. Disponível em: <http://www.icud.info/incontinence.html>
8. Price N, Dawood R, Jackson SR. Pelvic floor exercise for urinary incontinence: a systematic literature review. Maturitas. 2010;67(4):309-15. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2010.08.004>
9. Boyle R, Hay-Smith EJ, Cody JD, Mørkved S. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. Cochrane Database Syst Rev. 2012;10:CD007471. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007471.pub2>
10. Hay-Smith EJ, Bø K, Berghmans LC, Hendriks HJ, de Bie RA, van Waalwijk van Doorn ES. WITHDRAWN: Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(1):CD001407. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001407.pub2/abstract>
11. Subak LL, Brubaker L, Chai TC, Creasman JM, Diokno AC, Goode PS, et al.; Urinary Incontinence Treatment Network. High costs of urinary incontinence among women electing surgery to treat stress incontinence. Obstet Gynecol. 2008;111(4):899-907. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e31816a1e12>
12. Higa R, de Rivorêdo CRSF, Campos LK, Lopes MHM, Turato ER. Vivências de mulheres brasileiras com incontinência urinária. Texto Contexto Enferm. 2010;19(4):627-35. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000400004>
13. Volkmer C, Monticelli M, Reibnitz KS, Brüggemann OM, Sperandio FF. Incontinência urinária feminina: revisão sistemática de estudos qualitativos. Ciênc Saúde Coletiva. 2012;17(10):2703-15. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000019>
14. Menezes GMD, Pinto FJM, Silva FAA, Castro ME, Medeiros CRB. Queixa de perda urinária: um problema silente pelas mulheres. Rev Gaúch Enferm. 2012;33(1):100-8. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472012000100014&script=sci_arttext
15. Coyne KS, Wein A, Nicholson S, Kvasz M, Chen CI, Milsom I. Economic burden of urgency urinary incontinence in the United States: a systematic review. J Manag Care Pharm. 2014;20(2):130-40. <http://www.amcp.org/JMCP/2014/February/17595/1033.html> DOI: <http://dx.doi.org/10.18553/jmcp.2014.20.2.130>
16. Higa R, Lopes MHBM. Porque profissionais de enfermagem com incontinência urinária não buscam tratamento. Rev Bras Enferm. 2007;60(5):503-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000500004>
17. Silva L, Lopes MHBM. Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(1):72-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000100009>

18. Barbosa SS, Oliveira LDR, Lima JLDA, Carvalho GM, Lopes MHBM. Como profissionais de saúde da rede básica identificam e tratam a incontinência urinária feminina. *Mundo Saúde*. 2009;33(4):449-56. [online] [Acesso 23 Mai 2016]. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/70/449a456.pdf
19. Rios AA, Cardoso JR, Rodrigues MA, de Almeida SH. The help-seeking by women with urinary incontinence in Brazil. *Int Urogynecol J*. 2011;22(7):879-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-010-1352-5>
20. Guarda RI, Gariba M, Nohama P, do Amaral VF. Tratamento conservador da incontinência urinária de esforço. *FEMINA*. 2007;35(4):219-27. [online] [Acesso 23 Mai 2016]. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Femina354p219-28.pdf>
21. Shaw C, Das Gupta R, Williams KS, Assassa RP, McGrother C. A survey of help-seeking and treatment provision in women with stress urinary incontinence. *BJU Int*. 2006;97(4):752-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1464-410X.2006.06071.x>
22. Harris SS, Link CL, Tennstedt SL, Kusek JW, McKinlay JB. Care seeking and treatment for urinary incontinence in a diverse population. *J Urol*. 2007;177(2):680-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.juro.2006.09.045>
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2012. [Acesso 23 Mai 2016]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
24. Marinho LAB, Costa-Gurgel MS, Cecatti JG, Osis MJD. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. *Rev Saude Publica*. 2003;37(5):576-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102003000500005>
25. Kaliyaperumal K. Guideline for Conducting a Knowledge, Attitude and Practice (KAP) Study. *A ECS Illumination*. 2004;4(1):7-9. [online] [Acesso 23 Mai 2016]. Disponível em: <http://www.birds.cornell.edu/citscitoolkit/toolkit/steps/effects/resource-folder/Guideline%20for%20Conducting%20a%20KAP%20Study%20%28PDF%29.pdf>
26. Saxer S, de Bie RA, Dassen T, Halfens RJ. Nurses' knowledge and practice about urinary incontinence in nursing home care. *Nurse Educ Today*. 2008;28(8):926-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2008.05.009>
27. Yuan H, Williams BA. Knowledge of urinary incontinence among Chinese community nurses and community-dwelling older people. *Health Soc Care Community*. 2010;18(1):82-90. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00876.x>
28. Candeias NMF, Marcondes RS. Diagnóstico em educação em saúde: um modelo para analisar as relações entre atitudes e práticas na área da saúde pública. *Rev Saúde Pública*. 1979;13(2):63-8.
29. Abrams P, Andersson KE, Birder L, Brubaker L, Cardozo L, Chapple C, et al.; Members of Committees; Fourth International Consultation on Incontinence. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2010;29(1):213-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/nau.20870>
30. Efron B, Tibshirani RJ. *An Introduction to the Bootstrap*. London: Chapman & Hall; 1993.
31. Dallosso HM, McGrother CW, Matthews RJ, Donaldson MM; Leicestershire MRC Incontinence Study Group. The association of diet and other lifestyle factors with overactive bladder and stress incontinence: a longitudinal study in women. *BJU Int*. 2003;92(1):69-77. DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1464-410X.2003.04271.x>
32. Mendes EV. *Os Sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
33. Melo VH, Rio SMP, Bonito RF, Lodi CTC, Fonseca MTM, Amaral E. Dificuldades dos médicos que atuam na Estratégia Saúde da Família de Minas Gerais para proverem atenção à saúde das mulheres. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014;9(30):3-12. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9\(30\)550](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9(30)550)
34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento para gestores e trabalhadores do SUS*. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília; 2010. [Acesso 23 Mai 2016]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf
35. Ceccim R. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(4):975-86. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000400020>

36. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Caderno de Atenção Básica). Brasília: Ministério da Saúde; 2010. [Acesso 23 Mai 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf
37. de Castro VS, Nóbrega-Therrien SM. Residência de Medicina de Família e Comunidade: uma estratégia de qualificação. *Rev Bras Educ Med.* 2009;33(2):211-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000200008>
38. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. *Saúde Soc.* 2010;19(4):814-27. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000400009>

Microcephaly and Zika Virus: clinical features and associations

Microcefalia e Zika Vírus: características e associações

Microcefalia y Virus Zika: características y asociaciones

Cynthia Molina Bastos. TelessaudeRS/UFRGS, Programa de Pós Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande dos Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. cynthia.bastos@telessauders.ufrgs.br (*Corresponding author*)

Otávio Pereira D'Avila. TelessaudeRS/UFRGS, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. otaviopereiradavila@gmail.com

Roberto Nunes Umpierre. TelessaudeRS/UFRGS, Faculdade de Medicina, Programa de Pós Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. rnumpierre@gmail.com

Lavinia Schuler Faccini. Instituto de Biociências, Departamento de Genética, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. lavinia.faccini@ufrgs.br

Marcelo Rodrigues Gonçalves. TelessaudeRS/UFRGS, Faculdade de Medicina, Programa de Pós Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. marcelorog@gmail.com

Erno Harzheim. TelessaudeRS/UFRGS, Faculdade de Medicina, Programa de Pós Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. ernoharz@terra.com.br

Abstract

Objective: To discuss the association between microcephaly and intrauterine infection by Zika virus. Microcephaly occurs when a child is born with a head smaller than expected when compared to babies of the same sex and age. Known causes of microcephaly include congenital infections. The increase in the number of microcephaly cases in Northeast Brazil between October and November 2015, which coincided with the emergence of Zika virus in the country in May of the same year, led to the hypothesis of an association between microcephaly and intrauterine Zika virus infection. Zika is an arbovirus that is closely related to yellow fever and dengue viruses. *Aedes aegypti* mosquitoes are the primary vector of transmission. Possible transmission through sexual contact and blood transfusion, as well as the implication of other vectors, such as *Aedes albopictus* and even *Culex sp* increases the need for preventive action. The test for viral detection is ideally performed before the 5th day following the onset of symptoms. Serology tests are not yet widely available in Brazil. **Methods:** We performed a narrative literature review. **Conclusion:** The hypothesis of an association between microcephaly and Zika virus is based on reports of spatial/temporal relationship, pattern of neurologic alterations associated with congenital malformations, and findings of viral RNA in amniotic fluid and fetal tissue. Definitive conclusions about the causality can only be reached after further research and availability of laboratory tests. The current evidence strongly supports the association between microcephaly and Zika infection, and all preventive measures must be stimulated.

Keywords:

Microcephaly
Flavivirus
Aedes
Zika virus
Pregnant Women

Cite as: Bastos CM, D'Avila OP, Umpierre RN, Faccini LS, Gonçalves MR, Harzheim E. Microcephaly and Zika Virus: clinical features and associations. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-10. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1297](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1297)

Funding:

none declared.

Ethical approval:

not necessary.

Conflito de interesses:

none declared.

Provenance and peer review:

externally reviewed.

Received: 07/03/2016.

Accepted: 25/04/2016.

Resumo

Objetivo: Discutir a associação entre microcefalia e a infecção materna por Zika Vírus. A microcefalia é o tamanho da cabeça menor do que o esperado em comparação com bebês do mesmo sexo e idade. Entre as causas conhecidas, estão as infecções congênitas. O aumento de casos entre outubro e novembro de 2015 no nordeste brasileiro, que coincidiu com a presença da circulação de novo vírus no país, em maio do mesmo ano, criou a hipótese de associação entre a microcefalia e a infecção materna durante a gravidez. O Zika Vírus é um arbovírus similar ao da Febre Amarela e da Dengue, transmitido principalmente através da picada do *Aedes aegypti*. A provável transmissão por relação sexual e transfusão de sangue, além de outros vetores como o *Aedes albopictus* e possivelmente até o pernilongo (*Culex sp*) aumentam a necessidade de cuidados preventivos em relação à infecção. O exame para detecção viral idealmente é realizado até o quinto dia após o início dos sintomas. Sorologias ainda não são amplamente disponíveis no Brasil. **Métodos:** Revisão narrativa da literatura. **Conclusão:** A associação entre casos de microcefalia e o Zika Vírus é embasada nos relatos de relação tempo-espacial, padrão de alterações neurológicas associado a malformações congênitas, presença do RNA viral no líquido amniótico e nos tecidos de fetos. As respostas definitivas de causalidade serão possíveis após pesquisas e disponibilidade de exames laboratoriais. As evidências até agora apoiam fortemente esta hipótese e todas as medidas preventivas devem ser estimuladas.

Palavras-chave:

Microcefalia
Flavivirus
Aedes
Zika vírus
Gestantes

Resumen

Objetivo: Discutir las asociaciones entre microcefalia e infección materna por Virus Zika. La microcefalia es el tamaño de la cabeza menor de lo esperado en comparación con los bebés del mismo sexo y edad. Entre las causas conocidas están las infecciones congénitas. El aumento de casos entre octubre y noviembre de 2015 en el nordeste de Brasil, que coincidió con la presencia de la nueva circulación del virus en el país en mayo del mismo año, creó la hipótesis de asociación entre la microcefalia y la infección de la madre por Virus Zika durante el embarazo. El virus Zika es un arbovirus similar al dengue y la fiebre amarilla. El virus se transmite a través de la picadura del mosquito *Aedes aegypti*. La probable transmisión por vía sexual y por la transfusión de sangre - además de otros vectores como el *Aedes albopictus* y posiblemente el mosquito *Culex sp* - aumentan la necesidad de atención preventiva contra la infección. El cuadro clínico es benigno, autolimitado, caracterizado por erupción maculopapular asociado con otros síntomas tales como conjuntivitis, artralgia y la inflamación de las articulaciones. El examen para la detección del virus se realiza idealmente por el quinto día después de la aparición de los síntomas. Las pruebas serológicas no están ampliamente disponibles en Brasil. **Métodos:** Revisión de literatura. **Conclusión:** La asociación entre los casos de microcefalia y el virus Zika se basa en informes de patrón de relación tiempo-espacial de los trastornos neurológicos asociados con malformaciones congénitas, el ARN viral presente en el líquido amniótico y tejidos de fetos. Las respuestas definitivas de causalidad serán posibles después de la investigación y la disponibilidad de pruebas de laboratorio. Hasta ahora, las evidencias apoyan firmemente esta hipótesis y todas las medidas preventivas deben ser estimuladas.

Palabras clave:

Microcefalia
Flavivirus
Aedes
Virus Zika
Mujeres Embarazadas

Introduction

Microcephaly occurs when a child is born with a head smaller than expected when compared to babies of the same sex and age.¹ It is formally defined as a head circumference, with an occipital-frontal circumference below the 3rd percentile for gestational age, or as a ratio of femur length to head circumference ≥ 2 standard deviations below the norm. There are different cutoff points and measures to diagnose microcephaly, but most of them are based on sex, age, or gestational age standards measured at birth. Severe microcephaly is defined as a head circumference more than 3 standard deviations below the mean. In the United States, for example, the incidence of severe microcephaly ranges from 2 to 12 per 10,000 live births, with an overall incidence of microcephaly estimated at 3% of all live births.²

In practical terms, considering the World Health Organization (WHO) head circumference-for-age charts, male or female infants born at ≥ 37 weeks of gestational age with head circumference of at least 32 cm are categorized above the 3rd percentile, and thus do not have microcephaly.³⁻⁵ In the case of infants born before 37 weeks of gestational age, the Fenton or InterGrowth references are usually employed. Each of these reference standards has different cutoff points and therefore different sensitivity and specificity to detect microcephaly. Victora et al.⁶ have recommended the use of the InterGrowth reference, shown to have optimal specificity without compromising sensitivity, for surveillance of suspected cases of microcephaly in Brazil.

Newborns with microcephaly may have a variety of associated problems, depending on the severity of the condition. These include seizures, developmental delay, intellectual disability, problems with balance, difficulties feeding and swallowing, hearing loss, and visual impairment.²

The known causes of microcephaly include maternal infections during pregnancy, such as rubella, toxoplasmosis, syphilis or cytomegalovirus. Other causes of microcephaly include severe malnutrition or maternal exposure to alcohol, drugs, or chemical agents during pregnancy (Table 1).

Table 1. Known causes of microcephaly.

Genetic	Chromosomal/genetic syndromes or abnormalities, neuroanatomical abnormalities
Exposure to toxins	Alcohol, radiation, cocaine, tobacco, or other teratogens
Infections	Syphilis, rubella, HIV, cytomegalovirus, toxoplasmosis, herpes simplex, and other congenital infections
Metabolic disease	Diabetes, phenylketonuria among others
Nutritional	Malnutrition
Vascular	Anoxia, hypoxia, or ischemia

Source: Telessaude/RS (2015).

The Latin-American Collaborative Study of Congenital Malformations (*Estudo Colaborativo Latino-Americano de Malformações Congênitas*, ECLAMC) is an epidemiologic surveillance program that collects data from maternities in Latin American countries (in some cases uninterruptedly since 1969). ECLAMC keeps track of the frequency of congenital malformations, investigating and monitoring changes so as to draw attention to uncommon peaks, searching for causes and promoting primary prevention.⁷ According to ECLAMC, the incidence of severe microcephaly in participating Brazilian hospitals was 4.53 per 10,000 live births in the period between 1982 and 2013. Approximately half of the cases of microcephaly in this period had associated disorders. Among maternal diseases, syphilis, toxoplasmosis, influenza, epilepsy, and diabetes are considered to be risk factors for microcephaly.⁷

In the past years, a progressive increase in the number of microcephaly cases has been recorded by ECLAMC. This increase is justified by improved diagnosis of prenatal malformations, better cases reporting, and by an increase in the number of referrals of problematic pregnancies to participating hospitals - many of which provide specialized care in areas such as fetal medicine, medical genetics, neonatology, or cardiologic/pediatric surgery. Therefore, many patients are referred to these institutions for pre-natal diagnosis. The rate of microcephaly is higher in most Brazilian hospitals as compared to hospitals from other Latin American countries, except Chile, where the situation is similar to Brazil. Coincidentally, Brazil and Chile have the highest rate of cytomegalovirus infection in Latin America.⁷

Based on the frequency of microcephaly cases per participating Brazilian hospital, the overall adjusted rate is 1.42 per 10,000 live births.⁷ The rate of microcephaly is not easily estimated; complicating factors include the heterogeneity of the population, the variety of causal factors, the different definitions used, variations in the quality of diagnostic methods, and the role played by some hospitals as referral centers. The current adjusted rate is 1.98 per 10,000 (CI: 1.478-2.265).⁷ This figure may be an underestimation for the Brazilian Northeast, since the prevalence of microcephaly is higher in that region.

ECLAMC has also compared phenotypic data of microcephaly cases from the states of Pernambuco and São Paulo available in the Brazilian Live Births Information System (*Sistema de Informação de Nascidos Vivos*, SINASC) until the beginning of December 2015. The following variables were compared: weight,

gestational age, and proportion of associated cases. The aim was to identify a phenotypic trait-linked to a specific type of microcephaly or to an excessive number of reported, but unconfirmed, cases of microcephaly. Among the difficulties hindering an evaluation is the fact that different information is provided in the two states in live birth certificates regarding congenital defects, which would consequently result in different rates of microcephaly associated with differences in information.⁷

In addition, socioeconomic differences may have influenced the quality of prenatal care in the two states, as well as the number of children with microcephaly caused by low birth weight and the number of premature births and prenatal infections. In the state of Pernambuco, 203 cases of microcephaly and 32 cases of microcephaly with an additional associated diagnosis had been recorded until early December 2015. Of these, 25 occurred in October and November. This peak may have been caused by a change in diagnostic criteria. In relation to other associated malformations, full physical examination of all microcephaly patients was recommended for evaluation of arthrogyrosis, clubfoot, scoliosis, and genital abnormalities, among others. From the 28 cases with associated malformations, eight presented genital changes.⁷ The SINASC database captures about 1% of birth defects in live births, against an expected 3%; thus, active searches will necessarily translate into an increase in the number of cases recorded.

The increase in the number of microcephaly cases in October and November of 2015 coincided with reports of clinical manifestations compatible with Zika virus infection in May of that year, that is, approximately 30 to 35 weeks before the first microcephaly case was reported.

The aim of the present study was to review literature and discuss the evidence regarding the association between microcephaly and Zika virus.

Methods

For the present study, the literature was reviewed by the research of published materials regarding the topic of interest. Data were collected exclusively on-line, in February 2016, in the following databases: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Virtual Health Library (LILACS), and PubMed/National Library of Medicine (NLM). Data were collected in two stages.

The first stage involved a search for articles about arboviruses and microcephaly. The following search terms were employed: ((Congenital, Hereditary, and Neonatal Diseases and Abnormalities [MeSH Terms]) OR "Microcephaly"[Mesh]) AND ("Arboviruses"[Mesh] OR "Encephalitis, Arbovirus"[Mesh] OR "Arbovirus Infections"[Mesh] OR "Flavivirus"[Mesh]) OR ("Zika Virus"[Mesh] OR "Zika Virus Infection"[Mesh]). This research strategy produced 243 quotations.

To identify articles about Zika virus and microcephaly, the following research strategy was employed: (((zika[Text Word]) OR "Zika Virus Infection"[MeSH Terms]) OR "Zika Virus"[MeSH Terms])) AND (((microcephaly[Text Word]) OR ((Congenital, Hereditary, and Neonatal Diseases and Abnormalities"[MeSH Terms])))) OR Microcephaly[MeSH Terms]). This resulted in 45 quotations.

Following retrieval, the material for analysis was selected based on criteria of recentness, relevance of information sources, scientific originality, and biological plausibility of the association. This step resulted in a set of articles submitted to critical and interpretative analysis by peers, with the necessary impartiality and objectivity, that were related to information and ideas of authors with the aim of the study.

Results and Discussion

Zika virus

Zika is a flavivirus initially identified in 1947 in Uganda, Africa. In the past 10 years, two Zika virus outbreaks have been observed, one on Yap Island, Federated States of Micronesia, and the other in French Polynesia, with a strain belonging to the Asian lineage, the same involved in cases of autochthonous transmission in Brazil.⁸ Presence of the virus has been reported in over 40 countries according to the European Center for Disease Prevention and Control (ECDC).⁹

Zika was first reported in Brazil in May 2015. At the end of that year, the presence of Zika virus in South America and an observed increase in the number of microcephaly and Guillain-Barre syndrome cases led to the hypothesis of an association between these events. Finally, in February 2016, WHO declared that the cluster of microcephaly and Guillain-Barre syndrome cases constituted a Public Health Emergency of International Concern (PHEIC).¹⁰ Up until then, Zika fever was considered to be benign, causing no major impairments when compared to the spectrum of viral manifestations in the flavivirus group.

Zika virus, which belongs to the family Flaviviridae, is a single stranded, positive sense RNA virus. The full virus structure is unknown, but it is probably enclosed in a lipid envelope. Zika is phylogenetically related to dengue, yellow fever, and West Nile viruses - and even to the hepatitis C virus. Zika is an arbovirus, that is, transmitted to humans by infected insects. Zika has been isolated from several species of *Aedes*-genus mosquitoes, such as *Aedes aegypti*, *Aedes albopictus*, and others. Vertebrate hosts include humans and monkeys.^{11,12}

Aedes mosquito bites are the most important known mode of transmission, with some species playing a role in enzootic maintenance (in the wild). The transmission capacity of *Aedes aegypti* and *Aedes albopictus* is a major public health problem. *Aedes aegypti*, a mosquito measuring less than 1 cm, is globally distributed in tropical and temperate zones. It does not make a buzzing noise and its bite is frequently painless, causing only minor itching or irritation. This anthropophilic mosquito is well adapted to human environments. Males and females rest in households, indicating that they are highly adapted to humans. Females usually lay eggs in clean water and artificial containers.¹³

Sexual transmission has been suggested following development of illness in the female partner of a man who had returned from an endemic area and who had symptoms during a short period. Because local mosquito-borne transmission of Zika virus was not considered possible, the case supports the idea of direct person to person transmission.²

The presence of hematospermia and the identification of the viral particle in semen are also evidence of the plausibility of sexual transmission. Other modes of Zika virus transmission - perinatal, blood transfusion, have been described, but the epidemiological impact of these modes of transmission is unknown.²

The magnitude of the impact of infection and dissemination of the Zika virus in humans is difficult to evaluate because only 20% of the cases have clinical symptoms. Incubation period is typically 3 to 12 days. Symptoms last from 3 to 7 days. Duration of the viremic period has not been established, but it is believed to be short. In theory, direct detection of the virus would be possible up to 4 to 7 days after the onset of symptoms, even though the material should ideally be examined until the 4th day for direct viral

detection. Differently from most infectious diseases, the presence of immunoglobulin G (IgG) antibodies has been reported approximately one week after the onset of symptoms, whereas immunoglobulin M (IgM) results are negative. Two weeks after the onset of symptoms, viral detection is negative and IgG and IgM antibodies are positive.¹³

Recently reported clinical manifestations include maculopapular rash (sometimes pruritic), low to moderate fever, non-purulent conjunctivitis, arthralgia and periarticular edema, especially of the hands and feet, myalgia and headaches, in addition to other nonspecific signs, such as asthenia, retro-orbital pain, anorexia, vomiting, diarrhea, or abdominal pain. The course of Zika virus infection is benign in most cases. However, the increase in the number of Guillain-Barre syndrome and microcephaly cases possibly associated with congenital infection have prompted joint efforts by many internationally recognized institutions, leading to partnerships for case-control studies and for the development of vaccines and laboratory tests capable of rapid, specific, and economically viable methods of virus detection.

Investigations are still underway to determine the association between microcephaly and Zika virus infection during pregnancy. Factors that may be helpful to clarify this issue probably include the large-scale availability of serologic assays for identification of virus manifestations and follow-up of susceptible pregnant women or of those testing positive or with confirmed infection.

Association between Zika virus and microcephaly

Many factors support a positive link between microcephaly in newborns and Zika virus infection during pregnancy: the time/space association between presence of the virus and the growing number of microcephaly cases, the finding of viral RNA in amniotic fluid of mothers of microcephaly babies and in fetal brain tissue, malformation patterns that are compatible with congenital infection, ocular findings that are similar to those of other congenital infections, and viral neurotropism.¹⁴⁻¹⁶

The suspected cases of microcephaly possibly associated with Zika virus infection are spatially scattered, suggesting a viral rather than toxic etiology. Environmental agents, such as toxic agents in water, are spatially restricted. The time association suggests a correspondence between the increase in microcephaly cases and the increase in viral circulation, supporting the idea of a link between infection and malformations. The confirmation of microcephaly in the cases reported in the Brazilian Northeast, in higher numbers than expected, may reflect a real increase in the number of microcephaly cases in Brazil.¹⁷

The presence of viral RNA in amniotic fluid shows that the virus can cross the placenta, suggesting vertical transmission. Also, the presence of viral RNA in brain tissue of fetuses with malformations presumably attributable to Zika virus indicates that the virus is present in affected tissues even in pregnant women with suspected infection and negative laboratory results, which may be explained by PCR positivity limited to the first five symptomatic days and serology tests not being widely available.¹⁷

The report of two cases with cerebral calcifications and other malformations identified on obstetric ultrasound, suggesting intrauterine infection, along with viral presence in amniotic fluid, indicate a positive association between maternal infection with Zika virus and microcephaly.¹⁴ The central nervous system alterations that are known so far are compatible with other congenital viral infections, with a characteristic pattern that is similar to that of other viruses (including other flaviviruses); together with the presence of the viral particle in amniotic fluid, this provides evidence that the virus crosses the placenta, reaching the fetus.¹⁴

Histopathologic findings were limited to the brain and included parenchymal calcification, microglial nodules, gliosis, and cell degeneration and necrosis. Serology tests for toxoplasmosis, rubella, cytomegalovirus, herpes simplex, and HIV were negative. The placenta also presented calcification and fibrin deposition.¹⁸

Freitas et al.¹⁶ evaluated the ocular findings in children with presumed microcephaly resulting from intrauterine Zika virus infection. The study shows similarity between the observed ocular changes and those caused by known congenital viral infections.

The comparison of Zika with other *Flaviviridae* family viruses suggests a neurotropic behavior that is also found in other viruses that causing encephalitis. For example, transmission of West Nile virus through blood transfusion and transplacental transmission have been described in association with malformations.¹⁹

Calvet et al.¹⁷ identified Zika virus in amniotic fluid of two mothers with fetuses with microcephaly and clinical symptoms compatible with Zika infection. Phylogenetic evaluation showed 97-100% identity with the virus. This weakens the hypothesis of viral mutation as an explanation for the increased incidence of microcephaly.¹⁷ The reports of increased brain anomalies following the Zika epidemic in French Polynesia, the similarity between the viral lineages in the two countries, and the absence of data to prove a change in viral genome support the link between microcephaly and congenital Zika virus infection.²⁰

Despite these initial observations, new studies must be performed to confirm the causality link between Zika virus and microcephaly. Other infectious causes, such as syphilis, rubella, cytomegalovirus, may be associated with notified cases. In addition, confounding factors of an environmental nature might be present - for example, factors that facilitate vertical transmission. Even considering the temporal association between increased viral circulation and a growth in the number of cases, active research is always translated into increased reporting, since in general there is underreporting. Especially in the Brazilian Northeast, the change in the definition of case during the evaluation process has contributed to the absolute increase in the number of reported cases. A careful evaluation is thus necessary to distinguish true cases from situations of overdiagnosis.

The first 35 cases of microcephaly with head circumference below two standard deviations revealed the following: all the mothers lived in or had traveled to risk areas, 74% had a rash in the first or second trimester of pregnancy, 71% of the infants had severe microcephaly, with head circumference below three standard deviations, 49% had at least one neurologic abnormality, 27 of the 35 children underwent imaging studies, and 100% of these studies showed alterations.²¹

Establishing a characteristic pattern of congenital changes due to Zika virus requires, in the first place, that other known causes be ruled out. In addition, some genetic syndromes may mimic viral infections. Viral infections do not produce pathognomonic defects, which may weaken the argument used to explain the association between Zika virus and microcephaly.²²

The finding of viral RNA in newborns, in the mother, or in amniotic fluid is not sufficient to confirm causality - that is, it does not prove that congenital infection with Zika virus causes malformations. The presence of viral RNA in amniotic fluid might be explained simply by the rate of viral exposure in a population, considering susceptibility and the estimated rate of microcephaly. Thus, the combination of events may have occurred by chance.

Confirmation of placental transmission, through identification of viral RNA in amniotic fluid, does not alone support an association between Zika virus infection and the appearance of microcephaly with fetal infection. After all, the total number of pregnant women contaminated with Zika virus is unknown, and thus relative risk cannot be calculated, especially considering the benign and asymptomatic viral presentation in adults, which, in many cases, prevents the identification of pregnant women with previous Zika infection. In fact, affected embryos have been identified in asymptomatic women.²¹ In cases of West Nile virus infection, congenital transmission is extremely rare, and infection in the peripartum period or during the first days of life is often considered to be more severe.¹⁹

The analysis of causal associations between two medical conditions is challenging for researchers. In diseases that spread rapidly, the need for fast answers and the limited knowledge regarding clinical manifestations complicate the definition of suspected case. Before serology tests (IgM and IgG) for Zika virus become widely available for prenatal follow-up, the link will remain questionable. Answers are also lacking for other important questions: if the role of Zika in the development of malformations is confirmed, what is the transmission rate?²¹

The growth in the number of cases does not necessarily entail an increase in the incidence of a disease. The growth in the number of cases in a given region depends basically on reporting by health care professionals. Situations that prompt global debate make health care professionals more attentive, which leads to an increase in the absolute number of reported cases. The evaluation of reported cases, comparing the number of true microcephaly cases with the estimated rate, might reveal the real magnitude of the outbreak. Such data are not yet available. However, the present evidence suggests a real increase in the number of microcephaly cases in Brazil.

Final remarks

Definitive answers will be possible when serologic tests are widely available, with follow-up of a cohort of pregnant women, or, initially, with case-control studies that can produce more evidence to strengthen or weaken the causal association. In Brazil, some research is under way. The preliminary report of a cohort of pregnant women with Zika virus in Rio de Janeiro has identified fetuses with central nervous system abnormalities and other severe outcomes, such as fetal death, placental insufficiency, and intrauterine growth restriction.²² In turn, studies in other countries, even though based on imported cases, can help to exclude confounding factors associated with the environment, especially considering the specific cases of travelers or tourists.

The existence of endemic areas, the ease of travel, and the benign nature of Zika infection in adults demands attention from health authorities to pregnant women or those of reproductive age. According to primary prevention measures proposed by ECLAMC, all pregnant women should undergo prenatal control to ensure a healthy pregnancy, and should avoid all drugs except those that are essential, also avoiding the use of tobacco and smoking environments.

People returning from trips to areas with autochthonous cases of Zika infection deserve special care. Goorhuis et al.²³ have reported five patients with Zika-like symptoms imported from Suriname in the end of 2015. All had exanthema, fever, and positive viral detection confirming the clinical presentation. The

onset of symptoms occurred not more than 4 days after returning from the trip. The probability of sexual transmission, the uncertainty regarding the effect on pregnant women, and the progressive increase in the number of imported cases have been a reason for concern in many countries. Despite the apparent short duration of Zika viraemia, travelers may still contribute to spread the virus. The risk of introducing autochthonous transmission depends on the density of mosquito populations.^{24,25}

The link between microcephaly and Zika virus suggests that the recommendations for prevention of arbovirus infection must be intensified for all women of reproductive age, in addition to the usual health measures involving healthy nutrition, physical activity, avoidance of alcohol and tobacco and other drugs. The recommendation to clear stagnant water to prevent breeding, the use of door and window screens, fans and air conditioning, wearing long and loose clothes, and the use of repellent on exposed skin are still the best methods of prevention. The possibility of sexual transmission justifies the recommendation to use condoms as a preventive measure, especially in pregnant women.

Even without definitive proof that Zika virus is the sole cause of the microcephaly outbreak, the evidence available so far strongly supports this hypothesis. All possible public health measures to prevent the infection of women of reproductive age should, therefore, be implemented.

Acknowledgments

Financial support for this project is provided by the National Research Council (CNPq), Ministry of Health (Education and Work Management Office/Department of Health/Department of Health Education Management and Office of Healthcare/Department of Primary Care), and Rio Grande do Sul Department of Health.

References

1. Piovesana AMSG. Encefalopatia crônica (paralisia cerebral): etiologia, classificação e tratamento clínico. In: Fonseca LF, Pianetti G, Xavier CC, eds. *Compêndio de neurologia infantil*. Rio de Janeiro: MEDSI, 2002. p.825-38.
2. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2016. [Accessed 2016 May 24]. Available from: <http://www.cdc.gov/>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. [Accessed 2016 May 24]. Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/09/Microcefalia---Protocolo-de-vigil--ncia-e-resposta---vers--o-1----09dez2015-8h.pdf>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. [Accessed 2016 May 24]. Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/14/PROTOCOLO-SAS-MICROCEFALIA-ZIKA-vers--o-1-de-14-12-15.pdf>
5. World Health Organization. WHO child growth standards: head circumference-for-age, arm circumference-for-age, triceps skinfold-for-age and subscapular skinfold-for-age - methods and development. [internet]. Geneva: WHO; 2007. [Accessed 2016 May 24]. Available from: http://www.who.int/childgrowth/standards/second_set/technical_report_2.pdf
6. Victora CG, Schuler-Faccini L, Matijasevich A, Ribeiro E, Pessoa A, Barros FC. Microcephaly in Brazil: how to interpret reported numbers? *Lancet*. 2016;387(10019):621-4. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00273-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00273-7)
7. Estudo Colaborativo Latino-Americano de Malformações Congênitas. Microcefalia no ECLAMC e no Brasil [Internet]. Buenos Aires: ECLAMC; 2015. [Accessed 2016 May 24]. Available from: <http://www.eclamc.org/port/microcefaliaarchivos.php>
8. Duffy MR, Chen TH, Hancock WT, Powers AM, Kool JL, Lanciotti RS, et al. Zika virus outbreak on Yap Island, Federated States of Micronesia. *N Engl J Med*. 2009;360(24):2536-43. DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa0805715>

9. European Centre for Disease Prevention and Control. Countries and territories with local Zika transmission [Internet]. Solna (SWE): ECDC; 2016. [Accessed 2016 May 24]. Available from: http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/zika_virus_infection/zika-outbreak/Pages/Zika-countries-with-transmission.aspx#fulllist
10. World Health Organization. Declaración de la OMS sobre la primera reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre el virus del Zika y el aumento de los trastornos neurológicos y las malformaciones congénitas. Geneva: WHO; 2016. [Accessed 2016 May 24]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/1st-emergency-committee-zika/es/>
11. Weissenböck H, Hubálek Z, Bakonyi T, Nowotny N. Zoonotic mosquito-borne flaviviruses: worldwide presence of agents with proven pathogenicity and potential candidates of future emerging diseases. *Vet Microbiol.* 2010;140(3-4):271-80. PMID: 19762169 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.vetmic.2009.08.025>.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Dengue: instruções para pessoal de combate ao vetor. Manual de normas técnicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. [Accessed 2016 May 24]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/man_dengue.pdf
13. Ginier M, Neumayr A, Günther S, Schmidt-Chanasit J, Blum J. Zika without symptoms in returning travellers: What are the implications? *Travel Med Infect Dis.* 2016;14(1):16-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.tmaid.2016.01.012>
14. Oliveira Melo AS, Malinger G, Ximenes R, Szejnfeld PO, Alves Sampaio S, Bispo de Filippis AM. Zika virus intrauterine infection causes fetal brain abnormality and microcephaly: tip of the iceberg? *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2016;47(1):6-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/uog.15831>
15. de Paula Freitas B, de Oliveira Dias JR, Prazeres J, Sacramento GA, Ko AI, Maia M. Ocular Findings in Infants With Microcephaly Associated With Presumed Zika Virus Congenital Infection in Salvador, Brazil. [internet]. *JAMA Ophthalmol.* 2016;134(5):529-35. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jamaophthalmol.2016.0267>
16. Mlakar J, Korva M, Tul N, Popović M, Poljšak-Prijatelj M, Mraz J, et al. Zika Virus Associated with Microcephaly. *N Engl J Med.* 2016;374(10):951-8. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1600651> DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1600651>
17. Calvet G, Aguiar RS, Melo AS, Sampaio SA, de Filippis I, Fabri A, et al. Detection and sequencing of Zika virus from amniotic fluid of fetuses with microcephaly in Brazil: a case study. *Lancet Infect Dis.* 2016;pii:S1473-3099(16)00095-5. [Epub ahead of print]. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(16\)00095-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(16)00095-5)
18. Martines RB, Bhatnagar J, Keating MK, Silva-Flannery L, Muehlenbachs A, Gary J, et al. Notes from the Field: Evidence of Zika Virus Infection in Brain and Placental Tissues from Two Congenitally Infected Newborns and Two Fetal Losses - Brazil, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2016;65(6):159-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6506e1>
19. Petersen LR, Brault AC, Nasci RS. West Nile virus: review of the literature. *JAMA.* 2013;310(3):308-15. <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1713596> DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2013.8042>
20. Faye O, Freire CC, Iamarino A, Faye O, de Oliveira JV, Diallo M, et al. Molecular evolution of Zika virus during its emergence in the 20(th) century. *PLoS Negl Trop Dis.* 2014;8(1):e2636. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3888466/> DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0002636>
21. Schuler-Faccini L, Ribeiro EM, Feitosa IM, Horovitz DD, Cavalcanti DP, Pessoa A, et al.; Brazilian Medical Genetics Society–Zika Embryopathy Task Force. Possible Association Between Zika Virus Infection and Microcephaly - Brazil, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2016;65(3):59-62. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6503e2>
22. Brasil P, Pereira JP Jr, Raja Gabaglia C, Damasceno L, Wakimoto M, Ribeiro Nogueira RM, et al. Zika Virus Infection in Pregnant Women in Rio de Janeiro - Preliminary Report. *N Engl J Med.* 2016. [E-pub ahead of print]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1602412>
23. Goorhuis A, von Eije KJ, Douma RA, Rijnberg N, van Vugt M, Stijns C, et al. Zika virus and the risk of imported infection in returned travelers: Implications for clinical care. *Travel Med Infect Dis.* 2016;14(1):13-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.tmaid.2016.01.008>
24. Thomas DL, Sharp TM, Torres J, Armstrong PA, Munoz-Jordan J, Ryff KR, et al. Local Transmission of Zika Virus - Puerto Rico, November 23, 2015-January 28, 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2016;65(6):154-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6506e2>
25. Whitcomb D. Baby born in Hawaii with brain damage confirmed to have Zika infection. [internet]. Reuters. [Accessed 2016 Jan 16]. Available from: <http://www.reuters.com/article/us-usa-health-zika-idUSKCN0UU17U>

Avaliação da presença e extensão dos atributos de atenção primária em dois modelos coexistentes na rede básica de saúde do Município de São Paulo

Assessment of the presence and extent of primary care attributes in two coexisting models of the primary health care network of the city of São Paulo

Evaluación de la presencia y extensión de los atributos de atención primaria de salud en dos modelos coexistentes en la red básica de salud de la ciudad de São Paulo

Bruno Brunelli. Faculdade Medicina da Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: dr_brunobrunelli@yahoo.com.br

Gustavo Diniz Ferreira Gusso. Hospital Universitário da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil. E-mail: gustavo.gusso@usp.br

Itamar de Souza Santos. Hospital Universitário da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil. E-mail: itamarss@gmail.com

Isabela Judith Martins Benseñor. Hospital Universitário da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil. E-mail: isabensenor@hu.usp.br (*Autora correspondente*)

Resumo

Introdução: No Brasil, faltam avaliações que mensurem o desempenho direto da Atenção Primária à Saúde (APS). Serviços desenvolvidos para a atenção à demanda espontânea de baixa complexidade como as Assistências Médicas Ambulatoriais (AMA), de São Paulo, são oferecidos como alternativa à Estratégia de Saúde da Família (ESF), o serviço brasileiro oficial de APS, mas ainda não há estudos comparativos entre eles. **Objetivo:** Comparar a presença e extensão dos atributos de APS em dois representantes desses dois serviços da cidade de São Paulo: uma Unidade Básica de Saúde (UBS), parte integrante da ESF, e uma AMA. **Métodos:** Este artigo trata de um estudo transversal utilizando o *Primary Care Assessment Tool*, versão validada em português (PCATool Brasil). **Resultados:** Foram aplicados 616 questionários, 76,3% demonstrou-se afiliado à UBS e 12,3% à AMA. Os frequentadores da UBS se demonstraram mais pobres. A UBS apresentou escores essencial e geral maiores (5,64 e 5,58 contra 3,70 e 3,38, respectivamente) e teve médias superiores em todos os atributos, exceto "acessibilidade" (2,46 contra 3,68). Apenas a UBS apresentou atributos com escores superiores a 6,6: "Acesso de Primeiro Contato - Utilização" (7,22) e "Coordenação - Sistemas de Informação" (7,31). Entretanto, a má avaliação dos outros atributos do PCATool na UBS foi preponderante para considerá-la um serviço de baixa orientação à APS, assim como a AMA. **Conclusão:** Os usuários identificam muito pouco os atributos de APS nos dois serviços, em um nível aquém do considerado satisfatório, mesmo que os escores da UBS sejam mais elevados do que os da AMA em 8 dos 10 atributos. Apesar de ser reconhecido como um bom local para realizar o primeiro contato com o sistema, a falta de acessibilidade prejudica a UBS como serviço de APS. A AMA, apresentada como a solução para o problema, não demonstra desempenho que a justifique como alternativa.

Palavras-chave:

Atenção Primária à Saúde
Avaliação de Serviços de Saúde
Estratégia Saúde da Família
Acesso aos Serviços de Saúde

Fonte de financiamento:

Fundação de Apoio a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAURGS).

Parecer CEP:

376.519 (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP) aprovado em 28/08/2013.

Conflito de interesses:

declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:

revisado por pares.

Recebido em: 08/11/2015.

Aprovado em: 26/05/2016.

Como citar: Brunelli B, Gusso GDF, Santos IS, Benseñor IJM. Avaliação da presença e extensão dos atributos de atenção primária em dois modelos coexistentes na rede básica de saúde do Município de São Paulo. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-12. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1241](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1241)

Abstract

Introduction: In Brazil, there is a lack of information about the direct performance of Primary Health Care. In the city of São Paulo, Outpatient Medical Care units (Assistências Médicas Ambulatoriais - AMAs), walk-in clinics developed to address acute diseases of low complexity, are offered as an alternative to the Family Health Strategy - FHS (Estratégia Saúde da Família), the official Brazilian PHC service, and there are no comparative studies of them. **Objectives:** To assess the presence and extent of PHC attributes in two units in the city of São Paulo: a Basic Health Unit (Unidade Básica de Saúde - BHU), part of the FHS, and an AMA. **Methods:** This article is a cross-sectional study using the Primary Care Assessment Tool validated version in Portuguese (PCATool Brazil). **Results:** Questionnaires were applied to 616 people, 76.3% of whom reported an affiliation with the BHU and 12.3% with the AMA. The BHU users were poorer. The BHU had higher essential and overall scores than the AMA (5.64 and 5.58 versus 3.70 and 3.38, respectively) and higher averages for all the attributes, except for "accessibility" (2.46 compared to 3.68). Only the BHU presented scores over 6.6: "Access to First Contact - Utilization" (7.22) and "Coordination - Systems of Information" (7.31). However, the poor evaluation of the other PCATool attributes in the BHU was preponderant to consider it as a low oriented PHC service, just as the AMA. **Conclusion:** The users identified a very low level of satisfactory development of PHC attributes in the two services evaluated, even though the BHU scores were higher than those of the AMA in 8 of the 10 attributes. Despite being recognized as a good place to get the first contact to the system, the lack of accessibility affects BHU as a PHC service. The AMA, presented as the solution to the problem, has no performance to justify itself as an alternative.

Keywords:

Primary Health Care
Health Services Evaluation
Family Health Strategy
Health Services Accessibility

Resumen

Introducción: En Brasil, carecen las evaluaciones que miden el desempeño directo de la Atención Primaria de Salud (APS). Servicios desarrollados para la atención a la demanda espontánea de baja complejidad como las "Assistências Médicas Ambulatoriais" (AMA) de São Paulo se ofrecen como una alternativa a la Estrategia de Salud Familiar (ESF), el servicio brasileño oficial de APS, pero todavía no hay estudios que comparaban ellos. **Objetivos:** Comparar la presencia y extensión de los atributos de la atención primaria entre dos representantes de esos dos servicios en São Paulo: una Unidad Básica de Salud (UBS), parte de la ESF, y un AMA. **Métodos:** Este artículo es un estudio transversal utilizando el Primary Care Assessment Tool validado versión en portugués (PCATool Brasil). **Resultados:** Se aplicaron 616 cuestionarios, 76,3% resultó estar afiliado a UBS y 12,3% a la AMA. Los clientes de la UBS se demostraron más pobres. UBS tuvo puntuaciones superiores en los escores esenciales y generales (5,64 y 5,58 frente a 3,70 y 3,38) y tuvieron promedios más altos en todos los atributos excepto la "accesibilidad" (2,46 frente a 3,68). Sólo UBS presentó atributos con puntuaciones más altas que 6,6: "Acceso de Primer Contacto - Utilización" (7,22) y "Coordinación - Sistemas de Información" (7,31). Sin embargo, la mala evaluación de los otros atributos del PCATool en la UBS fue preponderante para considerarla como un servicio de baja orientación a la APS, así como la AMA. **Conclusión:** Los usuarios identificaron muy poco los atributos de APS en ambos los servicios a un nivel abajo de lo satisfactorio, aunque los resultados de UBS fueron superiores a la AMA en 8 de los 10 atributos. A pesar de ser reconocido como un buen lugar para lograr el primer contacto con el sistema, la falta de accesibilidad afecta la UBS como servicio de APS. La AMA, presentada como la solución al problema, no tiene el rendimiento para justificarla como una alternativa.

Palabras clave:

Atención Primaria de Salud
Evaluación de
Servicios de Salud
Estrategia de Salud Familiar
Accesibilidad a los
Servicios de Salud

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é, atualmente, a base para muitos sistemas de saúde bem sucedidos ao redor do mundo. O Brasil tem realizado reformas importantes para a valorização da APS, sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) o principal exemplo.¹ Estudos vêm associando a implantação da ESF nos municípios com melhoras em vários indicadores.^{2,3} Não está claro, entretanto, se estes resultados seriam consequência da melhora de outros fatores como renda ou saneamento básico. Faltam avaliações que mensurem o desempenho direto da APS.⁴

Desde a expansão da ESF para municípios maiores de 100.000 habitantes, em 2002, o Brasil tem investido mais em fortalecer o papel avaliatório do Sistema Único de Saúde (SUS). A Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) foi lançada em 2011 com o objetivo de melhorar a Atenção Básica. Entretanto, o fato de se consistir em uma autoavaliação entregue aos superiores e de ser constituído por respostas dicotômicas leva a uma superestimação por parte do avaliador, caracterizando um viés. A ausência de pontos de corte definidos, a falta de estudos de validação do instrumento, o fato de ser desconhecido em outros países e seu direcionamento exclusivo à ESF são outras limitações.⁵

Vários modelos de APS coexistem no país, mas não há estudos avaliatórios comparativos entre eles que subsidiem as práticas de gestão. A prefeitura da cidade de São Paulo considera as suas unidades de atendimento à demanda espontânea de baixa complexidade, as Assistências Médicas Ambulatoriais (AMA), como parte integrante da rede básica.⁶ A AMA se assemelha às Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) do governo federal pelo fato de, na prática, serem a referência dos usuários para esta demanda espontânea de baixa complexidade. Entretanto, não apresentam uma rede de urgências e emergências organizadas em níveis diferentes de complexidade como as UPA. Ambos os serviços terminam sendo oferecidos como alternativa à ESF para o atendimento a esta demanda, porém pouco se conhece sobre o seu desempenho.⁷

Shi et al.,⁸ Bindman et al.⁹ e Shi¹⁰ demonstraram internacionalmente, por meio da ferramenta PCATool (*Primary Care Assessment Tool*), que melhores indicadores de saúde estão associados ao maior desenvolvimento dos aspectos estruturais e processuais da APS nos serviços de saúde primários. Este artigo utiliza a versão validada em português PCATool Brasil para avaliar a presença e extensão dos atributos de APS em dois serviços da cidade de São Paulo: uma Unidade Básica de Saúde (UBS), parte integrante da ESF, e uma AMA.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal realizado entre novembro de 2013 e maio de 2014 na cidade de São Paulo, na área geográfica coberta pela UBS Luar do Sertão, subdistrito do Capão Redondo. Bairro dormitório, concentra 275.230 habitantes,¹¹ com uma densidade demográfica de 202,38 habitantes por km² e IDH de 0,782. Conta com 12 UBSs e 2 AMAs. Cada UBS possui sua própria área estabelecida, atendendo de forma longitudinal os habitantes que vivem dentro de seu território. As consultas se dão majoritariamente por meio de agendamento, focando principalmente o cuidado de doenças crônicas e grupos de risco como gestantes e crianças até 2 anos. Por outro lado, as AMAs atendem de portas abertas, promovendo atendimentos imediatos para qualquer um que experimente queixas agudas, independentemente de seu endereço, servindo de referência no atendimento da demanda espontânea para um grupo de UBSs.

Embora possa haver mais afinidade por um serviço ou outro, não há rigidez na fidelidade. AMA e UBS desempenham diferentes papéis no cuidado, sendo o indivíduo livre para escolher qual serviço se encaixa mais nas suas expectativas naquele determinado momento de sua vida.

Foram avaliados neste estudo a UBS Luar do Sertão e sua referência, a AMA Parque Fernanda. Distantes 2,8km uma da outra, compartilham uma parte do território e, por isso, competem por uma parte dos usuários.

Características dos Serviços

Criada em 2005 com 6 equipes de saúde da família, a UBS Luar do Sertão apresentava, em novembro de 2014, 5992 famílias cadastradas, correspondendo a 16.087 indivíduos com mais de 15 anos (53,6% de mulheres),¹² dos quais 16,42% possuíam planos de saúde. Vale ressaltar que neste território vivem mais pessoas além destas, que não possuem cadastro e não usam o serviço, embora possam usar outros serviços públicos ou privados, incluindo nesse rol a AMA Parque Fernanda. Não há dados formais sobre estes não usuários.

População incluída no estudo

O estudo avaliou adultos maiores de 18 anos residentes na área da UBS Luar do Sertão. Participaram da coleta de dados indivíduos cadastrados ou não à unidade, que aceitaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que se demonstraram afiliados aos serviços avaliados no estudo após responder ao módulo inicial do PCATool Brasil.

Para cálculo da amostra, consideraram-se dados oficiais do Ministério da Saúde sobre a produção de consultas de APS na cidade de São Paulo (UBS + AMA).¹³ Em 2007, 33,9% dessas consultas foram consideradas de demanda espontânea, a maior parte delas ocorrendo nas AMA (27,5% do total). Seguindo esses números, estimou-se a preferência pela ESF em 72,5% e a AMA em 27,5%, com um nível de confiança de 95% e margem de erro de 10%, correspondendo a pelo menos 77 pessoas em cada grupo (UBS e AMA).

Sistematização das Entrevistas

Estudantes universitários de um centro universitário próximo (Centro Universitário Adventista de São Paulo - UNASP) conduziram as entrevistas entre novembro de 2013 e maio de 2015 após serem treinados pelos autores.

Os domicílios foram escolhidos de maneira sistematizada: um a cada dez, começando do primeiro da rua, em todas as ruas da área. Nenhum contato prévio com os entrevistados aconteceu e nenhuma preferência por serviço foi estabelecida antes da entrevista. Usuários cadastrados e não cadastrados a UBS Luar do Sertão foram aceitos. Se um dos domicílios era escolhido e estivesse vazio ou houvesse recusa do usuário em participar, os próximos portões eram visitados até que houvesse sucesso. Buscou-se alcançar uma representatividade de 10% das famílias que residem na área de abrangência. As visitas foram realizadas em horários variados (comercial, vespertino e aos domingos) para possibilitar a captação de usuários economicamente ativos.

PCATool

Shi⁸ usou o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), criado por Starfield,¹⁴ para mostrar que melhores indicadores de saúde estão internacionalmente associados ao melhor desenvolvimento dos aspectos estruturais e processuais da APS. Aplicável por meio de entrevistadores, é conhecido mundialmente e no Brasil foi validado em 2006 por Harzheim et al.¹⁵ O questionário brasileiro, PCATool Brasil, consiste em 87 perguntas distribuídas entre 10 atributos:

- Afiliação: o quanto o usuário se identifica com o serviço (a resposta deste módulo definia o serviço ao qual o usuário era afiliado);
- Acesso de primeiro contato (utilização): a extensão do acesso para cada tipo de uso (consulta de *check-up*, retorno ou se desejo de passar com o especialista);
- Acesso de primeiro contato (acessibilidade): itens de estrutura do serviço como localização e horários;
- Longitudinalidade: atenção contínua ao longo do tempo;
- Coordenação (integração dos cuidados): articulação sincronizada entre diversos serviços e ações (referência/contrarreferência);

- Coordenação (sistema de informações): qualidade dos registros;
- Integralidade (serviços disponíveis): serviços considerados básicos presentes na própria unidade e a resolutividade do serviço;
- Integralidade (serviços prestados): prevenção e promoção de saúde;
- Orientação familiar: o reconhecimento de fatores familiares na determinação e tratamento da doença;
- Orientação comunitária: o reconhecimento dos fatores ambientais e comunitários na determinação e tratamento da doença.

O questionário é aplicado na forma Likert, em que o grau de concordância (concordar totalmente a discordar totalmente) gera pontos de 1 a 4. A média entre as perguntas que compõem o atributo representa o escore do atributo, que é transformado em base decimal. A média dos 8 primeiros escores representa o escore essencial individual de APS e a média de todos os 10 escores, o escore geral individual de APS.¹⁶ A média entre todos os escores individuais produz os escores dos serviços por atributo, seu escore essencial e geral. São considerados serviços de alto escore aqueles que obtiverem valor de escore geral maior que 6,6.¹⁷

A primeira parte do PCATool, a “Afiliação”, identifica o serviço que o entrevistado prefere. Quanto mais ele menciona aquele serviço em particular em suas respostas, mais é considerado afiliado ao serviço.

Avaliação sociodemográfica

Um questionário auxiliar foi aplicado a todos os entrevistados, buscando averiguar: idade, sexo, profissão, estado civil, horário de trabalho, escolaridade e classe social. A escolaridade foi sistematizada em quatro grupos: Ensino fundamental incompleto, fundamental, médio e superior completos. A classe social foi definida em A, B, C, D ou E por questionário socioeconômico que avaliava escolaridade e posse de bens.¹⁸

Análise estatística

As variáveis categóricas foram apresentadas como proporções e comparadas utilizando-se o teste do Qui-quadrado. As variáveis numéricas foram apresentadas como média (desvio-padrão) e mediana (intervalo interquartil) e comparadas usando-se ANOVA com teste *post hoc* de Bonferroni ou teste de Kruskal Wallis, conforme indicado. Como todos os estudos internacionais e nacionais usando o PCATool, inclusive os estudos de validação do instrumento, apresentaram seus resultados por meio de médias (desvio-padrão), optamos por apresentar os resultados também como média (desvio-padrão) para possibilitar a comparação. A análise foi feita no *software* SPSS versão 22.0.

Resultados

Foram aplicados 616 questionários. A Tabela 1 descreve as características sociodemográficas por serviço de saúde frequentado. Do total de incluídos, 54 (8,7%) entrevistados referiram afiliação a convênios particulares e 16 (2,6%) afiliação a outros serviços municipais próximos. Nesses casos, a aplicação do questionário do PCATool Brasil não prosseguiu além do atributo “afiliação”.

Tabela 1. Características gerais da amostra estudada de acordo com o serviço de saúde que mais frequenta.

	Local de atendimento				
	UBS (%) n=470	AMA (%) n=76	Valor de p entre AMA e UBS	Convênio (%) n=54	Valor de p entre os 3 serviços
Idade Média (Desvio Padrão)	48,22* (15,11)	43,97 (14,23)	0,22	42,46* (11,20)	0,03
Faixa Etária Conforme SIAB					
<20 anos	3,60%	1,30%		1,90%	
20-39 anos	26,80%	43,40%		37,00%	
40-49 anos	21,90%	25%	0,01	31,50%	0,02
50-59 anos	22,10%	10,50%		24,10%	
≥60 anos	25,50%	19,70%		5,60%	
Sexo					
Masculino	20%	13,20%		37%	
Feminino	80%	86,80%	0,15	63%	0,03
Vínculo Empregatício					
Empregados	39,70%	42,10%		59,30%	
Desempregados	4,10%	3,90%		3,70%	
Do Lar	41,20%	39,50%	0,98	29,60%	0,23
Aposentados	15,10%	14,50%		7,40%	
Estabilidade da União Civil					
União Estável	62,57%	68,43%		68,53%	
Sem União Estável	37,43%	31,57%	0,09	31,47%	0,28
Horário de Trabalho					
Período Integral	28,08%	30,26%		44,44%	
Meio Período (Manhã ou Tarde)	7,66%	2,62%	0,28	9,25%	0,57
Noite	1,70%	1,31%		3,70%	
Escolaridade					
Fundamental Incompleto	52,55%	44,73%		37,03%	
Fundamental Completo	15,96%	14,47%		16,66%	
Médio Completo	28,93%	38,15%	0,43	46,29%	0
Superior Completo	2,56%	2,63%		12,96%	
Classe Econômica					
B	19,35%	24,99%		42,60%	
C	65,54%	73,70%	0	48,15%	0
D & E	13,41%	1,31%		9,25%	

* Diferença por Teste de Bonferroni com p=0,02.

A Tabela 1 descreve as características dos participantes de acordo com o serviço referido.

Os frequentadores da UBS apresentaram uma porcentagem mais elevada dos que pertencem às classes mais pobres (D e E) e menor a classe B quando comparados aos frequentadores da AMA. Em relação aos afiliados aos convênios, os frequentadores da AMA e da UBS são mais idosos, apresentam maior proporção de homens e escolaridade menor. Não houve diferença estatisticamente significativa em relação a esses itens entre os afiliados de AMA e UBS.

Os escores do PCATool Brasil para UBS e AMA estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Escores de Atenção Primária por atributo para a UBS Luar do Sertão e a AMA Parque Fernanda.

	Média dos Escores (Intervalo de Confiança 95%)			Medianas dos Escores (Intervalo Interquartil)		
	UBS	AMA	p [†]	UBS	AMA	p [‡]
A (Grau de Afiliação)	5,97 (5,68 - 6,27)	5,87 (5,38 - 6,37)	0,79	6,67 (3,33 - 6,67)	6,67 (3,33 - 6,67)	0,25
B (Acesso de 1º Contato - Utilização)	7,22 (6,97 - 7,47)	5,23 (4,64 - 5,82)	0	7,77 (6,66 - 10)	4,44 (3,33 - 6,67)	0
C (Acesso de 1º Contato - Acessibilidade)	2,46 (2,34 - 2,58)	3,68 (3,38 - 3,98)	0	2,22 (1,66 - 3,33)	3,61 (3,05 - 4,72)	0
D (Longitudinalidade)	5,96 (5,78 - 6,15)	3,85 (3,43 - 4,27)	0	5,95 (4,52 - 7,61)	3,57 (2,61 - 5,00)	0
E (Coordenação - Integração de Cuidados)	5,28 (4,85 - 5,71)	3,33 (1,88 - 4,77)	0	5,83 (2,5 - 7,91)	2,50 (0,00 - 5,62)	0
F (Coordenação - Sistema de Informações)	7,31 (7,15 - 7,47)	3,35 (2,72 - 3,97)	0	7,77 (6,66 - 8,88)	3,33 (1,11 - 4,44)	0
G (Integralidade - Serviços Disponíveis)	5,36 (5,21 - 5,52)	2,52 (1,98 - 3,06)	0	5,45 (4,24 - 6,36)	1,66 (0,90 - 3,86)	0
H (Integralidade - Serviços Prestados)	4,16 (3,95 - 4,37)	1,35 (0,98 - 1,73)	0	4,10 (2,42 - 5,89)	0,76 (0,00 - 1,60)	0
I (Orientação Familiar)	4,62 (4,32 - 4,92)	1,95 (1,38 - 2,53)	0	4,44 (2,22 - 6,67)	1,11 (0,00 - 3,33)	0
J (Orientação Comunitária)	5,62 (5,39 - 5,86)	1,64 (1,22 - 2,05)	0	5,55 (3,88 - 7,22)	1,11 (0,00 - 2,77)	0
Escore Essencial (A+B+C+D+E+F+G+H/8)	5,64 (5,53 - 5,74)	3,70 (3,44 - 3,95)	0	5,60 (4,97 - 6,38)	3,70 (3,05 - 4,13)	0
Escore Geral (A+B+C+D+E+F+G+ I+J/10)	5,58 (5,47 - 5,69)	3,38 (3,08 - 3,59)	0	5,53 (4,78 - 6,38)	3,38 (2,63 - 3,85)	0

† calculado por teste *t* de *student*; ‡ calculado por teste de Kruskal Wallis.

A UBS apresentou escores essencial e geral maiores e teve médias superiores em todos os atributos, exceto “acessibilidade” e “afiliação”. Em relação à “acessibilidade”, a AMA pontuou mais do que a UBS ($p < 0,0001$) e não houve diferença estatisticamente significativa para “Afiliação” entre os dois serviços. Apenas “Acesso de Primeiro Contato - Utilização” e “Coordenação - sistemas de informação” na UBS apresentaram alta orientação à APS (escore $> 6,6$). A AMA Parque Fernanda não apresentou nenhum atributo com alta orientação e seu maior escore foi “afiliação” (5,87).

Discussão

Resumo dos Principais Achados dos Estudo

Apesar da superioridade da ESF em quase todos os atributos, seus escores Essencial e Geral ficaram abaixo de 6,6 - mostrando uma orientação para APS abaixo recomendado, ainda que maior que a da AMA.

O atributo “Acesso de Primeiro Contato - Utilização” foi um dos melhores avaliados para a UBS (escore=7,22), indicando que a população reconhece o serviço como porta de entrada do sistema. Os dois itens deste atributo que mais contribuíram para o seu alto escore referem-se ao uso do serviço para consultas de rotina (item B1) e para encaminhamentos ao especialista (B3). Entretanto, o item que aborda

as consultas para novos problemas de saúde (B2) recebeu melhor avaliação na AMA, mostrando que os usuários têm dificuldade de utilizar a UBS para queixas agudas.

Isso contribui para que a acessibilidade da UBS seja considerada ruim. Alguns itens do atributo “Acessibilidade” envolvem a capacidade do serviço de apresentar uma resposta rápida ao casos agudos e, nessa situação, a UBS não apresentou boa avaliação, com escore inferior ao da AMA. Porém, não foram esses itens os que mais contribuíram para os baixos escores do atributo nos dois serviços; os que mais pesaram para a avaliação negativa foram os relacionados ao horários de funcionamento dessas unidades. Os horários da UBS Luar do Sertão são restritivos (de segunda a sexta das 7h às 17h), assim como são na ESF em todo o Brasil. Quase 95% dos entrevistados responderam de forma fortemente negativa as perguntas: “O serviço de saúde fica aberto no fim de semana?” e “O serviço fica aberto algumas noites durante a semana?”.

A AMA Parque Fernanda já apresentou escore de acessibilidade mais elevado, uma vez que seu horário de atendimento é mais abrangente (7-19h) e funciona um dia a mais na semana (sábado). Entretanto, um escore de 3,61 ainda é bastante baixo para um serviço que visava promover o acesso à demanda espontânea feito de forma restrita pela ESF. Os usuários não apenas consideraram seus horários muito restritos, mas também avaliaram de forma bastante negativa os itens relacionados à espera e à burocracia para serem atendidos, apresentando escores piores que a UBS.

Além da acessibilidade, AMA e UBS ainda apresentaram baixos escores para os atributos “Integralidade - Serviços Disponíveis” e “Serviços Prestados”, e também para “Orientação Familiar” e “Comunitária”.

Para a construção de um serviço resolutivo, é essencial que se tenha uma cesta de serviços abrangente. Os usuários da UBS mostraram reconhecimento satisfatório da presença de alguns serviços como vacinas, planejamento familiar e métodos contraceptivos e coleta do Papanicolau. Entretanto, outras atividades esperadas para um serviço de APS não foram percebidas, como a triagem auditiva, visual, e pequenos procedimentos cirúrgicos como remoção de verrugas. Segundo o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, em 2013 apenas 35% das unidades realizavam lavagem auricular e 25% cantotomia.¹⁹ Quanto à orientação comunitária, os itens relacionados a visita domiciliar (J1) e ao conhecimento específico dos problemas de saúde da região em que a unidade está inserida (J2) receberam para a UBS pontuação maior que 6,6, indicando que a população reconhece a visita domiciliar e a disponibilidade da equipe na avaliação dos problemas particulares de cada família. Entretanto, no que concerne ao controle social, ambos os serviços foram mal avaliados e por isso os escores para esse atributos apresentaram baixa orientação a APS.

“Coordenação - Sistemas de Informação” foi um dos dois atributos que alcançaram boa orientação a APS (escore > 6,6), indicando que os usuários têm percebido o cuidado da gestão e dos profissionais com os prontuários e o registro de intercorrência na unidade. O mesmo não pode se dizer da AMA, cujo mal desempenho pode ser explicado pelo uso de fichas de atendimento ao invés de prontuários, prejudicando a longitudinalidade dos atendimentos.

Fortalezas e Limitações do estudo

Este é o primeiro estudo utilizando PCATool que compara a ESF com os ambulatórios de atendimento a demanda espontânea que vêm se popularizando no país. Embora AMA e UPA não sejam serviços de APS, acabam de fato funcionando como porta de entrada do sistema de saúde para muitas pessoas.^{20,21} A análise das duas unidades neste estudo parece demonstrar que a implantação desses ambulatórios não tem impactado de maneira efetiva o acesso, ainda representando uma piora no oferecimento dos outros atributos aos usuários, ao mesmo tempo que indica que a ESF tem apresentado problemas para se legitimar. Um estudo mais amplo, incluindo mais unidades e representativo da realidade brasileira, é necessário para confirmar estas suspeitas.

Os horários para realização das entrevistas foram ampliados para incluir mais usuários economicamente ativos, promovendo maior representatividade na amostra. Entretanto, a maior parte dos usuários (57,61%) foi considerada como não ocupada. A taxa de inatividade na cidade de São Paulo (população não economicamente ativa/população em idade ativa) é alta, da ordem de 42,8% conforme último levantamento do IBGE, de julho de 2014.²² Entretanto, é provável que o horário ampliado não tenha sido suficiente para garantir a representatividade do bairro.

Comparação com a Literatura Já Existente

Estudos usando a mesma metodologia colocam a UBS Luar do Sertão mais próxima de UBSs tradicionais, que não apresentam delimitação de área de abrangência, têm ênfase na intervenção médica desintegrada e não apresentam enfoque familiar,^{1,23,24} indicando que talvez a mudança de modelo não esteja acontecendo de maneira efetiva. Já estudos realizados em Porto Alegre²⁵ e em 62 municípios paulistas²⁶ mostraram resultados para a ESF semelhantes ao encontrado neste estudo, o que pode ser explicado pela heterogeneidade da implantação da ESF no território nacional. Ibañez et al.²⁶ colocam que municípios com populações maiores, redes de saúde mais complexas, indicadores sociais menos desenvolvidos e tempo de implantação da estratégia menor como São Paulo apresentam menor orientação.

Quanto ao problema do acesso ruim, Haggerty et al.²⁷ colocam que os horários reduzidos de atendimento e as barreiras à atenção das urgências se constituem em uma grande fragilidade dos sistemas de saúde latinoamericanos. Abrir as portas da APS para a demanda espontânea é imperativo de qualidade e condição de legitimidade perante a população.²⁸ As AMAs representariam isso, mas para Puccini²⁹ elas não têm respondido satisfatoriamente à lacuna do pronto-atender, pois são focadas em atendimentos do tipo queixa-conduta muitas vezes desnecessários e irracionais, com tendência à fixação da clientela, ou seja, de retorno do paciente a própria AMA, num ciclo vicioso típico dos pronto-atendimentos.

Um serviço de APS focado na demanda espontânea não necessariamente precisa ignorar os outros atributos. Uma revisão sistemática britânica elenca as “*Walk-in Centres*” como estratégia para melhorar o acesso: unidades com horários mais extensos de atendimento, estabelecidas em locais de grande circulação (mais próximas aos locais de trabalho que de descanso), onde não é necessário o agendamento e são oferecidos atendimentos menos complexos, sete dias por semana, de maneira a complementar o trabalho

do “*general practitioner*” (o médico de família britânico).³⁰ Embora haja discussões sobre a duplicação de provisões ou criação de demandas desnecessárias, há avaliações positivas de grupos populacionais específicos.³¹

A discussão assim se direciona não para qual serviço apresentam melhor qualidade, mas se são de fato voltados ao nível primário e se apresentam complementariedade. Este estudo demonstrou que tanto a UBS quanto a AMA estudadas não cumprem suas potencialidades de maneira satisfatória.

Implicações Para a Pesquisa na Área

É importante que se façam estudos com boa metodologia que comparem o desempenho dessas formas de atendimento à saúde com identificação dos principais problemas e propostas de solução. A presente análise traz uma pequena contribuição para a avaliação desses serviços em uma área localizada da cidade e pode servir de modelo para outros estudos mais abrangentes.

O presente estudo mostra que o uso do PCATool pode ser considerado como uma ferramenta importante na comparação de diferentes formas de atendimento e poderia ser utilizado para avaliação de mudanças nos processos de trabalho em diferentes serviços. O questionário é rápido e de simples aplicação, podendo ser utilizado em outros estudos com objetivos semelhantes.

Pautar os investimentos embasados somente em uma avaliação subjetiva é prejudicial quando comparado à avaliação pelo PCATool, instrumento padronizado que permite a comparação entre serviços do mesmo município, até países com dinâmicas diferenciadas na organização da APS. A avaliação estrutural e processual dos serviços, como medido pelo PCATool, apresenta-se como uma alternativa mais sólida para avaliar o desenvolvimento e a qualidade da APS entre diferentes serviços e locais.

Conclusão

A aplicação do PCATool Brasil na área adstrita à UBS Luar do Sertão e a AMA Parque Fernanda evidenciou que seus usuários identificam muito pouco os atributos de APS propostos por Starfield nos dois serviços, em um nível aquém do considerado satisfatório, embora o escore da UBS seja mais elevado do que a AMA em 8 dos 10 atributos. Apesar de ser reconhecido como um bom local para realizar o primeiro contato com o sistema, a falta de acessibilidade tem prejudicado a UBS como serviço de APS. A AMA, apresentada como a solução para o problema, não oferece desempenho que justifique seu uso como alternativa.

Referências

1. van Stralen CJ, Belisário SA, van Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(Suppl.1):s148-s58. DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300019>
2. Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(Suppl):s191-202. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700019>
3. Macinko J, Guanais FC, de Fátima M, de Souza M Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60(1):13-9. PMID: 16361449 DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2005.038323>

4. Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. (Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 10). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde; 2006.
5. Figueiredo AM, Kuchenbecker RS, Harzeim E, Vigo A, Hauser L, Chomatas ERV. Análise de concordância entre instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde na cidade de Curitiba, Paraná, em 2008. *Epidemiol Serv Saúde*. 2013;22(1):41-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100004>
6. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Assistência Médica Ambulatorial [Internet]. 2006 [Acesso 2014 Ago 24]. Disponível em: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/areastecnicas/AMA>
7. Konder MT. Atenção às urgências: a integração das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro [Dissertação de mestrado]. Escola Nacional de Saúde Pública. Sergio Arouca, Rio de Janeiro; 2013.
8. Shi L, Starfield B, Xu J, Politzer R, Regan J. Primary care quality: community health center and health maintenance organization. *South Med J*. 2003;96(8):787-95. PMID:14515920 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.SMJ.0000066811.53167.2E>
9. Bindman AB, Grumbach K, Osmond D, Vranizan K, Stewart AL. Primary care and receipt of preventive services. *J Gen Intern Med*. 1996;11(5):269-76. DOI:<http://dx.doi.org/10.1007/BF02598266>
10. Shi L. The relationship between primary care and life chances. *J Health Care Poor Underserved*. 1992;3(2):321-35. DOI: <http://dx.doi.org/10.1353/hpu.2010.0460>
11. São Paulo. Secretaria Municipal de Coordenação das Subprefeituras. Dados Demográficos dos Distritos Pertencentes as Subprefeituras [Internet]. 2010 [Acesso 2014 Ago 31]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados_demograficos/index.php?p=12758
12. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica [Internet]. 2014 [Acesso 2014 Ago 28]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/siab/siab.htm>
13. Tanaka OY, Drumond Júnior M. Análise descritiva da utilização de serviços ambulatoriais no Sistema Único de Saúde segundo o porte do município, São Paulo, 2000 a 2007. *Epidemiol Serv Saúde*. 2010;19(4):355-66.
14. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool. *J Fam Pract*. 2001;50(2):161-75.
15. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Alvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(8):1649-59. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800013>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
17. 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)
18. ABEP. Critério de Classificação Econômica Brasil [Internet] 2014 [Acesso 2015 Nov 8] Disponível em: <http://http://www.abep.org/criterio-brasil>
19. Brasil. Departamento de Atenção Básica. Resultados da Avaliação do Programa de Melhoria e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) [internet]. 2015a [Acesso 2015 Set 6]. Disponível em: http://www.dab.saude.gov.br/portaldab/cidado_pmaq2.php?conteudo=resultado_avaliacaoFORM
20. Oliveira MLF, Scochi MJ. Determinantes da utilização dos serviços de urgência/emergência em Maringá (PR). *Rev Ciênc Cuid Saúde*. 2002;1(1):123-8.
21. Rocha AFS. Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de pronto atendimento da secretaria municipal de saúde de Belo Horizonte [Dissertação de mestrado]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2005.
22. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. 2014 [Acesso 2014 Ago 27]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/defaulttab_hist.shtm
23. Macinko J, Almeida C, de Sá PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy Plan*. 2007;22(3):167-77. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czm008>

24. Chomatas ERV. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde do município de Curitiba [Dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
25. Oliveira MMC. Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre [Dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
26. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(3):683-703. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300016>
27. Haggerty JL, Yavich N, Báscolo EP, Grupo de Consenso sobre un Marco de Evaluación de la Atención Primaria en América Latina. Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26(5):377-84.
28. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;29(2):84-95.
29. Puccini PT. As unidades de assistência médica ambulatorial (AMA) do município de São Paulo, Brasil: condições de funcionamento e repercussões sobre a atenção básica no Sistema Único de Saúde, 2006. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(12):2755-66. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001200004>
30. Tanaka OY, Oliveira VE. Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. *Saúde Soc*. 2007;16(1):7-17.
31. Salisbury C, Manku-Cott T, Moore L, Chalder M, Sharp D. Questionnaire survey of users of NHS walk-in centres: observational study. *Br J Gen Pract*. 2002;52(480):554-60.

Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde

The current challenges of Home Care in Primary Health Care: an analysis in the National Health System perspective

Los desafíos actuales de la atención a domicilio en la atención primaria a salud: un análisis desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud

Leonardo Cançado Monteiro Savassi. Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP); Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); Programa Multicêntrico de Qualificação em Atenção Domiciliar a Distância, da Universidade Aberta do SUS (UNASUS); Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Ouro Preto, MG, Brasil. E-mail: leosavassi@gmail.com (*Autor correspondente*)

Resumo

A Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD) definiu três níveis de atenção domiciliar (AD), reconhecendo o primeiro nível (AD1) como responsabilidade das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS). Ao longo da história, a legislação passou por alterações importantes e essa política representa a valorização dos serviços de APS como âmbito privilegiado do cuidado, sendo responsável pela maior parte dos cuidados em AD no Brasil. O cuidado no domicílio deve ser feito sob critérios de elegibilidade específicos, e um planejamento adequado. A visita domiciliar (VD) é um momento ímpar para o conhecimento do contexto da pessoa sob AD e deve se pautar pela observação ativa, pela abordagem da família e reconhecimento dos determinantes sociais presentes. Assim, é necessário que o profissional de saúde visitador tenha um rol de competências profissionais bem definidas, que em geral não são contempladas na graduação dos cursos de saúde, e de maneira insuficiente pelos cursos de pós-graduação. A PNAD representou um avanço ao reconhecer a APS como responsável pela AD1 numa lógica de cuidados contínuos crescentes, mas as lacunas no entendimento entre equipes de AD e APS, de formação profissional, e de sobrecarga de tarefas persistem. Este estudo apresenta uma análise crítica da implantação da PNAD até o momento, baseada na legislação vigente confrontada a prática das equipes de APS trabalhando no Sistema Único de Saúde.

Abstract

The National Home Care Policy (NHCP) has defined three levels of home care (HC), recognizing the first level (HC1) as responsibility of Primary Health Care (PHC) teams. Throughout history, the legislation has gone through major changes and this policy is the enhancement of primary care services as a privileged source of care, accounting for most of the HC in Brazil. The HC should be done under specific eligibility criteria, and proper planning. The Home Visit (HV) is a unique moment for the knowledge of the context of the person under HC and should be guided by active observation, family approach and recognition of social determinants. It is therefore necessary the visiting health professional to have a roll of well-defined professional skills, which are generally not included in undergraduate health courses, and insufficient in graduate courses. The NHCP represented a step forward in recognizing the PHC as responsible for HC1 in an increasing continuing care sense, but the gaps in the relationship between HC and PHC teams, the insufficient vocational training, and overhead tasks remain. This study presents a critical analysis of the implementation of the NHCP to date, based on current legislation confronted to the practice of PHC teams working in the Unified Health System.

Como citar: Savassi LCM. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-12. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1259](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1259)

Palavras-chave:

Atenção Primária à Saúde
Serviços de Assistência
Domiciliar
Sistema Único de Saúde
Saúde da Família

Keywords:

Primary Health Care
Home Care Services
Brazilian Unified Health System
Family Health

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: 30/12/2015.
Aprovado em: 25/06/2016.

Resumen

La Política Nacional de Atención Domiciliaria (PNAD) ha definido tres niveles de Atención Domiciliaria (AD), reconociendo el primer nivel (AD1) como la responsabilidad de los equipos de Atención Primaria de Salud (APS). A lo largo de la historia, la legislación ha pasado por grandes cambios y esta política es lo reconocimiento de los servicios de atención primaria como una fuente privilegiada de la atención, que representa la mayor parte de la AD en Brasil. La AD debe hacerse bajo criterios de elegibilidad específicos y una planificación adecuada. La visita domiciliaria (VD) es un momento único para el conocimiento del contexto de la persona en AD y debe guiarse por la observación activa, enfoque familiar y el reconocimiento de los determinantes sociales. Así, es necesario que el profesional de salud visitador tenga una lista de habilidades profesionales bien definidos, que generalmente no se incluyen en los cursos de pregrado de salud y son insuficientes en los cursos de posgrado. El PNAD representó un paso adelante en el reconocimiento de la APS como responsable de AD1 en sentido de una atención continua creciente, pero las diferencias en la relación entre los equipos de AD y APS, la formación profesional insuficiente, y las tareas generales demasiadas perseveran. Este estudio presenta un análisis crítico de la aplicación de la NPHC hasta la fecha, basada en la legislación vigente frente a la práctica de los equipos de APS que trabajan en el Sistema Único de Salud.

Palabras clave:

Atención Primaria de Salud
Servicios de Atención
de Salud en Domicilio
Sistema Nacional de Salud
Salud de la Familia

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Domiciliar define a atenção domiciliar (AD) no Sistema Único de Saúde como uma “modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde”.¹

O cuidado no domicílio é uma das tarefas das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS), em especial as equipes de saúde da família (eSF), que desde sua regulamentação têm entre suas atribuições executar ações de assistência na unidade básica de saúde, no domicílio e na comunidade.²

Parte importante do cuidado em saúde por estas equipes deve ser feita intradomicílios, entendendo a visita como uma ferramenta de acesso, de integralidade e do cuidado ao longo do tempo, que guarda relação íntima com a própria APS como nível de cuidados mais próximo do cidadão e, portanto, capaz de se moldar de modo mais flexível às suas necessidades.³ Para que as visitas domiciliares (VD) sejam efetivas, são necessários critérios de inclusão de pacientes de maneira clara e efetiva, para evitar tanto o dispêndio desnecessário de tempo quanto a negligência de situações que exigem o cuidado no domicílio.^{2,4}

Porém, uma ferramenta capaz de organizar plenamente o cuidado no lar dos usuários ainda não foi desenvolvida pelos serviços, sendo este um enorme desafio no cotidiano dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) e de APS. Alguns estudos procuraram estabelecer critérios, pautados pela vulnerabilidade familiar ou pela clínica individual, mas que ainda não estão claramente sistematizados. Embora a individualização de cada caso seja desejável, parâmetros globais são relevantes para organizar o processo de trabalho destas equipes, em especial para o planejamento de ações em saúde, sendo os casos controversos analisados a partir de exceções ao processo.⁴⁻⁸

As VD representam de 10,1% a 11,5% de todos os contatos entre médicos de família e seus pacientes, respectivamente na Inglaterra e no Canadá, países com Atenção Primária bem estruturada.^{9,10} No Brasil, médicos dedicam até sete dias e enfermeiras até oito dias do mês para visitas. Enfermeiras fazem 5,76 VD/semana e médicos 3,74 VD/semana, e a média de tempo dedicado a visitas é de 11,86% da carga horária semanal, sendo pior para médicos, com menos de 10% do tempo dedicado à VD.^{11,12}

Considerando a casa como o espaço de maior intimidade da pessoa, é preciso ter claro que, enquanto no hospital o paciente está em território médico com regras rígidas, no domicílio são os profissionais de

saúde que adentram o território do outro. Isto se reflete em uma exigência de um perfil de atuação específico, com habilidades, conhecimentos e atitudes diferenciados para a prática neste âmbito de cuidados.^{4,5,8}

Assim, a adoção de uma nova Política Nacional de Atenção Domiciliar pelo Ministério da Saúde (MS) implica em novos arranjos organizacionais no território e em novos desafios para a organização das redes de atenção à saúde. São novas tecnologias de cuidados somadas àquelas já existentes, que em última análise modificam as demandas na formação de profissionais de saúde aptos para exercer suas funções nesse âmbito.¹

MÉTODO

Trata-se de investigação exploratória pautada pela revisão da legislação vigente sobre políticas públicas atinentes à organização da AD no Sistema Único de Saúde, seguida da análise crítica e reflexiva das atuais políticas frente aos cenários reais de prática de APS sob a ótica do autor. O objetivo deste ensaio é discutir os conceitos, a legislação pertinente e as competências dos profissionais envolvidos, sob a perspectiva das equipes de APS, responsáveis pela AD de nível 1, que representa o primeiro nível de atenção às pessoas impossibilitadas a comparecer a serviços de saúde, conforme veremos a seguir.

RESULTADOS

Evolução da Atenção Domiciliar no Brasil

Até o século XIX, o poder público foi ausente em termos de políticas públicas, cabendo a entidades religiosas as poucas ações neste campo. A primeira instituição responsável por qualquer ação coletiva na área da saúde foi a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), criada em 1897 e subordinada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores.¹³

Nos primórdios do último século, a Medicina era privada, e os médicos de família eram os profissionais que atendiam clientes abastados eminentemente em casa, enquanto a população comum era cuidada por entidades filantrópicas, como as Santas Casas, pela medicina caseira ou mesmo pelo curandeirismo. Mas ao longo do século, em todo o mundo, as VD foram declinando como fonte do cuidado, sendo progressivamente substituídas pelos serviços ambulatoriais, pelos hospitais e por consultórios particulares.^{9,14,15}

No Brasil, as VD começaram a ser feitas inicialmente pelos agentes sanitários para detectar focos de doenças, porém com uma perspectiva de vigilância a saúde e punição, como foi o caso da Hanseníase, em especial após a centralização estatal promovida por Getúlio Vargas.¹³⁻¹⁶

Os governos posteriores seguiram a perspectiva de um sistema de saúde Bismarckiano, regido por seguros sociais de saúde ligados ao trabalho e limitado papel governamental, e a Medicina chegou a seu ápice de superespecialização dos serviços médicos, iniciada em 1910 com Flexner, que elevou o hospital ao papel de principal responsável pelo cuidado, à custa da fragmentação do cuidado e da redução do papel da APS. Declinaram concomitantemente, portanto, os cuidados realizados no domicílio, que foram assumidos pelas instituições hospitalares.^{16,17}

A primeira experiência Brasileira de AD ocorreu em 1949, com o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), vinculado ao Ministério do Trabalho, sendo a primeira ação de atendimento

domiciliar brasileira organizada como um serviço. A atenção domiciliar foi iniciada como uma atividade planejada pelo setor público com o Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo (HSPE).¹⁶

A partir de 1978, impulsionado pelas discussões da Conferência de Alma-Ata,¹⁸ o movimento sanitário se reorganizaria, sendo realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, que consolidaria as propostas da Reforma Sanitária Brasileira no sentido de um modelo Beveridgeano, de sistema nacional de saúde, resultando na Constituição Federal de 1988, que definiu o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

Neste meio tempo, começam a se desenvolver alguns serviços de apoio a hospitais e surgem as primeiras experiências de Serviços de Atenção Domiciliar, impulsionadas por iniciativa ligadas a Secretarias Municipais de Saúde, ou a hospitais públicos.¹⁶

Com a progressiva implantação do SUS, surge o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), agentes visitantes responsáveis por estabelecer elos entre o serviço de saúde e a população, e posteriormente o Programa Saúde da Família, com foco na atenção à saúde sob as vertentes da prevenção, promoção, tratamento, cura e reabilitação.²

A APS se reorganizava, então, sob um novo contexto com outras possibilidades de intervenção, e os profissionais médicos e enfermeiros voltam a lançar mão da VD como uma ferramenta de assistência, desta vez com foco na população menos favorecida.

A legislação relativa aos cuidados no domicílio se ampliou a partir daí: a Portaria 2.416/1998 estabeleceria requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS, a cargo destas instituições. A seguir, a Portaria GM/MS nº 1.531/2001 regulamentou a ventilação mecânica não invasiva em domicílio aos pacientes portadores de distrofia muscular progressiva, sob os cuidados de equipes específicas (e não da APS) para tal, financiadas pelo SUS.¹⁶

No ano seguinte, a Lei 10.424/2002 regulamentaria a assistência domiciliar no SUS e a Portaria SAS/MS 249/2002 estabeleceria a assistência domiciliar como modalidade assistencial a ser desenvolvida na Assistência à Saúde do Idoso; por fim, a Portaria GM/MS 1.370/2008, regulamentada pela Portaria SAS/MS 370/2008, ampliava o rol de doenças elegíveis para cadastramento em oxigenoterapia domiciliar, todas estas ações fora do escopo da APS.¹⁶

A evolução da atenção no domicílio no âmbito da APS e dos SAD passaria a se dar de maneira concorrente e não integrada, com limites sobrepostos entre os serviços. A visão de alguns autores, e do próprio MS, era de serviços distintos pertencentes a níveis de atenção diferentes e, portanto, sem intercooperação.^{19,20}

Ainda com este viés, a Portaria Ministerial 2529/2006, e a Resolução nº 11 da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de 26 de janeiro de 2006, vislumbrariam os serviços como estruturas de níveis e organizações diversas, não integradas. Ao mesmo tempo, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006 definia a VD e a AD dentro do processo de trabalho das equipes de APS.²¹ Persistia, portanto, uma atenção sobreposta entre os SAD e a APS, não sinérgica e com retrabalho. É importante ressaltar que a legislação sobre AD em serviços suplementares e privados ainda é regida pela RDC nº 11/2006 da ANVISA.²²

Em 2011, o MS redefine a AD no âmbito do SUS e pela primeira vez enxerga a APS e os SAD como elementos integrados de cuidados, propondo níveis de complexidade clínica e tecnológica que delimitem

o cuidado entre eles, reconhecendo as ações domiciliares da APS como o nível 1 da Atenção Domiciliar (AD1), que se integram a dois níveis de AD (AD2 e AD3) realizados por Equipes Multiprofissionais de AD (EMAD) destinadas a este fim, sob a necessidade de integração entre níveis (Quadro 1).^{1,4}

Quadro 1. Modalidades de Atenção Domiciliar e seus critérios de inclusão.

Modalidade	A quem se destina	Quem realiza
AD 1	Usuários que: I - possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; II - necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS); e III - não se enquadrem nos critérios previstos para as modalidades AD2 e AD3 descritos nesta Portaria.	A AD1 é de responsabilidade das equipes de APS, por meio de VD regulares, no mínimo, uma vez por mês, apoiadas pelos NASF, ambulatórios de especialidades e de reabilitação.
AD 2	Usuários com problemas de saúde + dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma UBS com maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, definidas em um rol amplo de procedimentos domiciliares.	A AD2 é exercida pelas equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (EMAD) apoiadas pelas equipes multiprofissionais de apoio (EMAP)
AD 3	Usuários com problemas de saúde + dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma UBS com maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo e uso de equipamentos e os seguintes procedimentos: oxigenoterapia, ventilação mecânica não invasiva, diálise peritoneal e paracentese.	A AD3 também é exercida pelas equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (EMAD) apoiadas pelas equipes multiprofissionais de apoio (EMAP)

Fonte: Ministério da Saúde, 2016.⁴

O papel das EMAD não substitui as ações realizadas no domicílio pelas equipes de APS, em especial as eSF. Pelo contrário, ao considerar a AD1 como de responsabilidade destas equipes, o MS reconhece o seu trabalho como um eixo fundamental ao mesmo tempo em que as EMAD se apresentam como uma possibilidade de serem complementares, quando as demandas dos pacientes superam a capacidade de resposta das equipes de APS.

A PNAB de 2011 reforçaria esta integração, e a AD1 passaria a fazer parte do rol de atividades das equipes de APS inclusive em seu sistema de informação: o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIS-AB), ligado ao e-SUS, contempla a classificação da complexidade do cuidado domiciliar no do rol de ações das equipes de APS.²³

A Atenção Domiciliar de Nível 1 e a Visita Domiciliar na APS

A VD é considerada uma ferramenta importante e uma ação apazível para profissionais de saúde, em especial aqueles que atuam no âmbito da APS, mas no cotidiano das equipes trata-se de uma atividade realizada em proporção aquém do esperado.³

De acordo com a PNAD, a grande maioria das pessoas estará sob cobertura exclusivamente por equipes que praticam a AD1, ou seja, equipes de atenção básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF), sendo exatamente aquelas pessoas que geralmente não contam com a infraestrutura de saúde dos outros níveis de atenção no território. Os critérios de inclusão para AD2 e AD3 também apontam que a grande

maioria das pessoas sob AD, mesmo em municípios com EMAD e EMAP, serão aquelas com problemas crônicos de saúde ou com critérios de inclusão para AD1. Assim, a maior parte da AD no sistema público será exercido pela APS.^{1,4,24}

Algumas dificuldades são apontadas na integração entre as equipes que praticam AD1 e as EMAD e EMAP, no que se refere aos fluxos de inclusão e exclusão nestes serviços, sendo este um exercício ainda incompleto da referência e contrarreferência. E, ainda que as EMAD assumam o cuidado domiciliar de pacientes em AD2 e AD3, a responsabilidade pela coordenação e longitudinalidade do cuidado continua sendo das equipes de APS, pois esses pacientes não deixam de estar sob o encargo de suas respectivas equipes em seu território.^{16,24}

Em especial nas eSF, em um cenário de cobertura mínima de 2.400 pessoas e teto - muitas vezes ultrapassado - de 4.000 usuários, há no planejamento pouco tempo disponível para que os profissionais de saúde a realizem com uma frequência capaz de suprir as demandas da comunidade adscrita.

As visitas podem ser classificadas em VD meio - como instrumento de conhecimento do contexto próximo familiar - e VD fim - com fins específicos de atuação pré-determinados.⁵ São ainda divididas em quatro grandes grupos: VD para doenças, VD para pacientes terminais, VD para avaliação do contexto e VD de acompanhamento de pós alta hospitalar.³

A reunião de equipe é o maior motivador para a realização de visitas, sendo o momento no qual a equipe é capaz de discutir aqueles casos que deveriam ser priorizados, bem como qual seria o profissional mais adequado para tal.¹¹

Uma VD inicia-se no planejamento: a partir da demanda de um ACS nas equipes em que ele está presente, de uma necessidade relatada no Acolhimento a Demanda Espontânea ou por meio de outros contatos da pessoa (ou seus familiares) com o serviço, identifica-se a necessidade de dedicar um espaço na agenda semanal para abordar a situação específica.

As equipes de APS, sejam eAB ou eSF, geralmente se planejam para realizar VD pautadas por situações clínicas individuais, ficando em um segundo plano aquelas visitas que visam abordar a dinâmica e funcionalidade familiar, ou endereçar ações à vulnerabilidade social ou clínica da família como um todo.

Uma vez identificada uma demanda e agendada a visita, é o momento de planejar as etapas burocráticas da ação, que envolvem a definição: a) do horário de visita, combinando a disponibilidade dos profissionais envolvidos na visita (motorista, ACS, auxiliar de enfermagem, médico, enfermeiro, dentista) com as possibilidades da família; b) o meio de transporte, caso haja veículo disponível e também de acordo com a disponibilidade do mesmo, ou carro próprio; c) o material necessário para a visita, incluindo caixa de medicamentos e possibilidade de exames rápidos como glicemia capilar; d) o itinerário, considerando que os profissionais, em geral, determinam um turno por semana para ações no território.²⁴

Algumas pactuações são necessárias para que se processe da melhor maneira o cuidado no domicílio. A Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade (AMMFC) propõe cinco passos para se programar uma VD e a partir daí avaliar o processo de cuidado em AD1 (Quadro 2).²⁴

Ao contrário dos SAD, quando a ausência de cuidador ou de infraestrutura impedem a inclusão do paciente nas modalidades AD2 e AD3, no caso da AD1, pela vinculação territorial, o paciente continua sob a responsabilidade das eAB/eSF. A ausência destes elementos implicará na construção de redes sociais de apoio e da intersectorialidade para fins de atender às necessidades de cada família em seu contexto particular.

Quadro 2. Cinco passos para definir o cuidado domiciliar.

1. *Avaliação da resolatividade da VD* (A VD será resolativa);
2. *Avaliação da razoabilidade da VD* (A VD é a melhor alternativa);
3. *Aderência do usuário e sua família ao acompanhamento* (engajamento e corresponsabilização);
4. *Autorização do usuário e da família* (termo de consentimento que deverá ser anexado ao prontuário);
5. *Análise da infraestrutura domiciliar* (avaliação para análise de caso, classificação da complexidade e determinação do plano de cuidados).

Fonte: AMMFC apud Savassi & Cunha, 2016²⁴

Definida a viabilidade, o momento da visita é envolto por um ambiente peculiar ao se acessar o âmbito mais íntimo do paciente. Isto exige um ritual próprio cercado de simbologias e consequentes tarefas, tais como:⁵

- Legitimar o papel do ACS nas equipes de APS em que se faz presente, deixando-o encabeçar a entrada no domicílio;
- Verificar previamente se cães ou outros animais domésticos não oferecem riscos para a equipe;
- Solicitar formalmente antes de adentrar o recinto: “Com licença, posso entrar?”
- Determinar o melhor local para a anamnese, avaliando a necessidade de respeitar a privacidade do paciente.
- Conduzir uma anamnese que apresenta vários sujeitos (minimamente os familiares presentes e os membros da equipe), portanto, vários canais paralelos de comunicação.
- Realizar o exame físico e os procedimentos necessários superando as barreiras do domicílio;
- Ao final da consulta, estabelecer encaminhamentos claros e pactuar papéis dos atores envolvidos.

A VD é um momento ideal para conhecer o contexto familiar e social e com isto entender de maneira mais completa o adoecimento daquela pessoa e não apenas os aspectos biológicos da doença. Portanto, é pertinente que o profissional de saúde tenha um olhar para o ambiente interno, os riscos do domicílio, tanto aqueles sociais e comunitários como pestes, focos de doenças e condições sanitárias insalubres, quanto para aqueles internos como iluminação, ventilação, risco de quedas e acesso a condições mínimas de cidadania.^{25,26}

É também o momento privilegiado para se identificar situações familiares importantes, tais como presença de cuidador, a liderança da família, as relações familiares de afeto e conflito, e com isto conseguir montar elementos que permitam entender como se dá a dinâmica familiar, com uso do genograma, ecomapa ou outros elementos de classificação e abordagem familiar.

Uma vez definida a necessidade de cuidados prolongados, o paciente se enquadrará na modalidade AD1, e receberá cuidados frequentes domiciliares com menor complexidade tecnológica e menor exigência de tempo de cuidado pela equipe, conforme definido na Portaria 963/2013.⁴

A partir daí, desenha-se o projeto terapêutico para aquele paciente, composto pelo plano de cuidados, incluindo periodicidade e intensidade da atenção, e profissionais necessários para o cuidado por parte da equipe, bem como atribuições dos componentes familiares.⁸

Competências do Profissional Visitador

Partindo do preceito que a AD apresenta um contexto peculiar de atuação, e que neste não há retaguarda do serviço de saúde, deve-se definir o campo de atuação profissional. Neste cenário, o profissional de saúde demanda competências específicas para o cuidado no domicílio, lançando mão de protagonismo e criatividade para estabelecer uma atuação eficaz.

Por não atuar dentro da estrutura física e com instrumentos do serviço, a ação profissional no domicílio demandará algumas habilidades complementares que determinarão o perfil das competências deste indivíduo ao cuidar de pessoas restritas ao domicílio ou sob situações de disfuncionalidade ou de vulnerabilidade familiar.

Na prática da APS, o que se observa são profissionais médicos e enfermeiros aprendendo a lidar com estas situações experimentalmente no cenário de prática, sendo a atuação no serviço o momento de aprender a “cuidar em casa”. O paciente domiciliar, então, se torna o objeto de aprendizagem deste profissional, de maneira não supervisionada.

A discussão sobre o perfil do profissional visitador tem-se ampliado, e diversos fóruns têm discutido em especial suas competências e formação. Assim, no ano de 2015 uma proposta de competências a serem cumpridas pelo profissional de saúde, em especial do médico, foi elaborada em um Simpósio ocorrido na Associação Paulista de Medicina, em colaboração com a Associação Paulista de Medicina de Família e Comunidade (APMFC):²⁷

São *habilidades* esperadas do profissional visitador:

1. Protagonizar a tomada de decisões complexas;
2. Exercer a criatividade na prática de suas atividades clínicas;
3. Adaptar a melhor evidência científica para um contexto real;
4. Gerenciar conflitos familiares;
5. Incrementar a relação equipe-família;
6. Executar procedimentos com equipamentos mínimos e sem estrutura física ideal;
7. Atender independentemente do ciclo de vida das pessoas;
8. Classificar a vulnerabilidade e a funcionalidade familiar;
9. Abordar a família sob o ponto de vista social, clínico e sistêmico;
10. Reconhecer os elementos presentes na rede de apoio social;
11. Apoiar o cuidador do ponto de vista clínico e de aquisição de competências;
12. Classificar a complexidade do cuidado;
13. Lidar com situações de violência familiar e comunitária.

São *atitudes* esperadas do profissional visitador:

1. Empatia e disponibilidade para discutir situações fora do contexto da saúde.
2. Humildade ao adentrar o terreno do outro;
3. Respeito pelas crenças e modelos explicativos familiares do processo saúde-adoecimento;
4. Busca por consenso com a família na definição de metas de cuidado;
5. Discernimento para entender elementos antropológicos que interfiram no cuidado;
6. Observação ativa da família, do domicílio e da vizinhança;
7. Disponibilidade para ouvir e adaptar condutas à realidade local;

8. Neutralidade em conflitos familiares, procurando estabelecer vias de diálogo;
9. Autoconhecimento para evitar que crenças pessoais ou sentimentos negativos em relação aos demais atores afetem a ação em saúde;
10. Vínculo com a família para se configurar como a fonte contínua de cuidados;
11. Desprendimento para abordar a morte e o luto de acordo com a crença de cada familiar;
12. Posicionamento claro diante de situações de violência familiar.

São *conhecimentos* esperados do profissional visitador:

1. A aplicação da melhor evidência clínica científica disponível para cada quadro clínico;
2. A técnica ideal de procedimentos comuns e suas possíveis adaptações;
3. O tratamento de situações pouco usuais na clínica ambulatorial;
4. A determinação social da saúde e suas vertentes;
5. Representação gráfica, classificação e abordagem familiar;
6. Gerenciamento de casos complexos e elaboração de planos de cuidados;
7. Instrumentos de avaliação de autonomia e mobilidade;
8. Instrumentos de avaliação de sobrecarga e abordagem do cuidador;
9. Formas de construção de redes de apoio social;
10. Noções de antropologia para entender a cultura local e transformar empecilhos em soluções;
11. Classificação da complexidade do cuidado;
12. Cuidados paliativos e a terminalidade da vida;
13. Óbito no domicílio e orientações funerárias;
14. Planejamento e gerenciamento de fluxos de atuação no domicílio.

Em suma, o rol de atividades dos profissionais de saúde que atuam em atenção domiciliar é denso e amplo. Este cenário torna-se ainda mais complexo quando os profissionais de saúde atuam em localidades com características específicas.

A atuação em regiões rurais remotas, por exemplo, amplia as necessidades de conhecimentos e habilidades dos profissionais para resolver situações específicas destes cenários ou que supram a ausência de referências de apoio. O mesmo é válido para populações ribeirinhas, onde uma proporção relevante de atendimentos se dará eminentemente no domicílio pela falta de acesso geográfico.²⁸

Por outro lado, a atuação em periferias urbanas exige uma integração necessariamente mais coesa com a comunidade, pois a vulnerabilidade social somada à violência local exige que a equipe possa se adaptar aos limites impostos pelo modo de vida daquela população, exercendo o cuidado domiciliar sob os olhos do poder paralelo imposto pela falta de cidadania.

Como na graduação dos cursos da área da saúde não há uma carga horária extensa ou densa o suficiente para a formação destes profissionais, entende-se que uma formação específica destes profissionais é necessária, ao menos para o desenvolvimento das competências aqui elencadas.²⁴

Além disto, o rol de competências esperadas, especialmente para os médicos, não é contemplada por uma única especialidade clínica, não havendo hoje no campo da formação desses profissionais nenhuma especialidade que abarque todos os conhecimentos necessários em seus respectivos programas de residência médica.

As residências em Medicina de Família e Comunidade e multiprofissional em Saúde da Família têm respondido parcialmente a estas demandas, e a discussão sobre a AD como cenário de prática em especial para Médicos de Família se amplia, porém, dadas as demandas de formação na área da AD, mesmo estas iniciativas não têm sido suficientes para uma abordagem integral do paciente em AD.²⁷

A ampliação das habilidades e conhecimentos específicos para o cuidado no domicílio implica em um volume de competências e em um campo da prática que envolva todas as necessidades para o treinamento em serviço, que deveria intercalar a atuação nos campos da APS, hospital, unidades intensivistas e o próprio domicílio, com treinamento de habilidades específicas e conteúdo teórico voltado para os elementos clínicos mais prevalentes na AD.

Conclusões

A nova Política Nacional de Atenção Domiciliar representou um grande avanço ao reconhecer o cuidado domiciliar feito pelas equipes de APS no território como o primeiro nível da AD (AD1), roteirizando melhor as atribuições das equipes e sinalizando uma necessidade de complementaridade e continuidade do cuidado entre as equipes de APS e EMAD.

Entretanto, ainda persistem dificuldades por parte destas equipes em compartilhar o cuidado, em parte pela dificuldade de comunicação entre elas, em parte por um entendimento ainda insuficiente da política, muito nova em termos de tempo e de implantação de equipes.

Somam-se a isto as demandas de formação específica para AD, cujo conteúdo é pouco explorado durante a graduação. A ausência de uma formação adequada de pós-graduação para tais profissionais, no que diz respeito a habilidades e competências atitudinais, torna-se uma lacuna também não preenchida pela educação permanente.

Há um rico cenário de cuidados realizados nos domicílios pelas equipes de APS, especialmente eSF, em que a produção do cuidado é realizada com competência clínica e resultados relevantes pelos serviços, embora ainda pouco explorados pela pesquisa ou pelo ensino na graduação.

Trata-se do maior serviço de AD no Brasil, com cerca de 40 mil eSF, responsáveis pela parcela da população que não conta com EMAD por critérios populacionais. Além disso, mesmo em municípios com SAD, as equipes de APS são responsáveis pela maior parte dos cuidados realizados no domicílio, a saber, todos aqueles qualificados como AD1.

Assim, embora campo de prática da APS por 20 anos no Brasil, o cuidado no domicílio permanece negligenciado e ameaçado por uma demanda de cuidados que ultrapassa a capacidade de atendimento das equipes. Trata-se de um momento ímpar para uma rediscussão de suas potencialidades visando à formação adequada e a ampliação da rede de atenção à saúde no âmbito do SUS.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.527 de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 208, de 28 out. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União 247, de 22 dez. Brasília: Ministério da Saúde; 1997. p.11-13.
3. Unwin BK, Jerant AF. The home visit. *Am Fam Physician*. 1999;60(5):1481-8. PMID: 10524492
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 825/2016. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial da União 78, de 26 abr. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. p.33-8.
5. Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação da escala de risco familiar como instrumento de priorização de visitas domiciliares. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2004;1(2):19-26. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf1\(2\)104](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf1(2)104)
6. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Saúde em Casa. Oficina 3. Guia do participante [internet]. Belo Horizonte; 2008. [Acesso 2015 Abr 08]. Disponível em: <http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2009/04/pdaps-oficina3-participante.pdf>
7. Nascimento FG, Prado TN, Galavote HS, Maciel PA, Lima RCD, Maciel ELN. Aplicabilidade de uma escala de risco para organização do processo de trabalho com famílias atendidas na Unidade Saúde da Família em Vitória (ES). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2465-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500021>
8. Savassi LCM, Carvalho HRO, Mariano FM, Lamberti CA, Mendonça MF, Yamana GF, et al. Proposta de um protocolo de classificação de risco para atendimento domiciliar individual na atenção primária à saúde. *J Manag Prim Health Care*. 2012;3(2):151-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1234/jmphc3/jmphc>
9. Aylin P, Majeed FA, Cook DG. Home visiting by general practitioners in England and Wales. *BMJ*. 1996;313(7051):207-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.313.7064.1085>
10. Bergeron R, Laberge A, Vézina L, Aubin M. Which physicians make home visits and why? A survey. *CMAJ*. 1999;161(4):369-73. PMID: 10478159
11. Peres EM, Andrade AM, Dal Poz MR, Grande NR. The practice of physicians and nurses in the Brazilian Family Health Programme - evidences of change in the delivery health care model. *Hum Resour Health*. 2006;4:25. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4491-4-25>
12. Savassi LCM, Savassi FM, Gomes ALFM, De-Paula HGM, Souza RA. Avaliação da ferramenta visita domiciliar por profissionais da ESF. 10o Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade. Florianópolis; 2009.
13. Ducatti I. A hanseníase no Brasil na era Vargas e a profilaxia do isolamento compulsório: estudos sobre o discurso científico legitimador [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Departamento de História, Programa de Pós-Graduação em História Social, Universidade de São Paulo; 2009. 199p.
14. Savassi LCM, Dias MF. Grupos de estudo em saúde da família. Módulo Visita domiciliar. [internet] 2006. [Acesso 2012 Abr 07]. Disponível em: <http://www.smmfc.org.br/gesf/gesfvd.htm>
15. Meyer GS, Gibbons RV. House calls to the elderly--a vanishing practice among physicians. *N Engl J Med*. 1997;337(25):1815-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM199712183372507>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
17. Aguiar RAT. A construção internacional do conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil [Dissertação de mestrado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2003.
18. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 15.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde. Porto Alegre; 2003.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p.60.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.529 de 19 de Outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. Diário Oficial da União 202, de 20 out 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p.145-8.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC/ANVISA) nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Diário Oficial da União Suplemento ao No - 21. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p.1-2.
23. 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.
24. Savassi LCM, Cunha CL. Atenção Domiciliária como Estratégia do Cuidado na Atenção Primária à Saúde. In: Cunha CL, Leoneza I. Guia de Trabalho para o Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro: Rubio; 2016.
25. 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. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc2\(8\)64](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc2(8)64)
26. McWhinney IR, Freeman T. Textbook of family medicine. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2009. p.472.
27. Savassi LCM. Formação médica em Atenção Domiciliar. In: I Jornada de Medicina de Família e Comunidade e Atenção Domiciliar. São Paulo: Associação Paulista de Medicina. [internet] 2014. [Acesso 2016 Abr 23]. Disponível em: <https://sites.google.com/site/leosavassi>
28. Humphreys RC. Home visiting in a rural practice. Br Med J (Clin Res Ed). 1981;282(6258):115-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.282.6262.483-c>

Qualidade de vida dos pacientes hipertensos em uma unidade de saúde

Life quality of hypertensive patients in a health care unit

La calidad de vida de los pacientes hipertensos en un centro de atención médica

André Alexey Polidoro. Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Curitiba, PR, Brasil. ande_alexey@hotmail.com
(Autor correspondente)

Marcelo Garcia Kolling. Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Curitiba, PR, Brasil. garciakolling@gmail.com

Resumo

Objetivo: Avaliar a autopercepção da qualidade de vida dos pacientes hipertensos. **Métodos:** Foi realizado um estudo quantitativo transversal, por meio da aplicação do questionário o SF-36 (*Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey*) para 47 pacientes hipertensos de uma Unidade Municipal de Saúde do Município de Curitiba, sendo 10 homens e 37 mulheres. **Resultados:** Os resultados mostraram que a média global de saúde da população foi 61,0, variando do escore 11,0 até 92,1. O critério melhor avaliado foi "limitação por aspectos sociais", enquanto o pior aspecto foi "limitação pela dor". **Conclusão:** Os resultados apontam para a necessidade de não se desprezar nenhum dos componentes da qualidade de vida no cuidado aos pacientes hipertensos, com risco de causar prejuízo na mesma.

Abstract

Objective: To assess the self-perceived life quality of hypertensive patients. **Methods:** It was carried out a quantitative and cross-sectional study by applying the questionnaire SF-36 (*Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey*) to 47 hypertensive patients of a health care unit at Curitiba, being 10 men and 37 women. **Results:** The results showed that the overall average health of the population was 61.0, ranging from 11.0 to 92.1 score. The best rated criterion was "limited by social", while the worst aspect was "limited by pain". **Conclusion:** The results indicate the need of not neglecting any component of life quality in the care of hypertensive patients, with the risk of impairing it.

Resumen

Objetivo: Evaluar la percepción subjetiva de la calidad de vida de los pacientes hipertensos. **Métodos:** Un estudio cuantitativo de corte transversal se llevó a cabo mediante la aplicación del cuestionario SF-36 (*Medical Outcomes Study 36-Tema Short-Form Health Survey*) a 47 pacientes hipertensos de una Unidad Municipal de la ciudad de Curitiba, siendo 10 hombres y 37 mujeres. **Resultados:** Los resultados mostraron que el promedio general de salud de la población era de 61,0, que iba desde 11,0 hasta 92,1 de puntuación. El criterio de mayor rating fue "limitado por el social", mientras que el peor aspecto era "limitado por el dolor". **Conclusión:** Los resultados indican la necesidad de no descuidar ningún componente de la calidad de vida de los componentes de la atención de los pacientes hipertensos con riesgo de causar daños en el mismo.

Palavras-chave:

Qualidade de Vida
Hipertensão
Inquéritos e Questionários
Avaliação de Resultados
(Cuidados de Saúde)

Keywords:

Quality of Life
Hypertension
Surveys and Questionnaires
Outcome Assessment
(Health Care)

Palabras clave:

Calidad de Vida
Hipertensión
Encuestas Y Cuestionarios
Evaluación de de Resultado
(Atención de Salud)

Fonte de financiamento:

declaram não haver.

Parecer CEP:

287.069 (PUCPR), aprovado em 28/05/2013

Conflito de interesses:

declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:

revisado por pares.

Recebido em: 18/07/2014.

Aprovado em: 15/02/2016.

Como citar: Polidoro AA, Kolling MG. Qualidade de vida dos pacientes hipertensos em uma unidade de saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-7. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)976](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)976)

Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma importante causa de morbimortalidade,¹ com mais de 7 milhões de óbitos no mundo e inúmeras complicações. O Brasil tem evoluído muito na detecção e controle da hipertensão arterial à medida que aumenta a cobertura da Estratégia Saúde da Família.²

Entretanto, seria reducionista e incorreto analisar a abordagem destes pacientes somente com as taxas de pressão arterial, embora fundamentais no planejamento em saúde,³ desconsiderando a 'importância crucial das emoções',⁴ especialmente por se tratar de uma patologia muito ligada ao estilo de vida.⁵

Mas, inclusive para o planejamento, não se pode entender a saúde do paciente hipertenso em uma relação exclusiva com os valores da pressão arterial, afinal "a saúde é um conceito positivo que enfatiza recursos sociais e pessoais".⁶ Um olhar com esse viés pode fazer com que as ações desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde sejam muito seletivas e direcionadas para um único indicador, em detrimento de outros aspectos muito importantes para a saúde das pessoas.⁷

Por esse motivo, novas pesquisas estão sendo feitas a respeito da qualidade de vida desses indivíduos, que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), "é a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, considerada no contexto da cultura e dos valores nos quais vive e elabora seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações".⁸

A avaliação da qualidade de vida não é uma tarefa fácil. O próprio conceito de qualidade de vida pode somente ser observado subjetivamente, pela própria pessoa, sendo a abordagem "de dentro para fora".⁹ Conforme aprendemos na psicologia, "a realidade é a de cada um".¹⁰

Para avaliar a autopercepção da qualidade de vida, uma ferramenta comumente utilizada é o *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36), um questionário autoaplicável já validado internacionalmente, e que estabelece valores para cada resposta subjetiva.¹¹ É uma ferramenta importante na tentativa de obter respostas objetivas, possíveis de comparação entre tempos e locais diferentes, e, ao mesmo tempo, dirigir nosso foco ao bem-estar do indivíduo de quem cuidamos.

Portanto, se por um lado, com o uso do SF-36, perdem-se a riqueza da subjetividade, da narrativa, da cultura e do acesso à cosmovisão do paciente, por outro lado, o questionário objetivo permite comparação de resultados em diferentes locais, ou em diferentes momentos, facilitando ensaios clínicos e econômicos, até mesmo para teste avaliação de resultados e impactos após implantação de alguma medida.¹²

Mas, sua finalidade maior é analisar a compreensão integral do indivíduo sobre sua saúde, no intuito de ajudá-lo a tomar decisões sobre seu tratamento.¹¹ Já reconhecida internacionalmente, essa ferramenta foi validada em português e foi objeto de adaptação cultural.¹³

O objetivo desta pesquisa é avaliar a autopercepção da qualidade de vida dos pacientes inscritos no programa de hipertensão de uma Unidade de Saúde no Município de Curitiba, PR. O objetivo secundário é descobrir como são avaliados cada um dos componentes da qualidade de vida, conforme o SF-36.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva, observacional, não experimental, realizada por meio de um estudo com coleta de dados transversal, em ambiente natural. Como critérios de inclusão

na pesquisa, exigiu-se que fossem maiores de idade, com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, cadastrados há pelo menos um ano no Programa de Controle de Hipertensão do município de Curitiba, que concordassem em participar voluntariamente e fossem capazes de responder ao questionário. Como critérios de exclusão, não estar de acordo com um ou mais pontos dos critérios de inclusão. Quarenta e sete pessoas responderam ao questionário.

A coleta de dados foi realizada no mês de setembro de 2013, pelos próprios pesquisadores. Os pacientes foram sorteados manualmente a partir de lista de pacientes do Programa de Hipertensos da área, conforme lista cedida pela Secretaria Municipal da Saúde. Foi feita uma randomização das ruas do bairro, sorteando-se seis ruas para facilitar a coleta de dados, sendo este sorteio realizado manualmente, com a impressão dos nomes das ruas em papéis, colocados em uma caixa e retirados por um terceiro, que não participou em nenhum outro momento da pesquisa. Assim, os dados foram coletados com os pacientes, conforme a ordem numérica crescente de casas nestas ruas e encerrando a pesquisa após obter 47 entrevistas que preenchiam os critérios de inclusão. Houve apenas uma recusa.

Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o projeto foi previamente aprovado no Comitê de Ética para Pesquisas em Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica (PUC) do Paraná quanto à viabilidade e no Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba para a concessão do campo de estágio.

Aos pacientes foi aplicado o questionário SF-36, além de colhidos dados pessoais (gênero, idade e renda familiar). O SF-36 é um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em 8 escalas ou componentes: capacidade funcional (10 itens), limitação por aspectos físicos (4 itens), limitação pela dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e de um ano atrás.¹³

Este último item não foi registrado neste estudo por não fazer parte do cálculo do escore total e por fugir dos objetivos do mesmo. Para chegar a um resultado objetivo, cada um desses componentes foi transformado em uma escala que vai de zero a cem pontos, gerando o escore pela interpretação própria da escala. Quanto maior o escore, melhor a qualidade de vida indicada. A média de todos os componentes gera uma nota global de saúde.

A UMS Sambaqui foi escolhida por ter sua organização de trabalho baseada na “Estratégia de Saúde da Família” (ESF) desde sua implantação, sendo que a área 2 (com 336 pacientes hipertensos) é atendida pelos residentes de Medicina de Família e Comunidade (MFC), da PUC. Localiza-se na periferia e ao sul da cidade de Curitiba, capital do Paraná. Os pesquisadores não possuíam, no momento da pesquisa, envolvimento com as atividades assistenciais da unidade de saúde.

Resultados

Participaram do estudo 47 indivíduos, sendo 10 homens e 37 mulheres, distribuídos conforme a Tabela 1.

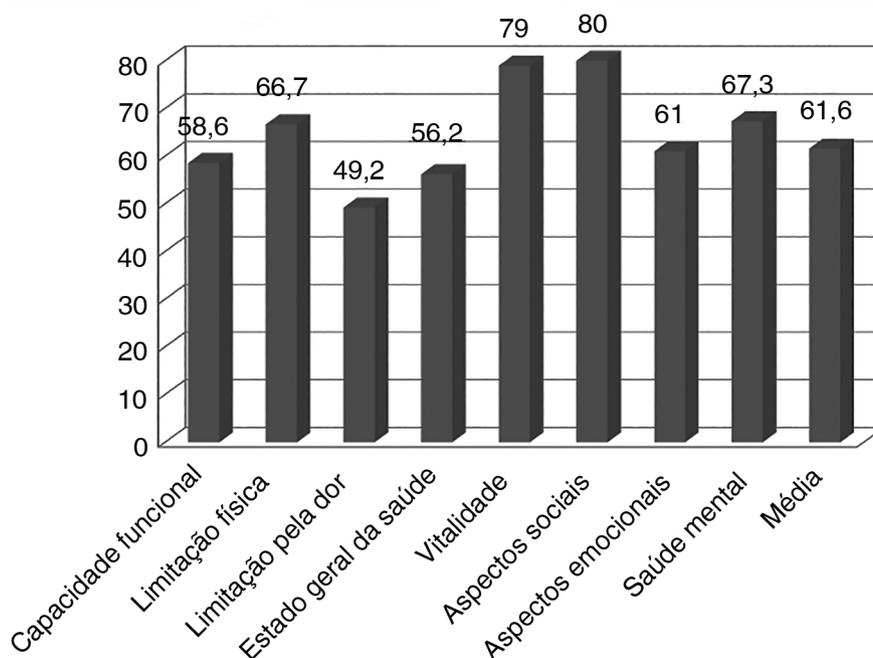
Observamos que a idade dos participantes variou entre 31 e 93 anos, sendo que 50% da população participante tem idade acima de 60 anos (mediana igual a 60).

Tabela 1. Distribuição dos indivíduos pesquisados por idade e gênero.

	Homens	Mulheres	Total
30 - 39 anos		2	2
40 - 49 anos	2	5	7
50 - 59 anos	2	11	13
60 - 69 anos	1	11	12
70 anos ou mais	5	7	12
não sabe		1	1
total	10	37	47

A qualidade de vida, observada pelo questionário SF-36, apresentou escore bruto mínimo de 11,0 e máximo de 92,1, sendo que 50% da amostra apresentou escore bruto acima de 63,0. A média global de saúde da população foi 61,0.

Dentre os aspectos considerados no já citado questionário, os critérios melhor avaliados foram “limitação por aspectos sociais” (80,0) e “vitalidade” (79,0), enquanto o pior aspecto foi “limitação pela dor” (49,2) (Figura 1).

**Figura 1.** Média dos escores alcançados pelos pacientes no SF-36, por componente.

Discussão

Os resultados da pesquisa mostram variação importante na qualidade de vida entre os entrevistados, com escore bruto mínimo de 11,0 e máximo de 92,1. Este dado indica que há muitos fatores associados à qualidade de vida de cada pessoa e também ao modo como a mesma entende sua saúde. Isso impede que cometamos o erro de esboçar qualquer associação reducionista. Este estudo diferencia-se de vários outros com o mesmo tema por não excluir pacientes com outras comorbidades, já que estes são a maioria dos pacientes atendidos na APS.

Mesmo assim, em uma população em que metade dos entrevistados tem mais de 60 anos e em que todos possuem pelo menos um fator de risco cardiovascular (hipertensão arterial) é de destaque positivo a descoberta de que 50% das pessoas possuem escore bruto maior que 63,0, com média de 61,0. Além disso, a média oculta uma grande variação entre os escores individuais. Esta é uma questão interessante e se relaciona ao que já está relatado na literatura como diferenciação entre a doença propriamente dita, *disease*, e a experiência do indivíduo com a doença, *illness*.¹⁴

Dentre as médias de escore bruto de todos os pacientes no mesmo questionário, o critério melhor avaliado em números absolutos foi “aspectos sociais” (80,0), enquanto o pior aspecto foi a “limitação pela dor” (49,2), conforme Figura 1. Este resultado assemelha-se com pesquisa realizada em Fortaleza, com amostra maior, o que mostra a validade externa do teste,¹⁵ sendo que, naquele, porém, a limitação pela dor teve índice melhor que estado geral de saúde.

Um estudo com 256 pacientes, realizado em Minas Gerais, mostrou nota maior em todos os critérios, mas em sua metodologia, excluía pacientes obesos, pacientes com lesões de órgãos-alvo e pacientes com outras comorbidades, diferenciando-se do objetivo deste estudo. Mesmo assim, os aspectos sociais ainda tiveram a maior média.¹⁶ Em estudo realizado em Presidente Prudente-SP, com 100 pacientes, houve concordância com o escore bruto maior do critério “aspectos sociais”. Também neste, a dor não obteve o menor escore bruto, podendo haver associação com o fato de ter sido feito em um ambulatório de especialidades.¹⁷

Vale destacar que a dor, aspecto com pior escore neste estudo, possui tratamento, em sua maior parte, disponível no Sistema Único de Saúde e na Atenção Básica.

No caso da população estudada, os resultados de escore bruto médio e escore por componente permitem à equipe de saúde da família o planejamento das ações e a verificação dos resultados destas. As avaliações individuais permitem individualizar a abordagem, percebendo, *a priori*, temas que podem trazer mais benefício à qualidade de vida do mesmo, auxiliando no “tempo de preparação antes da consulta”.¹⁸

Conclusão

No presente estudo, concluímos que a população de hipertensos da área 2 da unidade de saúde estudada apresenta um escore bruto médio de 61,0, conforme o questionário SF-36, porém com variação na resposta individual de 11,0 a 92,1. Foi percebido ainda que, entre os componentes desta escala, o pior desempenho de “limitação pela dor” (escore de 49,2). O componente com melhor desempenho foi “aspectos sociais” (escore de 80,0). Outros componentes estão descritos na Figura 1. Concluímos também que a escala SF-36 foi eficiente ao observar a autopercepção das pessoas sobre a qualidade de vida.

Observa-se, também, que o SF-36 não permite conclusões acerca da hipertensão em si, pois se trata de um questionário genérico de qualidade de vida e, por isso, produzindo resultados relacionados à pessoa como um todo, permitindo que o resultado seja influenciado por várias patologias, condições de vida e subjetividade. Este questionário pode ser usado associado a outros instrumentos ou à pesquisa qualitativa a depender do questionamento da pesquisa.

Conclui-se, ainda, a necessidade de mais estudos sobre este tema tão rico, vasto e multifacetado, que observem fatores que influenciam a qualidade de vida dos pacientes, e apontem para modos de como obter este impacto positivo, para que a medicina se aproxime da necessidade de “tratar das pessoas e não das doenças”.¹⁹

O controle pressórico dos pacientes hipertensos é sobretudo importante para a prevenção de desfechos negativos relacionados a este fator de risco que, indubitavelmente, afetam a qualidade de vida. Ao mesmo tempo, o cuidado integral ao paciente hipertenso permite abordagens que elevem a sua qualidade de vida e esta não está relacionada apenas à prevenção de longo prazo, mas também a tratamento de diversas outras questões e à promoção da saúde.

Há muito tempo, conhecer o paciente na sua integralidade é prerrogativa da Medicina de Família e Comunidade e isto é importante em todos os seus campos de atuação. Foi percebido, nesta pesquisa, que o fator mais envolvido na piora da qualidade de vida foi limitação pela dor. Os recursos para alívio desse sofrimento estão presentes na unidade de saúde, e podem ser mobilizados tanto no alívio da dor física quanto da dor com origem emocional. Esta simples medida é capaz de melhorar a qualidade de vida do indivíduo como um todo, e não pode ser ignorada no atendimento daquele indivíduo.

Ações programáticas que se focam demasiadamente nos parâmetros biomédicos, corroborados por agendas que são construídas a partir de uma condição específica de saúde (tarde do hipertenso, por exemplo) podem fazer com que não haja espaço para o atendimento ou para o surgimento da queixa de dor, que tem limitado a qualidade de vida destes pacientes. O fato citado diminui a qualidade da atenção primária.²⁰

Além disso, a individualização do paciente é um dos pilares da prática do médico de família e comunidade. Esta especialidade é comprometida sempre, e em primeiro lugar, com o indivíduo. Não se trata de órgãos, aparelhos, ou grupo de doenças. Não se discrimina gênero ou idade²¹ e dedica-se, inclusive, a indivíduos saudáveis.⁴ Faz-se mandatório avaliar os sentimentos e as emoções do indivíduo em relação ao seu problema, avaliando preocupações e impacto na qualidade de vida.¹⁸ A visão reducionista é antagônica à integralidade e provém da “incapacidade de estabelecer uma relação com o outro a não ser transformando-o em objeto”.²²

Da mesma maneira, o cuidado com a qualidade de vida não deve invalidar o princípio de que as ações precisam ter impactos epidemiológicos positivos, mas ir além, ou seja, saber que a melhora epidemiológica não é o único objetivo dos serviços de saúde.²³

Referências

1. Williams B. The year in hypertension. *J Am Coll Cardiol.* 2009;55(1):65-73. PMID: 20117366 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2009.08.037>
2. Rosário TM, Scala LCNS, França GVA, Pereira MRG, Jardim PCBV. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. *Arq Bras Cardiol.* 2009;93(6):672-8.
3. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia & Saúde.* 6a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. 708p.
4. McWhinney IR, Freeman T. *Textbook of Family Medicine.* New York: Oxford University Press; 2009. 472p.
5. Lessa I. Introdução à epidemiologia das doenças cardiovasculares no Brasil. In: Lessa I. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade. Epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis.* São Paulo: Hucitec; 1998;73-6.
6. World Health Organization. *Milestones in health promotion Statements from global conferences.* Geneva: World Health Organization; 2009.
7. Organização Mundial da Saúde. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org. coordenação da tradução, Buchalla CM. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: EDUSP; 2003.*

8. WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *Int J Ment Health*. 1994;23(3):24-56. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/00207411.1994.11449286>
9. Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. *Rev Saúde Pública*. 1997;31(5):537-42.
10. Bion WR. Uma teoria sobre o processo de pensar. In: *Estudos psicanalíticos revisados (Second Thoughts)*. Rio de Janeiro: Imago; 1967. p.101-9.
11. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30(6):473-83.
12. Bowling A, Brazier J. Quality of life in social science and medicine. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1337-8. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00148-Z](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(95)00148-Z)
13. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36-item Short-form Health Survey (SF-36)” [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1997.
14. Gusso G, Poli Neto P. Gestão da Clínica. In: Gusso G, Lopes JMC. *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2012. p.159-66.
15. Brito DMS, Araújo TL, Galvão MTG, Moreira TMM, Lopes MVO. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(4):933-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000400025>
16. Silqueira SMF. O questionário genérico SF-36 como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionada a saúde de pacientes hipertensos [Tese de doutorado]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP-RP. Recuperado em 2014-02-05. [Acesso 2 Jan 2014]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-17052007-160822/>
17. Cavalcante MA, Bombig MTN, Luna Filho B, Carvalho ACC, Paola AAV, Povia R. Qualidade de vida de pacientes hipertensos em tratamento ambulatorial. *Arq Bras Cardiol*. 2007;89(4):245-50. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2007001600006>
18. Ramos V. A consulta em 7 passos - Execução e análise crítica de consultas em medicina geral e familiar. Lisboa: VFBM Comunicação; 2008.
19. Roncoleta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA, Blasco PG, Leoto RF. *Princípios da Medicina de Família*. São Paulo: Sobramfa; 2003.
20. Fabrega H. *Disease and social behavior. An interdisciplinary perspective*. Cambridge: MIT Press; 1974.
21. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. *The new consultation: developing doctor-patient communication*. Oxford: Oxford University Press; 2003.
22. Santos BS. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez; 2000.
23. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, orgs. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS- UERJ/ABRASCO; 2001. p.39-64.

Como se estuda o que não se diz: uma revisão sobre demanda oculta

How do we study what is not said: a review on hidden agenda

Cómo se estudia lo que no se dice: una revisión sobre demanda oculta

Antônio Augusto Dall’Agnol Modesto. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil. filomedlit@yahoo.com.br (*Autor correspondente*)

Marcia Thereza Couto. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil. marthet@usp.br

Resumo

Objetivos: Pessoas com demandas aparentemente bem delimitadas podem, muitas vezes, ter queixas ou preocupações ocultas ou tardiamente apresentadas, chamadas em inglês de *hidden agenda*, *by the way syndrome* ou *doorknob syndrome* (“síndrome da maçaneta”). Poucos trabalhos abordam o fenômeno em contexto clínico discutindo seus aspectos ou consequências sobre o cuidado do ponto de vista sociocultural. Uma pesquisa qualitativa sobre saúde dos homens realizada pelos autores exigiu estudar a produção científica relacionada à *hidden agenda* de forma descritiva e interpretativa. **Métodos:** Esta revisão, do tipo *estado da questão*, abarcou artigos que tratassem da *hidden agenda* (ou expressões similares) no contexto clínico geral ou especializado, médico ou multiprofissional, em português, inglês ou espanhol, no período de 2000 a 2014. Partindo de 210 resultados iniciais em 3 bases de dados internacionais, foram selecionadas 39 publicações, que foram avaliadas quanto a características objetivas e subjetivas. **Resultados:** Identificando os temas predominantes nas pesquisas, notamos que *hidden agenda* é a expressão mais específica, sendo *demanda oculta* sua melhor tradução. Quase todos os estudos relacionavam a atenção a demandas ocultas a melhores desfechos ou desdobramentos do atendimento, embora nenhum avaliasse essas consequências de forma aprofundada. **Conclusão:** A revisão deixa claro que a *demanda oculta* é um elemento problematizador para pensar a prática médica e potencializador para a clínica, especialmente ao buscar-se um cuidado integral e um diálogo efetivo entre profissional e usuário(a). São necessários estudos que articulem o fenômeno a aspectos socioculturais ou technoassistenciais e que contemplem alguma discussão sobre construção da demanda, ausente nos artigos revisados.

Palavras-chave:

Relação Médico-Paciente
Comunicação
Necessidades e Demandas
de Serviços de Saúde
Atenção Primária à Saúde

Abstract

Objectives: People with apparently well-defined demands may often have hidden or lately presented complaints or concerns, called *hidden agenda*, *by the way syndrome* or *doorknob syndrome*. Few studies that address the phenomenon in a clinical context discuss aspects or consequences on the care from a sociocultural perspective. A qualitative research on men’s health conducted by the authors required to study the scientific literature related to hidden agenda in a descriptive and interpretative way. **Methods:** This *state of question* review encompasses articles that addressed hidden agenda (or similar expressions) in general or specialized, medical or multidisciplinary clinical settings, in Portuguese, English or Spanish, from 2000 to 2014. Starting from 210 results from three international databases, we selected 39 publications, which were evaluated for objective and subjective characteristics. **Results:** Identifying the predominant subjects of the publications, we noticed that hidden agenda is the most specific term, being *demanda oculta* its best translation to Portuguese. Almost all studies related attention to hidden demands to better outcomes or results of care, although none of them evaluated those consequences in depth. **Conclusions:** The review makes it clear that hidden agenda is a problem-solving element to think about medical practice and an enhancer to the clinic, especially when looking for a comprehensive care and an effective dialogue between professional and user. Studies relating the phenomenon to sociocultural or healthcare service-related aspects are needed, as well as studies that include discussion about demand making, absent in the revised articles.

Keywords:

Physician-Patient Relations
Communication
Health Services Needs
and Demand
Primary Health Care

Como citar: Modesto AAD, Couto MT. Como se estuda o que não se diz: uma revisão sobre demanda oculta. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-13. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1250](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1250)

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: 12/12/2015.
Aprovado em: 04/05/2016.

Resumen

Objetivos: Personas con demandas aparentemente bien definidas pueden frecuentemente tener quejas o inquietudes ocultas o tardíamente presentadas, llamadas en inglés de *hidden agenda*, *by the way syndrome* o *doorknob syndrome* (“síndrome del pomo de la puerta”). Pocos estudios en contexto clínico discuten sus aspectos o consecuencias para el cuidado desde un punto de vista sociocultural. Una investigación cualitativa realizada sobre salud masculina requirió estudiar la literatura científica relacionada con la *hidden agenda* de forma descriptiva e interpretativa. **Métodos:** Esta revisión, de tipo *estado de la cuestión*, abarcó artículos que abordaban la *hidden agenda* (o expresiones similares) en contextos clínicos generales o especializados, médicos o multidisciplinarios, en portugués, inglés o español, de 2000 a 2014. Partiendo de 210 resultados de tres bases de datos internacionales, se seleccionaron 39 publicaciones, evaluadas cuanto a características objetivas y subjetivas. **Resultados:** Identificando temas predominantes en las pesquisas, observamos que *hidden agenda* es la expresión más específica, y *demanda oculta*, su mejor traducción. Casi todos los estudios relacionaban la atención a demandas ocultas a mejores resultados, aunque ninguno de ellos evaluaba estas consecuencias en profundidad. **Conclusiones:** La revisión deja claro que la *demanda oculta* es un elemento problematizador para pensar en la práctica médica y potenciador de la clínica, sobre todo al buscarse una atención integral y un diálogo efectivo entre profesional y usuario(a). Se necesitan estudios que relacionen el fenómeno con aspectos socioculturales y tecnoasistenciales, y que incluyan alguna discusión sobre construcción de la demanda, ausente de los artículos revisados.

Palabras clave:

Relaciones Médico-Paciente
Comunicación
Necesidades y Demandas
de Servicios de Salud
Atención Primaria de Salud

Introdução

Pessoas atendidas por demandas aparentemente bem delimitadas podem ter queixas ou preocupações ocultas ou tardiamente apresentadas, chamadas em inglês de *hidden agenda*.^{1,2} Barsky é considerado um pioneiro no assunto, graças a uma revisão em que discute as razões ocultas pelas quais pacientes procuram médicos.³ Nela, o autor demonstrava que “os aspectos não específicos do processo de cuidado médico têm sido geralmente consignados ao reino da idiosincrasia, intuição ou ‘arte’”, e que era necessário “começar a descrevê-los com precisão e fazê-los quantificáveis, verificáveis e objetivos” (p. 497).

Beckman e Frankel, por outro lado, discordavam que a *hidden agenda* se tratasse apenas da retenção ou atraso de informação relevante pelo paciente, como se dependesse de sua vontade ou motivação. Focando na influência do comportamento médico na coleta de dados, eles identificaram que os profissionais interrompiam os pacientes durante seus relatos iniciais em quase 70% das vezes. Isso acontecia, em média, em 18 segundos de conversa, e quase nunca era dada nova oportunidade aos indivíduos para que completassem seu relato inicial - o que poderia levar à perda de informações relevantes.⁴

Diante do crescente reconhecimento da questão, muitos autores escreveram sobre *hidden agenda* em recortes específicos, como Hengstler et al., na clínica geral,⁵ e Ahmad e Ramsay, em dermatologia.⁶ Outros preferem o termo *patient's agenda*,^{7,8} embora essa expressão pareça significar o conjunto das questões que uma pessoa esperava que fossem abordadas em consulta, e não apenas as menos claras ou secundariamente expressadas. Também são conhecidos os apelidos *by the way syndrome*, referindo-se a “lembranças” no fim da consulta, e *doorknob syndrome* (“síndrome da maçaneta”), aludindo ao momento em que a pessoa pega a maçaneta da porta para deixar o consultório e expressa queixas ou preocupações novas - e, às vezes, mais importantes que as referidas até então.^{9,10}

Essa multiplicidade de termos pode indicar a necessidade de maior consolidação de um referencial, embora já esteja claro o impacto do fenômeno em qualquer contexto clínico - especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS). Stewart et al. apontam que uma atenção médica que busca um campo comum com o paciente e responde mais completamente às suas necessidades únicas está associada a melhoras

no estado de saúde (como menos preocupação) e na eficiência do cuidado (como menos exames e encaminhamentos).¹¹ Starfield, por sua vez, afirma que integralidade de um serviço de APS depende do reconhecimento das necessidades dos pacientes por parte dos profissionais, mas estes frequentemente não conseguem reconhecer os problemas que aqueles expressam quando buscam atendimento - principalmente quando se tratam de questões de natureza psicológica ou psicossocial.¹²

A questão pode ser tratada no âmbito da psicologia e da psicanálise,^{13,14} ou das habilidades de comunicação.^{15,16} Entretanto, poucos trabalhos que abordam o fenômeno da *hidden agenda* em contexto clínico discutem seus aspectos ou consequências sobre o cuidado do ponto de vista sociocultural.

Uma pesquisa qualitativa mais ampla realizada pelos autores vem estudando como os homens expressam demandas referentes à próstata e a questões de sexualidade (principalmente disfunção erétil) na APS, tentando entender as formas como essas demandas são expressas (ou não) pelos homens e acolhidas (ou não) pelos(as) médicos(as). Nesse contexto, mostrou-se fundamental revisar a produção científica relacionada à *hidden agenda*, explorando como tem sido estudada e nomeada, e em que recortes tem se mostrado útil.

A partir dos achados, esperamos demonstrar como essa noção pode ajudar a problematizar o contexto clínico, bem como fazer considerações sobre futuras pesquisas sobre o tema. Ressaltando que as diversas expressões encontradas em pesquisas preliminares não são necessariamente sinônimas, usaremos os termos no idioma original até estabelecermos suas diferenças, buscando contribuir à consolidação de um referencial e identificar a expressão mais adequada em português.

Metodologia

A revisão abarcou artigos que tratassem da *hidden agenda* (e termos similares) no contexto clínico geral ou especializado, médico ou multiprofissional, em português, inglês e espanhol, no período de 2000 a 2014. A metodologia utilizada e o caráter simultaneamente descritivo e interpretativo permitem definir esta revisão como do tipo *estado da questão*, tendo a mesma finalidade apontada por Nóbrega-Therrien e Therrien¹⁷ de “levar o pesquisador a registrar, a partir de um rigoroso levantamento bibliográfico, como se encontra o tema ou o objeto de sua investigação no estado atual da ciência ao seu alcance” (p. 7). Um exemplo de revisão desse tipo é a pesquisa de Cavalcante Neto et al. sobre o interesse dos estudantes pela Medicina de Família.¹⁸

Buscamos as combinações de termos listados na Tabela 1 nos portais PubMed, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e SciELO (que abrangem bases de dados internacionais como MEDLINE, LILACS e Cochrane) no primeiro trimestre de 2015. As expressões deveriam constar do título, assunto ou resumo das publicações. Como *hidden agenda* e *patient's agenda* pareciam os termos mais usados na literatura científica anglófona, fizemos combinações com agenda, *demand* e demanda esperando revelar sinônimos ou textos em português ou espanhol. As quatro últimas combinações pesquisadas, por sua vez, foram inspiradas por um relato de caso encontrado em pesquisas preliminares que destacava a importância de “escutar a demanda subjacente à queixa enunciada”¹³ (p. 329). A Tabela 1 mostra também as combinações de termos e os resultados que cada uma gerou em cada portal (descontados resultados duplicados em uma mesma pesquisa).

Tabela 1. Resultados por combinação de termos e portais.

Termo	Portal			Total
	SciELO	BVS	PubMed	
" <i>demanda do paciente</i> " OR " <i>demanda del paciente</i> " OR " <i>patient's demand</i> "	16	54	49	119
" <i>agenda oculta</i> " OR " <i>hidden agenda</i> "	3	30	57	90
" <i>agenda do paciente</i> " OR " <i>agenda del paciente</i> " OR " <i>patient's agenda</i> "	0	24	31	55
" <i>demanda latente</i> " OR " <i>latent demand</i> "	0	21	27	48
" <i>demanda subjacente</i> " OR " <i>underlying demand</i> "	0	4	5	9
" <i>demanda oculta</i> " OR " <i>hidden demand</i> "	2	2	0	4
" <i>agenda subjacente</i> " OR " <i>underlying agenda</i> "	0	1	0	1
" <i>agenda latente</i> " OR " <i>latent agenda</i> "	0	0	0	0
Total	21	136	169	326

Cruzando os resultados dos três portais e desprezando repetições, chegamos a uma lista com 210 títulos. Eliminando resultados repetidos, anteriores a 2000 ou em idioma que não inglês, português ou espanhol, passamos a 117 resultados. Excluímos textos com versão online indisponível (11), além de publicações que não fossem artigos (como teses, comentários e editoriais), artigos em que a expressão era citada de forma superficial, sem maiores considerações, e pesquisas que se situavam fora do contexto clínico (levando a 67 exclusões). A partir desses critérios, 39 artigos foram selecionados.

Os trabalhos selecionados foram identificados quanto ao ano e idioma de publicação, país de realização, tipo de estudo e área do saber (medicina, enfermagem, psicologia etc.). Na sequência, avaliamos: 1) se a pesquisa era conduzida da perspectiva de usuários, profissionais ou ambos; 2) se envolvia homens, mulheres ou ambos; 3) como a noção se caracterizava e era abordada no contexto investigado; 4) que temas eram abordados; e 5) se contemplava desfechos ou desdobramentos do atendimento.

A análise qualitativa dos cinco aspectos destacados percorreu os seguintes passos: 1) Leitura flutuante dos artigos com o objetivo de apreender o conteúdo geral dos artigos segundo os aspectos em análise; 2) Identificação e agrupamento dos argumentos dos autores (relativos aos três últimos aspectos de análise) em núcleos de sentido; 3) Classificação e interpretação dos núcleos de sentidos em eixos de análise mais abrangentes; 4) Sínteses interpretativas a partir dos núcleos de sentido mais recorrentes nos estudos. Todos esses passos seguiram a proposta de análise qualitativa de Minayo.¹⁹

Resultados

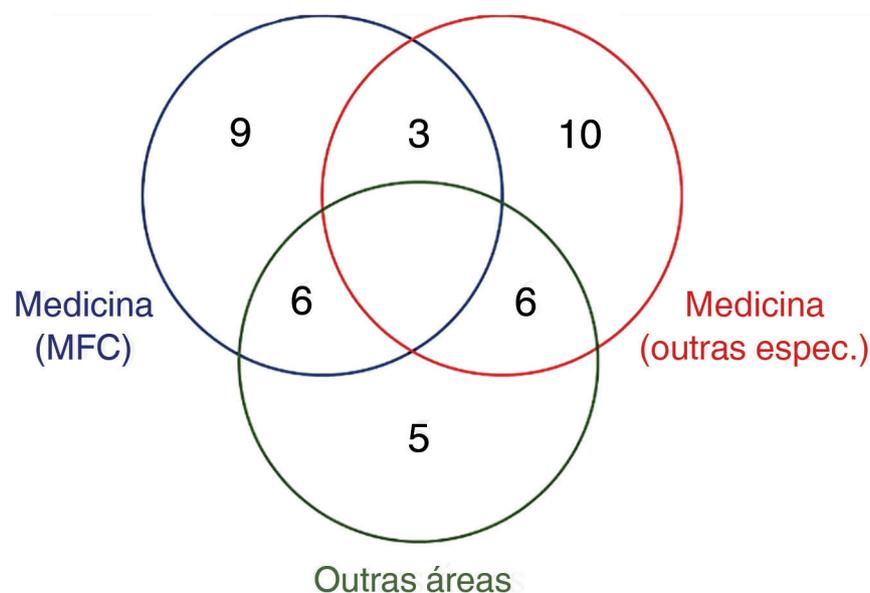
A distribuição dos textos por ano de publicação variou entre zero e seis (na média, quase três por ano). Vinte e três estudos (quase 60% do total) foram realizados na Europa, sendo que em nove deles o Reino Unido estava envolvido. Três pesquisas foram realizadas em mais de um país. Os Estados Unidos também tiveram grande participação, com nove estudos (23% do total). A América do Sul sediou apenas quatro, sendo dois deles no Brasil. Outras características são mostradas na Tabela 2 e na Figura 1.

Os termos utilizados nas publicações selecionadas estão na Tabela 3, acompanhados dos temas mais associados a cada noção - o que discutiremos a seguir.

Tabela 2. Características dos artigos selecionados.

Tipo de estudo		Idioma do artigo	
Quantitativo	16	Inglês	34
Qualitativo	8	Espanhol	3
Revisão	5	Português	2
Qualitativo e quantitativo	4	Perspectiva do estudo	
Relato de caso	4	Profissionais	17
Sexo dos(as) participantes		Ambos	13
Homens e mulheres	30*	Usuários(as)	9
Não consideravam	5**	Desfechos ou desdobramentos	
Apenas mulheres	3	Contemplavam	34
Apenas homens	1	Não faziam considerações	5

* Houve diferença entre os grupos de participantes em três estudos (e.g., profissionais de ambos os sexos e usuárias mulheres); ** Dois ensaios, duas revisões e uma pesquisa qualitativa.

**Figura 1.** Publicações selecionadas por área do saber.

MFC: Medicina de Família e Comunidade (e equivalentes estrangeiros); Outras espec.: outras especialidades médicas; Outras áreas: enfermagem, farmácia, odontologia, psicologia/psicanálise.

Tabela 3. Termos utilizados e temas predominantes nas publicações selecionadas.

Termo	Número	Temas predominantes
<i>Patient's agenda</i>	17	Registro médico informatizado; barreiras comunicacionais em condições específicas de saúde; comunicação em atendimentos em geral; intervenções para qualificar o atendimento médico
<i>Patient's demand</i>	8	Demandas específicas (normalmente claras) e tomada de decisão
<i>Hidden agenda</i>	6	Demandas não percebidas pelos profissionais, maior relação entre identificação e desfechos, maior circunscrição à clínica
<i>Demanda del paciente</i>	4	Saúde mental
<i>Demanda do paciente</i>	2	Saúde mental
<i>Latent demand</i>	2	Identificação de necessidades, demandas ou mercados potenciais

Discussão

O processo de seleção dos resultados merece alguns comentários, por demonstrar a polissemia dos termos pesquisados. *Demanda do/del* paciente e *patient's demand* surgiram frequentemente em ensaios clínicos de analgesia pós-operatória,^{20,21} enquanto *hidden agenda* e *agenda oculta* se referiam a técnicas de moderação de grupos,²² intenções não declaradas de governos ou grupos influentes²³ ou problemas populacionais não contemplados por políticas públicas²⁴ - caso também do único resultado com o termo *demanda oculta*,²⁵ excluído por colocar-se em âmbito mais epidemiológico do que clínico. Muitos resultados iniciais com *latent demand* foram excluídos por se referirem a demandas populacionais por questões não propriamente clínicas (como transporte²⁶ e água potável²⁷), enquanto outros, embora tratassem de temas interessantes à clínica, tinham abordagens muito mais próximas da avaliação de mercado ou do uso de recursos (como a demanda latente por contracepção pericoital²⁸ ou imunoglobulina²⁹ em regiões específicas).

A ocorrência de estudos em diferentes áreas médicas, não médicas e multidisciplinares mostra que o assunto é de interesse geral da saúde, e o destaque da Medicina de Família e Comunidade e seus equivalentes estrangeiros entre as pesquisas corrobora a APS como um campo importante para a problematização do fenômeno.

A abordagem predominante nas pesquisas empíricas foi quantitativa, muitas vezes envolvendo gravações de consultas em áudio ou vídeo, questionários ou avaliação de intervenções educacionais. A perspectiva dos profissionais foi considerada em mais de três quartos dos estudos, sendo associada à dos usuários em cerca de um terço desses. O predomínio de produções no hemisfério norte e em língua inglesa e a presença de apenas dois estudos brasileiros mostram uma lacuna para a pesquisa sul-americana e nacional, cujo preenchimento poderia contribuir na validação do conceito e no aporte de aspectos mais específicos ao nosso contexto.

As publicações selecionadas estão listadas conforme o termo utilizado na Tabela 4. Doze expressões pesquisadas não constavam de nenhum dos resultados selecionados, incluindo *demanda oculta* e *agenda oculta*. Os cinco textos em português ou espanhol usavam as expressões *demanda do/del* paciente ou a versão *patient's demand* no resumo.

As publicações que usavam a expressão *patient's agenda* abordavam quatro temas principais. O primeiro grupo incluía pesquisas sobre registro médico informatizado e seu impacto sobre o entendimento das demandas do sujeito - a *patient's agenda*. Snoek et al. consideram que a informática ajudou na identificação das necessidades individuais de diabéticos em seguimento,^{30,31} enquanto Rhodes et al. criticam o uso de um *checklist* computadorizado para o mesmo tipo de atendimento.³² Impactos negativos do uso de prontuário eletrônico também foram apontados por Makoul et al.³³

O segundo grupo de artigos contemplava barreiras comunicacionais em condições específicas de saúde: fadiga;³⁴ dispepsia;³⁵ câncer de mama;³⁶ multimorbidade e polifarmácia;³⁷ risco cardiovascular em mulheres³⁸ e cuidados intensivos.³⁹ Tomando a obesidade como problema, Sussman et al. investigaram fatores que influenciam a decisão médica em oferecer aconselhamento preventivo em consultas de APS, demonstrando que a demanda do paciente foi o fator mais importante para os entrevistados na decisão em investir tempo em aconselhamento⁴⁰ - o que o aproxima dos estudos de *patient's demand*, como veremos a seguir.

Tabela 4. Publicações selecionadas e tipos de estudo conforme termos utilizados.

Patient's agenda		Patient's demand	
Makoul et al., 2001	Qualitativo e quantitativo	Kasje et al., 2002	Qualitativo
Meeuwesen et al., 2002	Quantitativo	Jacquemyn et al., 2003	Quantitativo
Sepucha et al., 2002	Quantitativo	Bremberg e Nilstun, 2005	Quantitativo
Vegni et al., 2002	Quantitativo	Cahana et al., 2008	Quantitativo
Jones, 2003	Revisão	Fernández, 2008	Ensaio
Dyche e Swiderski, 2005	Quantitativo	Hunt et al., 2011	Qualitativo e quantitativo
Huffman, 2005	Revisão	Aulakh e Melsen, 2011	Relato de caso
Frich et al., 2006	Qualitativo	Kitzinger et al., 2012	Quantitativo
Rhodes et al., 2006	Qualitativo	Hidden agenda	
Sussman et al., 2006	Qualitativo e quantitativo	Hengstler et al., 2002	Revisão
Rodondi et al., 2009	Quantitativo	McLeod, 2003	Ensaio
Bower et al., 2011	Qualitativo	Gross et al., 2008	Quantitativo
Snoek et al., 2011	Quantitativo	Ahmad e Ramsay, 2009	Qualitativo e quantitativo
Altiner et al., 2012	Quantitativo	Fallon et al., 2012	Relato de caso
Snoek et al., 2012	Quantitativo	Tempark e Shwayder, 2012	Relato de caso
Hazzard et al., 2013	Revisão	Demanda do paciente	
Weiss et al., 2013	Quantitativo	Ieto e Cunha, 2007	Relato de caso
Demanda del paciente		Costa et al., 2009	Revisão
Nakai et al., 2009	Quantitativo	Latent demand	
Gallo et al., 2012	Qualitativo	Burkey et al., 2006	Quantitativo
Desplenter et al., 2013	Qualitativo	Packel et al., 2012	Qualitativo
Miranda Hiriart e Saffie Gatica, 2014	Qualitativo		

O terceiro grupo tratava da comunicação em atendimentos em geral. Dyche e Swiderski estudaram a compreensão médica sobre as demandas dos pacientes,⁴¹ enquanto Rodondi et al. estudaram o conteúdo e as respostas médicas à *by the way syndrome*, registrando um desencontro entre o conteúdo da síndrome (normalmente biopsicossocial ou psicossocial) e as respostas médicas (normalmente biomédicas)¹⁰ - condizendo com o que apontou Starfield.¹² Huffman fez uma revisão sobre parceria no cuidado,⁴² recomendando reservar tempo para determinar o que é importante para o paciente e seu cuidador, e Weiss et al. observaram similaridades entre médicos de família, enfermeiras e farmacêuticos prescritores britânicos no quão pouco seus pacientes completavam seu relato inicial (20% das consultas) e quão rapidamente eram redirecionados (22 a 28 segundos, em média).⁴³

O último grupo de publicações estudou intervenções para qualificar o atendimento médico, por meio do treinamento em habilidades de comunicação e medicina centrada na pessoa, com resultados promissores.^{44,45}

Oito publicações usaram a expressão *patient's demand*. Kasje et al. demonstraram que médicos holandeses tendem a atender a demanda do paciente por medicações reembolsáveis,⁴⁶ enquanto Jacquemyn et al. mostraram que a demanda da gestante por cesariana era um fator pouco importante na escolha dessa via de parto por obstetras flamencos.⁴⁷ Bremberg e Nilstun compararam as escolhas e justificativas de médicos de família e comunidade, oncologistas e público leigo em situações hipotéticas em que alguém reluta em aceitar uma intervenção médica ou demanda ações medicamente injustificáveis,

encontrando discordância entre profissionais e público leigo.⁴⁸ Cahana et al. compararam a atitude de quatro categorias profissionais a respeito da transfusão de sangue a Testemunhas de Jeová que tivessem recusado antecipadamente esse procedimento. Questionários foram aplicados antes e depois de uma aula sobre bioética.⁴⁹ *Patient's demand* também se referia a demandas específicas de pacientes e sua influência na tomada de decisão em um ensaio sobre psicoterapia de apoio em APS⁵⁰ e em duas publicações de odontologia: uma pesquisa sobre sedação intravenosa a pacientes ansiosos⁵¹ e um relato de caso em que atender cegamente à demanda de uma paciente teria levado a um tratamento insatisfatório e com pior prognóstico.⁵² Kitzinger et al., por fim, recomendam que cirurgiões atentem à demanda por cirurgia plástica corporal de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica.⁵³

Quase todos os estudos que usavam a expressão *demand* do/*del* paciente tratavam de saúde mental. Para Ieto e Cunha, a demanda subjacente à queixa é um aspecto a avaliar no atendimento fonoaudiológico,¹³ enquanto para Desplenter et al. profissionais fornecem informações sobre antidepressivos a pacientes internados de acordo com a demanda destes.⁵⁴ Costa et al. destacam que identificar a demanda do paciente é parte da avaliação psicológica de obesos.⁵⁵ Dois estudos debatem o sofrimento psíquico de pacientes policonsultantes e dos profissionais que os atendem.^{14,56} Ambos destacam o desencontro das expectativas de uns e outros e mostram que o vínculo é uma estratégia mais eficaz no cuidado dessas pessoas que o afastamento e a medicalização que as unidades comumente lhes oferecem. Finalmente, o estudo de Nakai et al. apontou que a demanda do paciente foi o fator que mais motivou farmacêuticos a oferecerem pacotes de dose única diária de medicação a idosos⁵⁷ - diferenciando-se dos demais e aproximando-se ao grupo da *patient's demand*.

Os estudos que usavam a expressão *latent demand* se colocavam no limite entre a identificação de necessidades de saúde, demandas ao serviço ou mercados potenciais, mas mostravam algum desdobramento para a clínica. Burkey et al. revisaram dezenas de milhares de prontuários em busca de candidatos ao BAHA (*Bone-Anchored Hearing Aid*, aparelho auditivo de ancoragem óssea), demonstrando superficialmente a importância dessa busca ativa.⁵⁸ Packel et al., por sua vez, identificaram uma demanda latente por testagem de doenças sexualmente transmissíveis enquanto estudavam o pagamento de bônus por resultado negativo como estratégia para evitar a infecção.⁵⁹

As publicações que usavam a expressão *hidden agenda* também abordavam demandas não percebidas pelos profissionais, diferenciando-se das anteriores pela maior relação que estabeleciam entre o reconhecimento dessas demandas e os desfechos do atendimento, pelo entendimento consequente de que identificá-las é um elemento fundamental da consulta, e pela maior circunscrição de seus objetos à clínica. Tudo isso a coloca como a expressão mais específica dentre as pesquisadas.

Hengstler et al. revisaram recomendações de rastreamento em adultos, observando que pacientes frequentemente usam o *check-up* como razão para consulta para levantar um problema específico que os incomoda e aconselhando os médicos a abordar possíveis *hidden agendas* nessas pessoas.⁵ Gross et al. abordaram a percepção de *hidden agenda* entre médicos e médicas atendendo pessoas do mesmo sexo ou diferente.⁶⁰ Ahmad e Ramsay exploraram medos e expectativas de pacientes dermatológicos por meio de questionários a profissionais e usuários, sugerindo o uso desses instrumentos para otimizar a consulta e melhorar o cuidado.⁶ Fallon et al. estudaram a *hidden agenda* de jovens cuidadores ou usuários de serviços de saúde mental, sugerindo incluir esses jovens no planejamento dos serviços de saúde e

educação.⁶¹ Tempark e Shwayder relataram dois atendimentos de crianças de famílias chinesas cujos pais exigiam a remoção de manchas em seus rostos, a despeito da benignidade das lesões e da futura cicatriz. A insistência foi posteriormente relacionada a uma crença chinesa na leitura da sorte pela posição de manchas no corpo e no rosto.⁶² O ensaio reflexivo de McLeod se diferenciava um pouco dos demais, voltando-se a questões subconscientes dos profissionais que podem influenciar o atendimento.⁶³

Quase todos os estudos relacionavam a atenção à *hidden agenda*, *patient's agenda* etc. a melhores desfechos ou desdobramentos do atendimento, como maior satisfação do(a) usuário(a) e profissional, maior adesão ao tratamento e superação de barreiras diagnósticas e comunicacionais. Alguns chegavam a advertir sobre consequências negativas de não atentar a essas questões, como cronificação de doenças,³⁴ atraso no diagnóstico,³⁸ prejuízo ao processo terapêutico,⁶ excesso de consultas e sobrecarga assistencial.^{14,56}

Embora nenhum estudo avaliasse essas consequências de forma aprofundada, a revisão deixa claro que “revelar a *hidden agenda* é crucial para fazer um diagnóstico biopsicossocial integral, permitindo ao médico oferecer tratamento apropriado, e está relacionado às habilidades de comunicação de escutar e interpretar pistas não verbais” (p. 126).⁶⁰ Dyche e Swiderski⁴¹ afirmam que “quando os médicos entendem as preocupações dos pacientes, há uma melhora na satisfação e adesão do paciente” (p. 270), fazendo coro com Stewart et al.,¹¹ enquanto Weiss et al.⁴³ encorajam os(as) profissionais a usar mais questões abertas e perguntar por outras demandas várias vezes ao longo da consulta, esperando que isso resulte em maior expressão de preocupações e melhores resultados. Como disse Barsky,³ “um clínico poderia investigar a causa da visita tão sistematicamente quanto ele ou ela investiga a causa da febre, fadiga ou perda de peso de um paciente” (p. 497).

Considerações finais

A restrição a 15 anos de produção e 3 mecanismos de busca são duas limitações da nossa revisão, mas o número de resultados iniciais por portal (26, 136 e 169) e da lista unificada (210 títulos) mostra que alcançamos um panorama satisfatório da literatura contemporânea sobre o assunto, e sugere que a inclusão de outras bases de dados não acrescentaria informações essenciais. Outra limitação foi a pesquisa por expressões fechadas, que pode ter deixado de fora publicações que tratavam do assunto usando outras palavras. Finalmente, a combinação de critérios objetivos e subjetivos na seleção das publicações pode parecer uma limitação a leitores acostumados a revisões sistemáticas ou meta-análises, mas é coerente à pesquisa qualitativa que a inspirou, à revisão do tipo *estado da questão*, e ao próprio assunto estudado. Além disso, o processo de inclusão e exclusão nos permite afirmar que todos os artigos selecionados ofereciam algum aporte a futuras pesquisas sobre o fenômeno da *hidden agenda* em contexto clínico - impressão que tentamos transmitir por meio dos comentários sobre os artigos excluídos.

A análise dos temas relacionados às diferentes expressões pesquisadas mostrou que *hidden agenda* é a mais específica ao fenômeno em questão. *Agenda* em inglês se refere a pauta ou lista de assuntos a discutir (significados menos comuns para agenda em português), enquanto *demand* significa exigência ou condição, não correspondendo exatamente ao que chamamos de demanda.⁶⁴ Assim, mesmo não tendo sido usada em nenhum artigo selecionado (sinal da pouca produção lusófona sobre o tema), *demand oculta* parece a melhor forma de chamar as queixas ou preocupações tardias ou mais dificilmente expressadas.

Há uma literatura robusta mostrando que os profissionais de saúde não investigam demandas ocultas, sugerindo motivos para tanto e ensinando-os a fazê-lo, mas parece haver pouca discussão sobre por que isso ocorre. Nossa revisão mostra que a *demanda oculta* é um elemento problematizador para pensar a prática médica e potencializador para a clínica, especialmente considerando-se a busca por um cuidado integral e um efetivo diálogo entre profissional e usuário. Merece, portanto, a realização de estudos que tentem articular o fenômeno a aspectos socioculturais, como gênero,⁶⁵ ou tecnoassistenciais, como prevenção quaternária⁶⁶ e gestão da clínica.⁶⁷

Outro aspecto a ser considerado em pesquisas futuras é a ausência de discussão sobre a construção da demanda nos artigos revisados, levando a crer que os autores entendem que as demandas identificadas nas pesquisas eram necessidades prontas, objetiváveis e conhecidas pelo sujeito, que aguardavam apenas sua decisão de expressá-las, a oportunidade de surgir em consulta ou o escrutínio médico - condizendo com os entendimentos pioneiros de Barsky e de Beckman e Frankel. Essa visão, no entanto, desconsidera os profissionais e os próprios pesquisadores como geradores de demandas; que o próprio serviço seja um “contexto instaurador de necessidades”;⁶⁸ que a demanda possa ser construída ao longo do processo terapêutico;⁶⁹ e que o vínculo possa cumprir um papel importante na comunicação. Ter isso em mente pode nos ajudar a entender por que algumas questões permanecem não ditas mesmo ao pegar a maçaneta da porta.

Referências

1. Menahem S. Teaching students of medicine to listen: the missed diagnosis from a hidden agenda. *J R Soc Med.* 1987;80(6):343-6.
2. Silverman J. Hidden agendas and how to uncover them. *Medicine.* 2005;33(2):27-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1383/medc.33.2.27.58375>
3. Barsky AJ 3rd. Hidden reasons some patients visit doctors. *Ann Intern Med.* 1981;94(4 pt 1):492-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-94-4-492>
4. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med.* 1984;101(5):692-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-101-5-692>
5. Hengstler P, Battegay E, Cornuz J, Bucher H, Battegay M. Evidence for prevention and screening: recommendations in adults. *Swiss Med Wkly.* 2002;132(27-28):363-73. PMID: 12428190
6. Ahmad K, Ramsay B. Patients' fears and expectations: exploring the hidden agenda in our consultation. *Arch Dermatol.* 2009;145(6):722-3. PMID: 19528436 DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archdermatol.2009.102>
7. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA.* 1999;281(3):283-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.281.3.283>
8. Barry CA, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA, Barber N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ.* 2000;320(7244):1246-50. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.320.7244.1246>
9. Jackson G. “Oh ... by the way ...”: doorknob syndrome. *Int J Clin Pract.* 2005;59(8):869. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1368-5031.2005.0599a.x>
10. Rodondi PY, Maillefer J, Suardi F, Rodondi N, Cornuz J, Vannotti M. Physician response to “by-the-way” syndrome in primary care. *J Gen Intern Med.* 2009;24(6):739-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-009-0980-2>
11. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract.* 2000;49(9):796-804. PMID:11032203
12. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002. p.726.

13. Ieto V, Cunha MC. Queixa, demanda e desejo na clínica fonoaudiológica: um estudo de caso clínico. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2007;12(4):329-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342007000400013>
14. Echeverri Gallo C, Alvarez Restrepo A, Londono Bernal LV. Aspectos subjetivos implicados en la demanda de consulta médica frecuente. *Psicol Caribe.* 2012;29(2):511-37.
15. Ribeiro MMF, Amaral CFS. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Rev Bras Educ Med.* 2008;32(1):90-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000100012>
16. Leite AJM, Caparara A, Coelho Filho JM, orgs. *Habilidades de comunicação com pacientes e famílias.* São Paulo: Sarvier; 2007.
17. Nóbrega-Therrien SM, Therrien J. Trabalhos científicos e o estado da questão: reflexões teórico-metodológicas. *Estud Aval Educ.* 2004;15(30):5-16. DOI: <http://dx.doi.org/10.18222/eae153020042148>
18. Cavalcante Neto PG, Lira GV, Miranda AS. Interesse dos estudantes pela medicina de família: estado da questão e agenda de pesquisa. *Rev Bras Educ Med.* 2009;33(2):198-204. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000200006>
19. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 2a ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1993.
20. Pernia A, Torres LM, Calderón E. Tratamiento del dolor postoperatorio mediante analgesia intravenosa controlada por el paciente (P C A i. v.). Comparación entre propacetamol y metamizol. *Rev Soc Esp Dolor.* 2000;7(6):354-60.
21. Oliveira RM, Tenório SB, Tanaka PP, Precoma D. Controle da dor por bloqueio peridural e incidência de disritmias cardíacas no pós-operatório de procedimentos cirúrgicos torácicos e abdominais altos: estudo comparativo. *Rev Bras Anestesiologia.* 2012;62(1):14-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942012000100003>
22. Guix J. Analizando los “porqués”: los grupos focales. *Rev Calid Asist.* 2003;18(7):598-602. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S1134-282X\(03\)77644-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1134-282X(03)77644-1)
23. Penson DF. The hidden agenda in the release of the Medicare physician reimbursement data. *Urology.* 2014;84(3):501-2. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.urology.2014.06.001>
24. Tesfay F. AIDS/HIV pandemic: the hidden agenda. *J Natl Med Assoc.* 2001;93(11):446-8. PMID: 11730119
25. Santos-Padrón H, Martínez-Calvo S, Martínez-López MC, Álvarez-Malpica IL. La demanda potencial y la oferta de servicios de salud para las enfermedades catastróficas en México. *Rev Gerenc Polit Salud.* 2011;10(21):33-47.
26. Diana M, Song T, Wittkowski KM. Studying travel-related individual assessments and desires by combining hierarchically structured ordinal variables. *Transportation (Amst).* 2009;36(2):187-206. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11116-009-9186-z>
27. Vásquez WF, Mozumder P, Hernández-Arce J, Berrens RP. Willingness to pay for safe drinking water: Evidence from Parral, Mexico. *J Environ Manage.* 2009;90(11):3391-400. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jenvman.2009.05.009>
28. Cover JK, Drake JK, Kyamwanga IT, Turyakira E, Dargan T, Kumakech E, et al. Consumer perspectives on a pericoital contraceptive pill in India and Uganda. *Int Perspect Sex Reprod Health.* 2013;39(4):195-204. DOI: <http://dx.doi.org/10.1363/3919513>
29. Stonebraker JS, Farrugia A, Gathmann B; ESID Registry Working Party, Orange JS. Modeling primary immunodeficiency disease epidemiology and its treatment to estimate latent therapeutic demand for immunoglobulin. *J Clin Immunol.* 2014;34(2):233-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10875-013-9975-1>
30. Snoek FJ, Kersch NY, Eldrup E, Harman-Boehm I, Hermanns N, Kokoszka A, et al. Monitoring of Individual Needs in Diabetes (MIND): baseline data from the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) MIND study. *Diabetes Care.* 2011;34(3):601-3. DOI: <http://dx.doi.org/10.2337/dc10-1552>
31. Snoek FJ, Kersch NY, Eldrup E, Harman-Boehm I, Hermanns N, Kokoszka A, et al. Monitoring of Individual Needs in Diabetes (MIND)-2: follow-up data from the cross-national Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) MIND study. *Diabetes Care.* 2012;35(11):2128-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.2337/dc11-1326>
32. Rhodes P, Langdon M, Rowley E, Wright J, Small N. What does the use of a computerized checklist mean for patient-centered care? The example of a routine diabetes review. *Qual Health Res.* 2006;16(3):353-76. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1049732305282396>
33. Makoul G, Curry RH, Tang PC. The use of electronic medical records: communication patterns in outpatient encounters. *J Am Med Inform Assoc.* 2001;8(6):610-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/jamia.2001.0080610>

34. Meeuwesen L, Bensing J, van den Brink-Muinen A. Communicating fatigue in general practice and the role of gender. *Patient Educ Couns*. 2002;48(3):233-42. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00176-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00176-3)
35. Jones MP. Evaluation and treatment of dyspepsia. *Postgrad Med J*. 2003;79(927):25-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/pmj.79.927.25>
36. Sepucha KR, Belkora JK, Mutchnick S, Esserman LJ. Consultation planning to help breast cancer patients prepare for medical consultations: effect on communication and satisfaction for patients and physicians. *J Clin Oncol*. 2002;20(11):2695-700. DOI: <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2002.10.068>
37. Bower P, Macdonald W, Harkness E, Gask L, Kendrick T, Valderas JM, et al. Multimorbidity, service organization and clinical decision making in primary care: a qualitative study. *Fam Pract*. 2011;28(5):579-87. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmr018>
38. Frich JC, Malterud K, Fugelli P. Women at risk of coronary heart disease experience barriers to diagnosis and treatment: a qualitative interview study. *Scand J Prim Health Care*. 2006;24(1):38-43. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/02813430500504305>
39. Hazzard A, Harris W, Howell D. Taking care: practice and philosophy of communication in a critical care follow-up clinic. *Intensive Crit Care Nurs*. 2013;29(3):158-65. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2013.01.003>
40. Sussman AL, Williams RL, Leverence R, Gloyd PW Jr, Crabtree BF. The art and complexity of primary care clinicians' preventive counseling decisions: obesity as a case study. *Ann Fam Med*. 2006;4(4):327-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.1370/afm.566>
41. Dyche L, Swiderski D. The effect of physician solicitation approaches on ability to identify patient concerns. *J Gen Intern Med*. 2005;20(3):267-70. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.40266.x>
42. Huffman MH. Compliance, health outcomes, and partnering in PPS: acknowledging the patient's agenda. *Home Healthc Nurse*. 2005;23(1):23-8.
43. Weiss MC, Platt J, Riley R, Taylor G, Horrocks S, Taylor A. Solicitations in GP, nurse and pharmacist prescriber consultations: an observational study. *Fam Pract*. 2013;30(6):712-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmt042>
44. Vegni E, Martinoli M, Moja EA. Improving patient-centred medicine: a preliminary experience for teaching communication skills to Italian general practitioners. *Educ Health (Abingdon)*. 2002;15(1):51-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/13576280110107314>
45. Altiner A, Schäfer I, Mellert C, Löffler C, Mortsiefer A, Ernst A, et al. Activating GENERAL practitioners dialogue with patients on their Agenda (MultiCare AGENDA) study protocol for a cluster randomized controlled trial. *BMC Fam Pract*. 2012;13:118. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-13-118>
46. Kasje WN, Timmer JW, Boendermaker PM, Haaijer-Ruskamp FM. Dutch GPs' perceptions: the influence of out-of-pocket costs on prescribing. *Soc Sci Med*. 2002;55(9):1571-8. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00291-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00291-X)
47. Jacquemyn Y, Ahankour F, Martens G. Flemish obstetricians' personal preference regarding mode of delivery and attitude towards caesarean section on demand. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2003;111(2):164-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/S0301>
48. Bremberg S, Nilstun T. Justifications of physicians' choice of action. *Scand J Prim Health Care*. 2005;23(2):102-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/02813430510018455>
49. Cahana A, Weibel H, Hurst SA. Ethical decision-making: do anesthesiologists, surgeons, nurse anesthetists, and surgical nurses reason similarly? *Pain Med*. 2008;9(6):728-36. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/02813430510018455>
50. Ordonez Fernandez MP. Psicoterapia de Apoyo en Atención Primaria. *Rev Clin Med Fam*. 2008;2(5):226-35. DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2008000300006>
51. Hunt O, McCurley N, Dempster M, Marley J. Patient anxiety and IV sedation in Northern Ireland. *Br Dent J*. 2011;210(12):575-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/sj.bdj.2011.483>
52. Aulakh RS, Melsen B. When should orthodontics be part of reconstruction of a degenerating dentition? A case report. *Prog Orthod*. 2011;12(2):161-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pio.2011.06.006>
53. Kitzinger HB, Abayev S, Pittermann A, Karle B, Kubiena H, Bohdjalian A, et al. The prevalence of body contouring surgery after gastric bypass surgery. *Obes Surg*. 2012;22(1):8-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11695-011-0459-1>

54. Desplenter FA, Laekeman GJ, De Coster S; VZA Psychiatry Research Group, Simoens SR. Information on antidepressants for psychiatric inpatients: the divide between patient needs and professional practice. *Pharm Pract (Granada)*. 2013;11(2):81-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1886-36552013000200004>
55. Costa FS, Bandeira DR, Trentini C, Brilmann M, Friedman R, Nunes MA. Considerações acerca da avaliação psicológica das comorbidades psiquiátricas em obesos. *Psicol Est*. 2009;14(2):287-93. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722009000200009>
56. Miranda Hiriart G, Saffie Gatica X. Pacientes policonsultantes: ¿un síntoma del sistema de salud en Chile? *Acta Bioeth*. 2014;20(2):215-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2014000200009>
57. Nakai K, Yamamoto N, Kamei M, Fujita M. The effect of one-dose package on medication adherence for the elderly care in Japan. *Pharm Pract (Granada)*. 2009;7(1):59-62. DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1886-36552009000100009>
58. Burkey JM, Berenholz LP, Lippy WH; Lippy Group. Latent demand for the bone-anchored hearing aid: the Lippy Group experience. *Otol Neurotol*. 2006;27(5):648-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.mao.0000224086.15968.0d>
59. Packer L, Keller A, Dow WH, de Walque D, Nathan R, Mtenga S. Evolving strategies, opportunistic implementation: HIV risk reduction in Tanzania in the context of an incentive-based HIV prevention intervention. *PLoS One*. 2012;7(8):e44058. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0044058>
60. Gross R, McNeill R, Davis P, Lay-Yee R, Jatrana S, Crompton P. The association of gender concordance and primary care physicians' perceptions of their patients. *Women Health*. 2008;48(2):123-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/03630240802313464>
61. Fallon D, Warne T, McAndrew S, McLaughlin H. An adult education: learning and understanding what young service users and carers really, really want in terms of their mental well being. *Nurse Educ Today*. 2012;32(2):128-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2011.06.002>
62. Tempark T, Shwayder T. Chinese fortune-telling based on face and body mole positions: a hidden agenda regarding mole removal. *Arch Dermatol*. 2012;148(6):772-3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archdermatol.2012.949>
63. McLeod ME. The caring physician: a journey in self-exploration and self-care. *Am J Gastroenterol*. 2003;98(10):2135-8. PMID: 14572557 DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1572-0241.2003.07719.x>
64. Towersey L, Sinclair J. Collins Cobuild student's dictionary: bridge bilingual Portuguese. London: Harper Collins Publishers; 1995.
65. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med*. 2000;50(10):1385-401. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00390-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00390-1)
66. Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(9):2012-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900015>
67. Gusso G, Poli Neto P. Gestão da Clínica. In: Gusso G, Lopes JMC, orgs. *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2012. p.159-66.
68. Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, orgs. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. 2a ed. São Paulo: HUCITEC; 2000. p.29-47.
69. Rocha F. Algumas considerações sobre as entrevistas preliminares, demanda e início de análise. *Percurso*. 1991;3(5/6):15-21.

Infecções comunitárias do trato urinário: prevalência e susceptibilidade aos antimicrobianos na cidade de Florianópolis

Community urinary tract infections: prevalence and antimicrobial susceptibility in Florianópolis

Infecciones comunitarias del tracto urinario: prevalencia y susceptibilidad antimicrobiana en Florianópolis

Débora Monteiro dos Santos Alves. Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: deh_alves@hotmail.com (Autora correspondente)

Marcos Krahe Edelweiss. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: marcosedelweiss@gmail.com

Lúcio José Botelho. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: lucio.botelho@ufsc.br

Resumo

Objetivo: Determinar a frequência de isolamento dos uropatógenos e avaliar o perfil de sensibilidade antimicrobiana *in vitro* das bactérias isoladas em uroculturas de pacientes ambulatoriais atendidos em Florianópolis no ano de 2014, correlacionando tais dados com sexo e idade do paciente. **Métodos:** Estudo observacional, descritivo do tipo transversal, que incluiu uroculturas positivas de pacientes ambulatoriais realizadas em um único laboratório seguindo a mesma metodologia. Realizaram-se análises de estatísticas descritivas e testes de associação entre as variáveis classificatórias: sexo, idade, agente etiológico e sensibilidade aos antimicrobianos. **Resultados:** Foram registradas 1035 uroculturas positivas, das quais 89,66% de pacientes femininas. Microrganismos Gram-negativos foram os patógenos mais isolados, com destaque para a *Escherichia coli* (77,10%), principal agente causal. *Proteus mirabilis* foi significativamente mais prevalente no sexo masculino e o principal microrganismo isolado nas uroculturas dos meninos de 1 a 5 anos. A *E. coli* foi significativamente mais prevalente no sexo feminino e apresentou o perfil mais amplo de resistência. Evidenciaram-se diferenças estatisticamente significativas nas resistências às fluoroquinolonas entre os gêneros, com maiores prevalências de resistência em homens e entre as faixas etárias, com maior resistência entre idosos. **Conclusões:** Idade e sexo são variáveis determinantes na frequência de isolamento dos uropatógenos e na prevalência da susceptibilidade antimicrobiana; e os microrganismos mais prevalentes já não respondem satisfatoriamente a parte dos antimicrobianos amplamente utilizados. É fundamental que o médico considere tais informações no momento da decisão terapêutica e preze pelo uso racional dos antimicrobianos, sobretudo aqueles de largo espectro como as fluoroquinolonas.

Palavras-chave:

Infecções Urinárias
Infecções por
Enterobacteriaceae
Antibiograma
Resistência Microbiana
a Medicamentos

Fonte de financiamento:

declaram não haver.

Parecer CEP:

1.053.771 (FESSC), aprovado em 07/05/2015.

Conflito de interesses:

declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:

revisado por pares.

Recebido em: 04/08/2015.

Aprovado em: 26/05/2016.

Como citar: Alves DMS, Edelweiss MK, Botelho LJ. Infecções comunitárias do trato urinário: prevalência e susceptibilidade aos antimicrobianos na cidade de Florianópolis. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-12. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1187](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1187)

Abstract

Objectives: Determine the isolation frequency of uropathogens and evaluate the antimicrobial susceptibility profile *in vitro* of the bacteria isolated from urine cultures of outpatients treated in Florianópolis in 2014, correlating these data with gender and age of the patient. **Methods:** This is an observational, descriptive cross-sectional study which included positive urine cultures of outpatients performed in a single laboratory using the same methodology. Descriptive statistic analyses and tests of association between categorical variables: gender, age, etiologic agent and antimicrobial susceptibility were performed. **Results:** Positive urine cultures were registered in 1035 patients, of which 89.66% are female. Gram-negative pathogens were more isolated, especially *E. coli* (77.10%), the main causal agent. *P. mirabilis* was significantly more prevalent in males and the main microorganism isolated in urine cultures of 1-5 years-old children. *E. coli* was significantly more prevalent in females and presented the wider profile of resistance. This study showed statistically significant differences in resistance to fluoroquinolones between genders, with higher resistance prevalence in men and between age groups, with higher resistance among the elderly. **Conclusions:** Age and gender are determinant variables in the isolation frequency of uropathogens and in the prevalence of antimicrobial susceptibility; and the most prevalent microorganisms have not satisfactorily respond to the part of antimicrobials used. It is essential that the physician use such information at the time of therapeutic decision and respect the rational use of antimicrobials, especially those of broad spectrum as fluoroquinolones.

Keywords:

Urinary Tract Infections
Enterobacteriaceae infections
Microbial Sensitivity Tests
Drug Resistance, Microbial

Resumen

Objetivos: Determinar la frecuencia de aislamiento de patógenos urinarios y evaluar el perfil de susceptibilidad antimicrobiana *in vitro* de las bacterias aisladas de urocultivos de pacientes ambulatorios tratados en Florianópolis, en 2014, correlacionando estos datos con el género y la edad del paciente. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal que incluyó urocultivos positivos de pacientes externos realizado en un mismo laboratorio utilizando igual metodología. Fueron realizados análisis estadísticos descriptivos y pruebas de asociación entre las variables usadas para agrupar los pacientes por: género, edad, agente etiológico y susceptibilidad antimicrobiana. **Resultados:** Se registraron 1035 cultivos de orina positivos, de los cuales 89,66% de pacientes de sexo femenino. Los patógenos más frecuentes fueron Gram-negativos, especialmente *E. coli* (77,10%), en destaque como principal agente causal. *Proteus mirabilis* fue significativamente más frecuente en el sexo masculino y el principal microorganismo aislado en urocultivos de niños de 1-5 años. *E. coli* fue significativamente más frecuente en mujeres y presentó el perfil de resistencia antimicrobiana más amplio. Observamos diferencias estadísticamente significativas cuanto a resistencia a las fluoroquinolonas entre los patógenos de muestras de pacientes masculinos y femeninos, con una prevalencia mayor de resistencia en los cultivos de hombres, y entre los grupos etarios, con mayor prevalencia de resistencia en ancianos. **Conclusiones:** Edad y género son variables clave para el diagnóstico, por determinar la frecuencia de aislamiento de los diversos patógenos urinarios y la prevalencia de la sensibilidad a los antimicrobianos; y los microorganismos más prevalentes no responden satisfactoriamente a algunos grupos de antimicrobianos. Es esencial que el médico haga uso de tales informaciones en el momento de la decisión terapéutica y evalúe el uso racional de los antimicrobianos, en especial los de amplio espectro como las fluoroquinolonas.

Palabras clave:

Infecciones Urinarias
Infecciones por
Enterobacteriaceae
Pruebas de Sensibilidad
Microbiana
Farmacorresistencia
Microbiana

Introdução

A infecção do trato urinário (ITU), definida como a multiplicação microbiana com invasão tecidual de qualquer segmento do aparelho urinário, desde a uretra até os rins,¹ constitui uma das principais causas de consulta médica e de prescrição de antimicrobianos, o que acarreta grandes impactos socioeconômicos individuais e sociais.² Em Florianópolis, SC, um levantamento da demanda nas unidades básicas de saúde apontou essa afecção como o 14^º motivo de consulta no município, ficando atrás, entre as causas infecciosas, apenas da infecção aguda do aparelho respiratório superior e da gastroenterite.³ Casuísticas europeias consideram a ITU como a segunda causa mais comum de indicação de tratamento antimicrobiano empírico na atenção primária⁴ e, em um estudo realizado no sul do Brasil, essa condição foi responsável por 13,3% das prescrições de antibióticos, número menor apenas que o das infecções das vias aéreas superiores e amigdalites.⁵

A urocultura com antibiograma é o único exame capaz de avaliar a sensibilidade bacteriana aos antimicrobianos e o crescimento de 100.000 unidades formadoras de colônia por mililitro (UFC/mL) representa ITU na grande maioria das vezes.⁶ A alta incidência, a sintomatologia desconfortável e a

demora do resultado dos exames fazem, porém, com que a terapia seja usualmente iniciada antes que a cultura e o antibiograma sejam conhecidos.^{2,6,7} Além disso, diretrizes estabelecem que infecções baixas não complicadas em mulheres devem ser tratadas empiricamente.⁸

A decisão racional por tratamento empírico requer o conhecimento de quais são os principais agentes etiológicos envolvidos e qual é o perfil de resistência aos antibióticos.⁹ Esse monitoramento periódico é de fundamental importância, visto que os uropatógenos e o padrão de sensibilidade aos antimicrobianos podem variar com o tempo e em cada região geográfica por estarem associados a pressões seletivas locais.¹⁰ Além disso, tem-se verificado em diversos países uma importante redução da sensibilidade aos antimicrobianos mais empregados,⁹⁻¹¹ o que torna a escolha terapêutica empírica inadequada um dos erros mais cometidos na prática médica,⁶ resultando em maior morbimortalidade e custos ao sistema de saúde.^{11,12}

No Brasil há uma escassez desses dados e a maioria dos trabalhos publicados referem-se a infecções nosocomiais, o que torna as decisões terapêuticas a nível ambulatorial dependentes das diretrizes internacionais, as quais se mostraram inadequadas para países em desenvolvimento.^{13,14} Preocupada com esse cenário, a Organização Mundial de Saúde preconiza a elaboração de estratégias nacionais ou municipais e a criação de laboratórios de referência.⁵ Baseado nessas recomendações, o presente estudo objetiva determinar a frequência de isolamento dos uropatógenos e avaliar o perfil de sensibilidade antimicrobiana *in vitro* das bactérias isoladas de uroculturas de pacientes ambulatoriais atendidos em Florianópolis no ano de 2014, correlacionando tais dados com o sexo e a idade do paciente, a fim de identificar opções terapêuticas empíricas adequadas.

Métodos

Trata-se de um estudo observacional, descritivo do tipo transversal, que incluiu uroculturas positivas com antibiograma realizadas, por pedidos oriundos de pacientes ambulatoriais, em um único laboratório seguindo a mesma metodologia, no município de Florianópolis, entre janeiro a dezembro de 2014.

O laboratório de análises clínicas onde o presente estudo foi realizado faz exames ambulatoriais tanto para o Sistema Único de Saúde (SUS) quanto para o setor privado da saúde, não sendo o único que presta serviços ao SUS na cidade. Apresenta uma estrutura com mais de 30 unidades de atendimento (incluindo clínicas e hospitais). Em 2014, foram realizadas nessa instituição 4603 uroculturas, por pedidos oriundos de pacientes ambulatoriais, sendo utilizados protocolos para urocultura e antibiograma conforme recomendações do *Infectious Diseases Society of America Guidelines* (IDSA),⁸ *American Society of Microbiology* (ASM),¹⁵ *Clinical and Laboratory Standards Institute* (CLSI)¹⁶ e Nota técnica da Anvisa N^o 01/2013.¹⁷

O instrumento de pesquisa usado foi uma planilha de recolhimento de dados, sendo as variáveis classificatórias: sexo, idade, agente etiológico e sensibilidade aos antimicrobianos. Não se obteve acesso ao prontuário dos pacientes, sendo assim, variáveis relevantes como: manifestações clínicas (motivo da solicitação do exame), gravidade do quadro, comorbidades associadas, história de infecção prévia e exposição recente a antibióticos não foram analisadas.

Foram incluídos na pesquisa todos os resultados das amostras de urina coletadas de jato urinário médio e/ou final ou através de cateterismo vesical, sendo consideradas positivas as uroculturas que apresentaram crescimento bacteriano superior a 100.000 UFC/ml.

As ITUs verdadeiramente polimicrobianas são infrequentes, embora não raras. A presença de duas ou mais bactérias na cultura lança dúvidas em relação à confiabilidade do exame e gera a suspeita de uma possível contaminação da amostra. A confirmação do diagnóstico deve ser realizada com amostras seriadas de urina, observando-se a presença dos mesmos patógenos nas diversas amostras.¹⁸ Como não se obteve acesso a amostras seriadas, optou-se por excluir as uroculturas mistas.

As solicitações de urocultura se restringiram a pedidos oriundos da atenção primária, sendo excluídos do estudo os exames realizados nas unidades hospitalares do laboratório. As culturas com crescimento fúngico também constituíram fator de exclusão e, para efeitos de análise, a susceptibilidade intermediária foi incluída como resistência.

Os dados foram armazenados no programa Microsoft Excel e analisados utilizando o *software* Epi Info 7.0. Realizaram-se análises de estatísticas descritivas e testes de associação. O teste do Qui-Quadrado foi utilizado para comparação da susceptibilidade antimicrobiana entre homens e mulheres e entre diferentes faixas etárias, adotando-se o Teste Exato de Fisher quando necessário. O *odds ratio*, com um intervalo de confiança de 95%, foi utilizado na avaliação da razão de chance de isolamento das bactérias. Para comparação da proporção quando cruzadas as variáveis faixa etária e sexo, foi utilizado o teste do Qui-quadrado. Adotou-se um nível de significância de 5%. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos, sob protocolo: 1.053.771. Nenhum conflito de interesse é declarado pelos autores.

Resultados

Em 2014, foram realizados 4603 exames, sendo registradas 1035 uroculturas positivas (taxa de positividade de 22,48%), das quais 89,66% de pacientes femininas. Como mostrado na Tabela 1, houve maior prevalência de uroculturas positivas em pacientes com idade acima de 60 anos e as proporções entre os gêneros por faixa etária mostraram-se estatisticamente significativas. Entre 15 e 30 anos, observou-se maior proporção de mulheres. Já o menor valor da relação entre os sexos ocorreu na faixa etária de 1 a 5 anos (desconsiderando-se o grupo de 0 a 1 ano devido à escassez de dados).

Microrganismos Gram-negativos foram os patógenos mais frequentemente isolados, correspondendo a 93,81% da amostra, a maioria pertencente à família Enterobacteriaceae, com destaque para a *Escherichia coli* (77,10%), principal agente etiológico. Os cocos Gram-positivos corresponderam a 6,19% dos isolamentos.

Tabela 1. Prevalência de urocultura positiva e média de idade segundo faixa etária e sexo de pacientes atendidos por um laboratório de análises clínicas, em Florianópolis no ano de 2014.

Faixa Etária (anos)	Feminino (F)		Masculino (M)		Total		Média (anos)	F/M†
	VA	VR%	VA	VR%	VA	VR%		
0 a 1*	0	0	3	2,8	3	0,29	0	0
1 a 5	21	2,26	8	7,48	29	2,80	2,17	2,62
5 a 15	13	1,40	2	1,87	15	1,45	8,46	6,5
15 a 30	134	14,44	5	4,67	139	13,43	23,90	26,8
30 a 60	406	43,75	18	16,82	424	40,97	44,51	22,55
≥60	354	38,15	71	66,36	425	41,06	75,57	4,98
Total	928	100	107	100	1.035	100		

VA: valor absoluto; VR: valor relativo; * Número escassos de dados † p<0,00001.

Conforme demonstrado na Tabela 2, *E. coli* foi significativamente mais prevalente no sexo feminino, enquanto *Proteus mirabilis* foi mais prevalente no sexo masculino. Apesar de não ter sido provada significância estatística da diferença de prevalência de *Staphylococcus saprophyticus* e *Klebsiella pneumoniae* entre os gêneros, observou-se que as mulheres apresentam 3,17 vezes mais chance de serem acometidas pelo *S. saprophyticus*, enquanto os homens têm 1,38 vezes mais chance de terem a *K. pneumoniae* como agente etiológico da ITU. Nestes, este uropatógeno foi isolado apenas na faixa etária superior a 60 anos, como observado na Tabela 3.

Tabela 2. Frequência por sexo dos uropatógenos isolados de pacientes ambulatoriais em Florianópolis no ano de 2014.

Feminino n=928	Masculino n=107	Odds Ratio*	IC 95%	p
<i>Escherichia coli</i> (79,20%)	<i>Escherichia coli</i> (58,88%)	2,6598 (M)	1,7538-4,0336	p<0,0001
<i>Klebsiella pneumoniae</i> (9,05%)	<i>Klebsiella pneumoniae</i> (12,15%)	1,3896 (H)	0,7461-2,5878	p=0,2997
<i>Proteus mirabilis</i> (3,67%)	<i>Proteus mirabilis</i> (8,41%)	2,4148 (H)	1,1251-5,1829	p=0,0237
<i>Staphylococcus saprophyticus</i> (2,91%)	<i>Staphylococcus saprophyticus</i> (0,93%)	3,1765 (M)	0,4273-23,6144	p=0,2588
<i>Enterococcus faecalis</i> (2,15%)	<i>Enterococcus faecalis</i> (8,41%)	4,1694 (H)	1,8477-9,4086	p=0,0006
Outras bactérias gram negativas†, (2,27%)	Outras bactérias gram negativas (11,22%)	5,4556 (H)	2,6027-11,4357	p<0,0001
Outras bactérias gram positivas‡, (0,75%)	Outras bactérias gram positivas, (0%)	1,7499 (M)	0,0992-30,8539	p=0,7023

* (M): mulher, referência é o homem; (H): homem, referência é a mulher; † *Staphylococcus epidermidis*, *Enterococcus faecium*, *Streptococcus agalactiae*; ‡ *Proteus vulgaris*, *Enterobacter spp.*, *Morganella morganii*, *Acinetobacter*, *Citrobacter farmeri*, *Citrobacter freundii*, *Providencia rettgeri*, *Serratia marcescens*, *Pseudomonas aeruginosa*.

Tabela 3. Frequência estratificada por sexo e faixa etária em anos dos uropatógenos isolados de pacientes ambulatoriais atendidos por um laboratório de análises clínicas de Florianópolis em 2014.

Uropatógenos	0 a 1		1 a 5		5 a 15		15 a 30		30 a 60		60	
	F%	M%	F%	M%	F%	M%	F%	M%	F%	M%	F%	M%
<i>Escherichia coli</i>	0	33,33	71,43	12,50	69,24	50,00	76,12	60,00	81,53	77,78	78,53	60,56
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	0	0	4,76	0	7,69	0	5,23	0	9,36	0	10,46	18,31
<i>Proteus mirabilis</i>	0	33,33	19,05	62,50	7,69	50,00	3,73	20,00	1,97	0	4,52	1,41
<i>Enterococcus faecalis</i>	0	33,33	0	12,50	7,69	0	0,00	0	1,97	11,11	3,11	7,04
<i>Staphylococcus saprophyticus</i>	0	0	0	0	7,69	0	9,70	20,00	2,95	0	0,28	0
Outras bactérias gram negativas	0	0	4,76	12,50	0	0	3,73	0	1,48	11,11	2,54	12,68
Outras bactérias gram positivas	0	0	0	0	0	0	1,49	0	0,74	0	0,56	0
Total (%)	0	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

F: feminino; M: masculino.

As prevalências de resistência em relação aos antibióticos testados, como resumido no Quadro 1 e demonstrado na Tabela 4, divergem entre os uropatógenos. A *E. coli* apresentou o perfil mais amplo de resistência, todavia, como apresentado na Tabela 5, esse perfil modifica-se quando estratificamos a resistência antimicrobiana por faixa etária e sexo. Evidenciaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os gêneros na faixa etária entre 30-59 anos para o ciprofloxacino, norfloxacino e a gentamicina, com maiores prevalências de resistência em homens, quadro não observado nos pacientes maiores de 60 anos, em que ambos os sexos apresentaram-se resistentes aos dois primeiros antibióticos. Quando comparadas as faixas etárias, os pacientes maiores de 60 anos mostraram maiores resistências às quinolonas do que os mais jovens (p<0,0001).

Quadro 1. Antimicrobianos com as menores taxas de prevalência de resistência dos uropatógenos mais comuns isolados de pacientes ambulatoriais em Florianópolis.

<i>E. coli</i>	<i>K. pneumoniae</i>	<i>P. Mirabilis</i>	<i>S. Saprophyticus</i>
Gentamicina (7,64%)	Gentamicina (12,37%)	Ciprofloxacino (9,68%)	Nitrofurantoína (0%)
Nitrofurantoína (14,7%)	Sulfametoxazol + Timetoprima (13,54%) Amoxicilina + Clavulanato (17,71%) Norfloxacino (19,15%)	Norfloxacino (9,68%)	Sulfametoxazol + Timetoprima (11,54%) Norfloxacino (3,57%)

Tabela 4. Taxa de prevalência de resistência antimicrobiana dos principais uropatógenos isolados de pacientes ambulatoriais, em Florianópolis no ano de 2014.

Antibiótico	<i>E. coli</i> *	<i>K. pneumoniae</i> †	<i>P. mirabilis</i> ‡	<i>E. faecalis</i>	<i>S. saprophyticus</i> §
Ampicilina (AMP)	52,82%	100,00%	36,59%	0,00%	-
Amoxicilina + Clavulanato (AMC)	33,10%	17,71%	53,33%	-	-
Sulfametoxazol + Trimetoprima (SMT/TMP)	31,74%	13,54%	27,91%	-	11,54%
Cefalotina (CFL)	56,35%	23,16%	13,95%	-	-
Cefuroxima (CRX)	24,89%	50%	28,57%	-	-
Nitrofurantoína (NIT)	14,07%	84,38%	100,00%	0,00%	0,00%
Ácido Nalidíxico (NAL)	31,58%	32,29%	11,63%	-	-
Ciprofloxacino (CIP)	22,73%	20,00%	9,68%	13,79%	-
Norfloxacino (NOR)	22,21%	19,15%	9,68%	-	3,57%
Gentamicina (GEN)	7,64%	12,37%	0,00%	-	-

- Antibiótico não testado; * Dos 798 isolamentos de *E. coli* não foram testados: 368 para AMC, 331 para CRX, 27 para CIP, 27 para NOR, 3 para CFL, 2 para NIT, 1 para AMP e 1 para SMT/TMP; † Dos isolamentos de *K. pneumoniae* não foram testados: 58 para CRX, 3 para NOR, 2 para CFL, 2 para CIP, 1 para AMP, 1 para AMC, 1 para SMT/TMP e 1 para NAL; ‡ Dos 43 isolamentos de *P. mirabilis* não foram testados: 28 para CRX, 26 para AMC, 9 para CIP, 9 para NOR e 2 para AMP; § Dos 28 isolamentos de *S. saprophyticus* não foram testados: 2 para SMT/TMP.

Tabela 5. Resistência antimicrobiana das capas de *Escherichia coli* isoladas em Florianópolis no ano de 2014 estratificadas por sexo e faixa etária.

Antibiótico	Feminino (anos)					Masculino (anos)				
	0-14*	15-29*	30-59	60-79	80	0-14*	15-29*	30-59	60-79	80
Ampicilina	59,26%	40,95%	46,67%	59,54%	63,81%	-	-	64,29%	62,96%	75%
Amoxicilina + Clavulanato	31,25%	26,53%	30,13%	35,30%	35,82%	-	-	-	44,44%	58,33%
Sulfametoxazol + Trimetoprima	18,52%	25%	27,79%	38,15%	39,05%	-	-	42,86%	29,63%	56,25%
Cefalotina	51,85%	53,84%	50,76%	62,79%	60,58%	-	-	57,14%	70,37%	75%
Cefuroxima	25%	14,51%	16%	28,44%	43,75%	-	-	-	31,58%	50%
Nitrofurantoína	18,52%	4,76%	10,91%	15,60%	24,04%	-	-	28,57%	22,22%	25%
Ácido Nalidíxico	3,70%	14,28%	21,15%	43,35%	57,14%	-	-	50%	51,85%	62,50%
Ciprofloxacino	-	6,66%	12,73 [†]	29,48%	45,71%	-	-	46,15% [†]	40,74%	62,50%
Norfloxacino	-	6,80%	12,38% [†]	28,90%	43,81%	-	-	42,86% [†]	40,74%	62,50%
Gentamicina	0%	4,75%	6,34% [†]	6,94%	10,48% [†]	-	-	28,57% [†]	11,11%	31,25% [†]

* Devido ao número escasso de dados masculinos nas amostras entre 0-14 e 15-29 anos, calculou-se a resistência geral nessas faixas etárias; † p <5% quando a resistência antimicrobiana por sexo na mesma faixa etária.

Discussão

Resumo dos principais achados do estudo

Os resultados sugerem que a idade e o sexo são variáveis determinantes na frequência de isolamento dos uropatógenos e na prevalência da susceptibilidade antimicrobiana e demonstram que os microrganismos mais prevalentes já não respondem satisfatoriamente a parte dos antimicrobianos amplamente utilizados na região. Além disso, evidenciou-se que, mesmo no contexto da atenção primária, deve-se considerar o potencial envolvimento de bactérias resistentes a múltiplos antibióticos, sobretudo nas infecções urinárias dos homens e dos idosos.

Fortalezas e limitações do estudo

Como são escassos os trabalhos de vigilância epidemiológica e laboratorial em Florianópolis, o presente estudo tem elevada importância, embora apresente algumas limitações: variáveis relevantes como manifestações clínicas, gravidade do quadro, comorbidades associadas, história de infecção prévia e exposição recente a antibióticos não foram analisadas. Além disso, como a maior parte das ITUs não complicadas são tratadas empiricamente, as amostras de urina enviadas para a cultura tendem a ser de pacientes com quadro clínico complicado, infecções recorrentes ou com falha à terapia inicial, o que gera um viés de seleção. Sendo assim, os resultados apresentados podem superestimar a resistência antimicrobiana local das ITUs comunitárias.

Comparação com a literatura já existente

A ITU pode ser classificada de acordo com a sua localização no trato urinário em infecção baixa (cistite, uretrite) ou alta (pielonefrite, abscesso renal) e de acordo com a sua gravidade em complicada ou não complicada.¹ O quadro é considerado complicado na existência de fatores que predisõem à persistência ou recidiva da infecção como: presença de corpos estranhos (cálculos, cateter vesical de demora ou outros dispositivos de drenagem), obstrução, imunossupressão e alterações funcionais como refluxo vesicoureteral e retenção urinária da doença neurológica.^{1,19,20}

A finalidade dessa classificação reside no fato de que há maior dificuldade no manejo e desfechos mais graves nas infecções complicadas.²⁰ Sendo assim, o exame complementar pode ser dispensado nas mulheres adultas com alta probabilidade de cistite não complicada,⁶ ou seja, naquelas com combinação de disúria e polaciúria na ausência de corrimento vaginal, quadro que eleva para 96% a probabilidade diagnóstica.²¹ Já para o restante dos casos (mulheres com cistite complicada ou pielonefrite e ITU em homens ou crianças), uma urocultura com antibiograma deve ser solicitada para garantir que a escolha antimicrobiana empírica foi apropriada ou orientar a modificação terapêutica.⁶

A principal etiologia da ITU é a ascensão uretral de enterobactérias⁶ e, assim como encontrado em outras casuísticas,^{10,22,23} *E. coli*, *K. pneumoniae* e *P. mirabilis* foram os uropatógenos mais prevalentes em ambos os sexos. *A. E. coli* é o microrganismo mais frequentemente isolado, tanto em pacientes hospitalizados como nos ambulatoriais.²³ As ITUs nos lactentes, contudo, têm a peculiaridade de apresentar uma frequência de uropatógenos variável.²⁴ Já entre os pacientes masculinos, sobretudo nas crianças, o *P. mirabilis* é um importante agente causal.^{24,25} Além desse microrganismo ter sido mais prevalente entre os homens, os meninos entre 0 a 15 anos representaram o único grupo analisado em que a *E. coli* não foi a bactéria mais isolada, tendo o *P. mirabilis* sido o principal responsável pelas infecções daqueles entre 1 a 5 anos. Esse conhecimento é de fundamental importância para a prescrição tanto dos lactentes, em que se deve considerar esquemas antimicrobianos empíricos de amplo espectro, como dos meninos, uma vez que a sensibilidade antimicrobiana do *P. mirabilis* não coincide com a da *E. coli*.²⁴

Com exceção do primeiro ano de vida, essa infecção - devido a condições anatômicas propícias: uretra mais curta, maior colonização periuretral e ausência de substâncias antibacterianas do líquido prostático - é mais frequente entre as mulheres.⁶ Apesar de ocorrer em todas as idades,²² a ITU é mais prevalente nas jovens com vida sexual ativa e nos adultos com mais de 60 anos,²³ havendo neste último grupo maior ocorrência de infecções complicadas, uma vez que nos idosos há o predomínio de doenças neuromusculares, demência, diabetes e maior frequência de cálculos, tumores e instrumentação.²⁰

A maior parte das mulheres deste estudo encontrava-se na faixa entre 15 e 60 anos e, entre as mais jovens, o *S. saprophyticus* - patógeno sabidamente relacionado à atividade sexual²⁴ - foi o segundo agente etiológico mais comum. As idosas representaram a segunda faixa etária mais acometida no sexo feminino, destacando-se o prolapso genitourinário como uma condição comum e que, por resultar no esvaziamento incompleto da bexiga,²⁰ pode explicar, juntamente com a menopausa,¹ a elevada incidência da doença nesse grupo. Já em relação aos pacientes masculinos, as maiores prevalências de prostatite e de obstrução uretral decorrente de hipertrofia prostática após os 50 anos justificam que a maioria dos homens pertencentes à amostra tivesse mais de 60 anos.⁶

Por ser a responsável pela maior parte dos casos de ITU, não se deve utilizar no tratamento empírico antibióticos para os quais haja uma resistência local da *E. coli* maior que 20%.^{6,8} O perfil de resistência das amostras desse uropatógeno revelou que, na comunidade estudada, a gentamicina e a nitrofurantoína apresentaram as menores prevalências de resistência, o que vai ao encontro dos dados existentes na literatura^{22,23,26} e configura a nitrofurantoína, antimicrobiano para o qual já foi provada a ausência de resistência cruzada²⁷ e a atividade contra cepas de *E. coli* resistentes a múltiplas drogas,²⁸ como a opção ideal no tratamento das cistites não complicadas. A resistência ao sulfametoxazol/trimetoprima foi semelhante a diversos estudos brasileiros^{7,22,23,26} e provavelmente reflete o uso generalizado e indevido deste antimicrobiano de baixo custo para o tratamento de ITU no País.¹⁰ Já a ampicilina, a cefalotina e a amoxicilina+clavulanato apresentaram susceptibilidade <80% em todas as faixas etárias analisadas, indicando que esses antibióticos devem somente ser utilizados após liberação do resultado do antibiograma.

A sensibilidade da *E. coli* menor que 77,79% às fluoroquinolonas contrasta com uma susceptibilidade maior que 89% em Florianópolis na década de 90,²⁹ e esse aumento na resistência também foi observado por outros estudos nacionais, principalmente a partir dos anos 2000, quando houve incremento na prescrição desses antibióticos.^{13,14} Contrariando as recomendações atuais, como identificado em algumas unidades

básicas de saúde, onde o norfloxacino foi o segundo antimicrobiano mais prescrito para ITU,⁵ percebe-se uma tendência de preferência dos médicos para agentes de amplo espectro.³⁰

A exposição prévia a fluoroquinolonas é um fator de risco independente para a aquisição de resistência¹⁴ e as consequências ambientais decorrentes do uso difundido desse antibiótico, caracteristicamente excretado na forma não metabolizada na urina e assim presente em fontes de água, esgoto e alimentos,^{10,31} bem como a associação entre a resistência da *E. coli* às fluoroquinolonas com maiores resistências a outros antimicrobianos³² reforçam a gravidade do quadro e a necessidade urgente de uma política de redução no consumo dessas drogas.²⁶

As maiores taxas de resistência às fluoroquinolonas entre os homens em relação às mulheres e em pacientes de ambos os sexos com mais de 60 anos em relação às demais faixas etárias também foram observadas por estudos nacionais¹³ e internacionais¹¹ e podem ser explicadas pelo fato de que as infecções complicadas apresentam maior tendência à falha terapêutica, o que leva a uma exposição cumulativa aos antimicrobianos e consequente seleção de microrganismos resistentes.^{13,20} Entre os homens, mesmo nos mais jovens, a ITU é considerada complicada, devendo-se suspeitar de contaminação por germes resistentes naqueles com história de ITU prévia e instrumentação.²⁰ Já os idosos, além da maior frequência de cateterização urinária, apresentam maior susceptibilidade a internações hospitalares, ambos considerados fatores de risco independentes para a resistência às fluoroquinolonas.¹⁰

Os esquemas terapêuticos em Pediatria para ITUs usualmente incluem cefalosporinas, amoxicilina+clavulanato ou sulfametoxazol/trimetoprima.³³ Em Florianópolis, porém, encontrou-se sensibilidade diminuída à amoxicilina+clavulanato, à cefalotina e à cefuroxima nos pacientes entre 0 e 14 anos, o que contrasta com os achados de São Paulo.²⁴ Assim como outros estudos haviam sugerido que adultos e crianças apresentam diferenças nos padrões de resistência à *E. coli*,³ na comunidade estudada o sulfametoxazol/trimetoprima, ao contrário das demais faixas etárias, mostrou-se uma boa opção na terapia empírica de pacientes pediátricos. Apesar de apresentar sensibilidade de 81,48%, o uso da nitrofurantoína está contraindicado no tratamento de crianças febris, uma vez que essa droga não atinge concentrações teciduais e séricas terapêuticas para pielonefrite e urosepsis.³³

De acordo com as recomendações internacionais mais atuais, nitrofurantoína, sulfametoxazol/trimetoprima e fosfomicina são os agentes de primeira linha para o tratamento empírico de ITU não complicada em mulheres.⁸ Na população estudada, a nitrofurantoína consiste na melhor escolha terapêutica, já o sulfametoxazol/trimetoprim não deve ser usado empiricamente. Apesar da resistência ainda intermediária a baixa da *E. coli* às quinolonas em mulheres menores de 60 anos, esses antibióticos devem ser resguardados para o tratamento de ITUs mais graves, como a cistite complicada e a pielonefrite.⁶

Guidelines recomendam que o ciprofloxacino seja o agente escolhido no tratamento da pielonefrite não complicada e, nas regiões onde a resistência a esse antibiótico é maior que 10%, orienta-se uma dose inicial de ceftriaxona ou 24 horas de um aminoglicosídeo antes de iniciar o tratamento com a quinolona.⁸ Tal cuidado deveria ser tomado nas mulheres entre 30-59 anos, as quais apresentaram resistência de 12,73% ao antimicrobiano de escolha.

A Gentamicina mostrou-se a única opção entre as idosas maiores de 80 anos e, em relação aos homens, além de as resistências terem sido elevadas em todas as faixas etárias, naqueles entre 30-59 anos e nos maiores de 80 anos nenhum antibiótico analisado apresentou resistência menor que 20%. Assim como

demonstrado por outros estudos,^{11,13} o tratamento empírico dos pacientes com ITU complicada consiste em um desafio terapêutico que não apresenta soluções evidentes, sendo algumas alternativas descritas: tratamento com cefalosporinas de terceira e quarta gerações, administração de dose inicial de um agente parenteral de largo espectro (carbapenens ou piperacilina+tazobactam) ou a utilização da fosfomicina.¹³

Esse último antimicrobiano merece destaque, uma vez que se tem provado que a fosfomicina, devido a sua estrutura química e mecanismo de ação, é poupada de vários mecanismos de resistência, incluindo aqueles contra as fluoroquinolonas e os associados à produção de beta lactamase de espectro estendido, o que suporta a ideia de que essa droga é uma valiosa opção no tratamento da cistite complicada, resultando em melhores desfechos do que as drogas habitualmente usadas para as bactérias multirresistentes.³⁴ Todavia, assim como ocorreu nessa pesquisa, esse agente não é comumente testado nos antibiogramas,²⁸ o que dificulta a sua maior utilização, visto que os médicos tendem a prescrever uma droga apenas se a sua sensibilidade for reportada no resultado do antibiograma.⁴

Implicações para a pesquisa na área e/ou para a prática dos profissionais

É fundamental que o médico utilize os conhecimentos acerca da relação entre sexo e idade com a incidência de ITU, com a frequência de isolamento dos uropatógenos e a prevalência da susceptibilidade antimicrobiana a fim de decidir com que probabilidade considerar o diagnóstico e de utilizar regimes de tratamento adaptados ao perfil demográfico do paciente, evitando, assim, gastos desnecessários por falha terapêutica. Além disso, a gravidade do quadro clínico e a existência de fatores de risco para infecção complicadas devem ser valorizadas na escolha antimicrobiana devido ao potencial envolvimento de bactérias sensíveis apenas aos antibióticos de largo espectro. Sugerem-se futuras pesquisas sobre a avaliação das variáveis não analisadas pela presente casuística, com a inclusão de outros antimicrobianos como a fosfomicina.

Conclusão

As modificações do perfil de susceptibilidade antimicrobiana nas últimas décadas em Florianópolis e as divergências em relação aos dados encontrados em outros países e estados da federação reforçam a ideia de aumento da resistência com o tempo, associado principalmente ao uso indiscriminado de determinadas drogas e às pressões seletivas locais, demonstrando que o manejo baseado apenas em diretrizes internacionais encontra-se completamente inadequado.

O cenário evidenciado indica a necessidade urgente de implementação de programas locais de gestão de antimicrobianos que prezem o uso racional, em especial dos antibióticos de largo espectro como as quinolonas, diminuindo a pressão seletiva sobre os mesmos, e a elaboração de uma rede sentinela em que se mantenham atualizados os dados referentes aos padrões de resistência antimicrobiana locais, permitindo que a decisão terapêutica, baseada em evidências, seja mais efetiva.

Referências

1. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliane ERJ, Duncan MS, Giugliane C. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2013. 1976 p.
2. Kumar S, Dave A, Wolf B, Lerma EV. Urinary tract infections. Dis Mon. 2015;61(2):45-59. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.disamonth.2014.12.002>

3. Gusso GFD. Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª edição (CIAP-2) [tese]. São Paulo. Universidade de São Paulo; 2009. 168 p. [Citado 10 Set 2014]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5159/tde-08032010-164025/pt-br.php>
4. Coupart C, Pradier C, Degand N, Hofliger P, Pulcini C. Selective reporting of antibiotic susceptibility data improves the appropriateness of intended antibiotic prescriptions in urinary tract infections: a case-vignette randomised study. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2013;32(5):627-36. DOI: <http://dx.doi.org/0.1007/s10096-012-1786-4>
5. Tavares NUL, Bertoldi AD, Muccillo-Baisch AL. Prescrição de antimicrobianos em unidades de saúde da família no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24(8):1791-800. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800008>
6. Gusso G, Lopes JMC. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed; 2012. 1354 p.
7. Teichmann A, Agra HN, Nunes L de S, da Rocha MP, Renner JD, Possuelo LG, et al. Antibiotic resistance and detection of the sul2 gene in urinary isolates of *Escherichia coli* in patients from Brazil. *J Infect Dev Ctries*. 2014;8(1):39-43. DOI: <http://dx.doi.org/10.3855/jidc.3380>
8. Gupta K, Hooton TM, Naber KG, Wullt B, Colgan R, Miller LG, et al.; Infectious Diseases Society of America; European Society for Microbiology and Infectious Diseases. International clinical practice guidelines for the treatment of acute uncomplicated cystitis and pyelonephritis in women: A 2010 update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases. *Clin Infect Dis*. 2011;52(5):e103-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/cid/ciq257>
9. Cuba GT, Pignatari AC, Patekoski KS, Luchesi LJ, Kiffer CR. Pharmacodynamic profiling of commonly prescribed antimicrobial drugs against *Escherichia coli* isolates from urinary tract. *Braz J Infect Dis*. 2014;18(5):512-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjid.2014.01.008>
10. Salles MJ, Zurita J, Mejía C, Villegas MV; Latin America Working Group on Bacterial Resistance. Resistant Gram-negative infections in the outpatient setting in Latin America. *Epidemiol Infect*. 2013;141(12):2459-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S095026881300191X>
11. Swami SK, Liesinger JT, Shah N, Baddour LM, Banerjee R. Incidence of antibiotic-resistant *Escherichia coli* bacteriuria according to age and location of onset: a population-based study from Olmsted County, Minnesota. *Mayo Clin Proc*. 2012;87(8):753-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2012.02.025>
12. Schmiemann G, Gágyor I, Hummers-Pradier E, Bleidorn J. Resistance profiles of urinary tract infections in general practice - an observational study. *BMC Urol*. 2012;12:33. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2490-12-33>
13. Rocha JL, Tuon FF, Johnson JR. Sex, drugs, bugs, and age: rational selection of empirical therapy for outpatient urinary tract infection in an era of extensive antimicrobial resistance. *Braz J Infect Dis*. 2012;16(2):115-21. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-86702012000200002>
14. Andrade SS, Sader HS, Jones RN, Pereira AS, Pignatari AC, Gales AC. Increased resistance to first-line agents among bacterial pathogens isolated from urinary tract infections in Latin America: time for local guidelines? *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2006;101(7):741-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0074-02762006000700006>
15. American Society for Microbiology. Manual of antimicrobial susceptibility testing. Seattle: American Society for Microbiology; 2005. [Online]. [Citado 18 Jul 2016]. Disponível em: <http://www.asm.org/index.php/34-international/asm-meetings-and-conferences/274-antimicrobial-susceptibility-testing-manual>
16. Clinical and Laboratory Standards Institute. Methods for Dilution Antimicrobial Susceptibility Tests for Bacteria That Grow Aerobically; Approved Standard—Ninth Edition. CLSI document M07-A9; ISBN 1-56238-784-7. Wayne: Clinical and Laboratory Standards Institute; 2012.
17. Brasil. ANVISA. Nota Técnica No 01/2013: Medidas de prevenção e controle de infecções por enterobactérias multirresistentes. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. [Online] 17 de Abr. de 2013. [Citado 18 Jul 2014]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+t%C3%A9cnica+n%C2%BA+01+de+2013/5be89853-7eca-4b4b-98e4-5096b9f5a2ec>
18. Silveira ACO, Souza HAPHM, Furtado FD, Albini BP, Albini CA. Quando e como valorizar culturas de urina polimicrobianas no laboratório de microbiologia clínica. *J Bras Patol Med Lab*. 2010;46(4):289-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1676-24442010000400005>

19. Levison ME, Kaye D. Treatment of complicated urinary tract infections with an emphasis on drug-resistant gram-negative uropathogens. *Curr Infect Dis Rep.* 2013;15(2):109-15. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11908-013-0315-7>.
20. Kaye D. Complicated Urinary Tract Infection in the Geriatric Population. *Curr Geriatr Rep.* 2015;4(1):79-86. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s13670-014-0109-2>.
21. Bent S, Nallamotheu BK, Simel DL, Fihn SD, Saint S. Does this woman have an acute uncomplicated urinary tract infection? *JAMA.* 2002;287(20):2701-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.287.20.2701>
22. Braoios A, Turatti TF, Meredija LCS, Campos TRS, Denadai FHM. Infecções do trato urinário em pacientes não hospitalizados: etiologia e padrão de resistência aos antimicrobianos. *J Bras Patol Med Lab.* 2009;45(6):449-56. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1676-24442009000600003>
23. Santana TCFS, Pereira EMM, Monteiro SG, Carmo MS, Turri RJG, Figueiredo PMS. Prevalência e resistência bacteriana aos agentes antimicrobianos de primeira escolha nas infecções do trato urinário no município de São Luís-MA. *Rev Patol Trop.* 2012;41(4):409-18.
24. Lo DS, Shieh HH, Ragazzi SLB, Koch VHK, Martinez MB, Gilio AE. Infecção urinária comunitária: etiologia segundo idade e sexo. *J Bras Nefrol.* 2013;35(2):93-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20130016>
25. Koch VH, Zuccolotto SM. Infecção do trato urinário: em busca das evidências. *J Pediatr (Rio J.).* 2003;79(Supl 1):97-106. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572003000700011>
26. Miranda EJ, Oliveira GS, Roque FL, Santos SR, Olmos RD, Lotufo PA. Susceptibility to antibiotics in urinary tract infections in a secondary care setting from 2005-2006 and 2010-2011, in São Paulo, Brazil: data from 11,943 urine cultures. *Rev Inst Med Trop São Paulo.* 2014;56(4):313-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-46652014000400009>
27. Katzung BG. *Farmacologia: básica e clínica.* 10. ed. Porto Alegre: AMGH; 2010. 1046 p.
28. Sanchez GV, Baird AM, Karlowsky JA, Master RN, Bordon JM. Nitrofurantoin retains antimicrobial activity against multidrug-resistant urinary *Escherichia coli* from US outpatients. *J Antimicrob Chemother.* 2014;69(12):3259-62. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/jac/dku282>
29. Silva GV. *Sensibilidade dos Uropatógenos de Origem Comunitária e Hospitalar aos Antimicrobianos [monografia].* Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1998. [Citado 1 Abr 2015]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/113602/253526.pdf?sequence=1>
30. Shapiro DJ, Hicks LA, Pavia AT, Hersh AL. Antibiotic prescribing for adults in ambulatory care in the USA, 2007-09. *J Antimicrob Chemother.* 2014;69(1):234-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/jac/dkt301>
31. Kiffer CR, Camargo EC, Shimakura SE, Ribeiro PJ Jr, Bailey TC, Pignatari AC, et al. A spatial approach for the epidemiology of antibiotic use and resistance in community-based studies: the emergence of urban clusters of *Escherichia coli* quinolone resistance in Sao Paulo, Brasil. *Int J Health Geogr.* 2011;10:17. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1476-072X-10-17>
32. Karlowsky JA, Hoban DJ, DeCorby MR, Laing NM, Zhanel GG. Fluoroquinolone-resistant urinary isolates of *Escherichia coli* from outpatients are frequently multidrug resistant: results from the North American Urinary Tract Infection Collaborative Alliance-Quinolone Resistance Study. *Antimicrob Agents Chemother.* 2006;50(6):2251-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1128/AAC.00123-06>
33. Subcommittee on Urinary Tract Infection, Steering Committee on Quality Improvement and Management, Roberts KB. Urinary tract infection: clinical practice guideline for the diagnosis and management of the initial UTI in febrile infants and children 2 to 24 months. *Pediatrics.* 2011;128(3):595-610. DOI: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2011-1330>
34. Falagas ME, Kastoris AC, Kapaskelis AM, Karageorgopoulos DE. Fosfomicin for the treatment of multidrug-resistant, including extended-spectrum beta-lactamase producing, Enterobacteriaceae infections: a systematic review. *Lancet Infect Dis.* 2010;10(1):43-50. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(09\)70325-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(09)70325-1)

Perfil dos pacientes e contexto das consultas em que se fez pela primeira vez o diagnóstico de depressão no Centro de Saúde de Eiras, durante o ano de 2011

Patient's profile and the context of consultations in which the diagnose of depression was made for the first time in Eiras Health Centre in 2011

Perfil de los usuarios y contexto de las consultas en que se hizo el primer diagnóstico de depresión en el Centro de Salud de Eiras durante el año de 2011

Paula Miranda. Unidade de Saúde Familiar (USF) Vita Saurium. Soure, Distrito de Coimbra, Portugal.

paula.ricardo.miranda@gmail.com (*Autora correspondente*)

Philippe Botas. UCSP Montemor-o-Velho. Montemor-o-Velho, Distrito de Coimbra, Portugal. phbotas@gmail.com

Mariana Abreu. Hospital S. João. Porto, Portugal. marianacgabreu@gmail.com

Carolina Pereira. Unidade de Saúde Familiar (USF) Topázio. Coimbra, Portugal. carolinaduartepereira@gmail.com

Luiz Miguel Santiago. Unidade de Saúde Familiar (USF) Topázio, Coimbra; Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior. Portugal. lmsantiago@netcabo.pt

Resumo

Objetivo: Este estudo pretendeu conhecer aspectos dos utentes e consultas em que se fez pela primeira vez o diagnóstico de depressão. **Métodos:** Estudo observacional, transversal e descritivo. População obtida por aplicação de critérios de exclusão aos utentes que, em consulta durante 2011, tiveram em "Avaliação" a codificação "Perturbações depressivas". Pela análise do registro da consulta, estudaram-se as variáveis: idade, sexo, mês, tipo de consulta, consulta presencial/não presencial, sinais/sintomas depressivos anotados e/ou codificados, prescrição de psicofármacos, prescrição pela primeira vez/renovação de receituário. No caso de prescrição pela primeira vez: psicofármacos segundo grupo farmacológico e Denominação Comum Internacional, prescrição de antidepressivo na dose terapêutica e referência ao tempo de tratamento antidepressivo. **Resultados:** População de 105 indivíduos. Consultas maioritariamente presenciais (79%). Maior codificação de sinais/sintomas depressivos que anotação apenas ou que anotação e codificação. O sinal/sintoma mais codificado foi "Sensação de depressão" (28%). Houve prescrição de ansiolíticos isoladamente e um caso de prescrição subterapêutica do antidepressivo. Quanto à duração do tratamento antidepressivo, em 13,7% das receitas houve menção de que o tratamento deveria prolongar-se no mínimo por 6 meses. **Conclusão:** A obtenção de uma população pequena e possíveis vieses de informação foram limitações encontradas. Acharmos curioso que o sinal/sintoma depressivo mais codificado fosse "Sensação de depressão". É necessário melhorar os registos clínicos e prescrição na depressão.

Palavras-chave:

Depressão
Sinais e Sintomas
Preparações Farmacêuticas
Antidepressivos
Ansiolíticos

Como citar: Miranda P, Botas P, Abreu M, Pereira C, Santiago LM. Perfil dos pacientes e contexto das consultas em que se fez pela primeira vez o diagnóstico de depressão no Centro de Saúde de Eiras, durante o ano de 2011. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-9. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)923](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)923)

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: 14/04/2014.
Aprovado em: 19/04/2016.

Abstract

Objective: This investigation intended to know about aspects about patients and consultations in which depression was diagnosed for the first time. **Methods:** Observational, cross-sectional and descriptive study. Population obtained through the application of exclusion criteria in patients that during 2011 were in "Evaluation" with the codification "Depressive disturbance". Through the analysis of the consultation, we studied the variables: age, sex, month, type of consultation, consultation in the presence of the patient/patient not attending, depressive signs/symptoms noted and/or coded, prescription of psychiatric medication, if it was prescribed *for the first time*/renewed. In case it is prescribed *for the first time*: group of medication and name of the drug. If antidepressant was prescribed *for the first time*: therapeutic dosage/ not and mention the time of treatment. **Results:** Population of 105 individuals. The consultations were mainly in the presence of the patient (79%). More encoding of depressive signs/symptoms than annotation only or than annotation and codification. The most coded depressive sign/symptom was "Sensation of depression" (28%). There was prescription of isolated anxiolytics and a case of under-therapeutic prescription of antidepressant. 13.7% of the prescription had the reference that the antidepressive treatment should last at least 6 months. **Conclusion:** Obtainment of a small population and possible information bias were limitations encountered. It is worthy to mention that the most coded depressive sign/symptom was "Sensation of depression". We must improve our clinical records and the prescription in depression.

Keywords:

Depression
Signs and Symptoms
Pharmaceutical Preparations
AntidepressiveAgents
Anti-AnxietyAgents

Resumen

Objetivo: Este estudio se destinó a comprender los aspectos de los usuarios y las consultas en que se hizo el primer diagnóstico de depresión. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo. Población obtenida mediante la aplicación de criterios de exclusión a los usuarios que en consulta durante 2011, tuvieran la codificación "trastornos depresivos". Por el análisis de registros de consulta, se estudiaron las variables: edad, sexo, mes, tipo de consulta, consulta presencial/no, signos/síntomas depresivos anotados y/o codificados, la prescripción psicotrópica, si esa prescripción fue *por la primera vez*/renovación de la prescripción. En el caso de la prescripción *por la primera vez*: los psicotrópicos según grupo farmacológico y las denominaciones comunes internacionales, referencia, en la prescripción de terapia antidepressiva, a la dosis y tiempo del tratamiento. **Resultados:** Población de 105 individuos. Sobre todo consultas presenciales (79%). Más codificación de señales/síntomas depresivos que la anotación sola o que anotación y codificación. El signo/síntoma que se codificó más fue "Sentirse deprimido" (28%). Fueron prescritos ansiolíticos aislados y hubo un caso de prescripción sub-terapéutica de antidepressivo. En cuanto a duración del tratamiento antidepressivo, en 13,7% de las prescripciones se mencionaba que el tratamiento debía extenderse por lo menos 6 meses. **Conclusión:** La obtención de una pequeña población y los posibles sesgos de información fueron limitaciones encontradas. Fue curioso el hecho de que la señal/síntoma más codificada fue "Sentirse deprimido". Es necesario mejorar las historias clínicas y la prescripción en depresión.

Palabras clave:

Depresión
Signos y Síntomas
Preparaciones Farmacéuticas
Antidrepsivos
Ansiolíticos

Introdução

A depressão é uma doença comum,¹ que afeta maioritariamente o sexo feminino, os grupos etários dos 30 aos 39 anos e dos 50 aos 59 anos,² apresentando-se por vezes com um padrão sazonal.³ Estes doentes recorrem principalmente aos Cuidados de Saúde Primários (CSP),² pelo que a depressão é das doenças que um médico de família (MF) mais diagnostica.⁴ Para o diagnóstico, o MF tem que identificar os sinais/sintomas depressivos na entrevista clínica.¹ Estes são o humor depressivo, anedonia, fadiga, perda de confiança e respeito por si próprio, autocrítica e culpa aumentados, ideias recorrentes de morte ou suicídio ou comportamento suicida, perda de iniciativa, concentração e sentimentos de indecisão, lentificação psicomotora ou excitação, perturbação do sono e alteração do apetite e peso.¹ É necessária a presença de quatro destes sintomas, num período mínimo de duas semanas, devendo estar presentes pelo menos dois dos três primeiros. É difícil conhecer a frequência de apresentação destes sinais e sintomas, dado que o deprimido tende a não revelar e até esconder as alterações de humor que está vivenciando.¹

Quanto ao plano, perante um doente deprimido, um MF tem várias abordagens à sua disposição. Uma delas é a farmacológica, tendo-se concluído, num estudo português, que na depressão se opta por prescrever antidepressivos em 49% dos casos e que a associação de antidepressivo a antipsicótico(s), ocorre em 38% dos casos.⁵

Apesar da posição privilegiada do MF para instituir e monitorizar o tratamento, está descrito que a terapêutica efetuada pelos CSP na depressão é mal conduzida por ser frequente, por exemplo, a prescrição de benzodiazepinas em vez de antidepressivos.² Quando da introdução de antidepressivo, o MF tem de ter em conta que devem iniciar-se com doses dentro dos limites mínimos autorizados e titular, subindo lentamente, dentro dos limites previstos no Resumo de Características do Medicamento,⁶ e que o tratamento deve ser mantido durante 6 a 9 meses após a remissão dos sintomas.¹ Os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) são frequentemente escolhidos como os fármacos de primeira linha pelo bom perfil antidepressivo aliado à sua segurança e escassez de efeitos secundários.² Em 2007, a Rede de Médicos-Sentinela concluiu que, dentro dos psicofármacos, a fluoxetina era o antidepressivo mais prescrito.⁵ Mais recentemente, em 2009 foi publicada no “The Lancet” uma metanálise que concluía que a sertralina era a melhor opção para iniciar o tratamento da depressão major moderada a severa, dado que comparativamente a outros 11 antidepressivos, apresentava o balanço mais favorável em termos de benefício, aceitabilidade e custo.⁷ Em 2009, ao fim de muitos anos sem haver comercialização de novos antidepressivos, foi lançada uma nova molécula, a agomelatina, um agonista do receptor de melatonina.

Sendo, portanto, a depressão uma condição com a qual o MF lida em grande escala, sobretudo numa altura de crise socioeconômica, interessou-nos estudar a realidade do nosso Centro de Saúde (CS). Pretendemos saber se os nossos deprimidos correspondem, no que diz respeito à idade e sexo, àquilo que literatura descreve e se o diagnóstico é feito sobretudo na primavera e outono. Queremos saber de que sinais/sintomas depressivos se queixam, para aferir se alguns destes apresentam valor preditivo para o diagnóstico. Em relação aos MF do nosso CS, queremos conhecer os seus hábitos de prescrição, segundo grupos farmacológicos, Denominação Comum Internacional (DCI) e as combinações de psicotrópicos que usam. Pretendemos conhecer a sua tendência nos registos clínicos informáticos, se usam mais a redação de texto livre ou antes a codificação ICPC-2 (2ª edição do ICPC - no original em inglês, *International Classification of Primary Care*).⁸ Queremos medir a qualidade dos registos clínicos, sendo fator de menor qualidade a ocorrência de diagnósticos *pela primeira vez* em consultas não presenciais. Desejamos perceber se há falhas na qualidade da prescrição, sendo considerada má prática terapêutica a prescrição subterapêutica de antidepressivo, prescrição de benzodiazepinas isoladamente ou a posologia de antidepressivo por um período de tempo inferior ao definido como necessário para tratar a depressão.

Métodos

Este é um estudo observacional, transversal e descritivo, cuja coleta de dados decorreu entre maio e julho de 2012. Primeiro, por meio do SAMstat® obteve-se a lista dos utentes que tiveram em consulta registrada eletronicamente no CS, durante 2011, a atribuição do código ICPC-2 “P76- Perturbações depressivas” em Avaliação, “A”. A partir daqui, para obtermos a população (utentes do CS com o primeiro diagnóstico de depressão em 2011), consultamos o processo eletrônico (SAM®) de cada paciente e excluimos aqueles que tiveram alocação em “A” do código “P76”, em consulta decorrida em ano prévio a 2011 e aqueles que tinham em data prévia à consulta registrada em processo eletrônico de 2011 com a primeira Avaliação de “P76”: a alocação do código “P03- Sensação de Depressão- P03” ou “P73- Psicose afetiva” em “S” (Subjetivo) ou em “A”, qualquer anotação clínica (texto livre redigido pelo MF) com a palavra “depressão” ou palavra derivada ou com os termos “doença maníaco- depressiva”, “perturbação

maníaco-depressiva” ou “doença bipolar” ou qualquer anotação clínica com referência a diagnóstico prévio de depressão.

Em seguida, consultaram-se os processos em papel dos utentes restantes e excluíram-se os utentes transferidos (o seu processo em papel já não está no CS), aqueles cujo processo em papel não se encontrou no arquivo, os utentes em que no processo em papel havia qualquer documento (anotação clínica do MF, carta hospitalar, carta de psiquiatra privado, entre outros) com a palavra “depressão” ou palavra derivada ou os termos “doença maníaco-depressiva”, “perturbação maníaco-depressiva” ou “doença bipolar” com data anterior à consulta registrada em processo eletrónico de 2011 com a primeira avaliação de “P76”. No caso de na população se encontrar mais do que uma consulta registrada em processo eletrónico em 2011 com a avaliação “P76”, a nossa investigação incidiu sobre a primeira a ter ocorrido. Após angariação da população, analisou-se o registro eletrónico da consulta em que foi feito *pela primeira vez* o diagnóstico de depressão para obtenção dos dados.

Usou-se planilha de cálculo (Excel®) para registro desses dados e posterior análise estatística. As variáveis estudadas foram a idade, sexo, mês em que decorreu a consulta, tipo de consulta, se consulta presencial/não presencial, sinais/sintomas depressivos anotados e/ou codificados, prescrição de psicofármacos, prescrição *pela primeira vez*/renovação de receituário. No caso de prescrição *pela primeira vez*: psicofármacos segundo grupo e DCI, se prescrição de antidepressivo na dose terapêutica e referência ao tempo de tratamento antidepressivo.

Considerou-se sinal/sintoma depressivo codificado qualquer código dos componentes “sinais e sintomas” e “outros diagnósticos” do capítulo “P- Psicológico” e o “sinal e sintoma” “A04- Debilidade/cansaço geral/fadiga” do capítulo “A- Geral e Inespecífico” que surgisse em “S” da consulta em causa. Os sinais/sintomas depressivos anotados estavam redigidos em texto livre pelo MF em “S” e/ou em “O” (Objetivo) da consulta em questão. Consideraram-se os termos: depressão, anedonia, anorexia, apatia, cansaço, diminuição de peso, excitação, hipersonia, humor depressivo, indecisão, insónia, isolamento e lentificação. Quando encontramos termos que nos pareceram sinónimos destes, os mesmos foram incluídos, mas especificados em resultados.

O resultado “consulta presencial/não presencial” foi obtido por uma assistente técnica do CS por pesquisa no SINUSSAM®. Considerando-se consulta não presencial se lhe foi atribuída no agendamento a cor laranja e presencial se estava agendada a amarelo.

Considerou-se renovação de receituário quando na consulta daquele utente se prescreveram o(s) mesmo(s) psicofármacos já receitados durante o ano anterior à consulta e prescrição *pela primeira vez* quando pelo menos um psicofármaco não foi prescrito no ano anterior à consulta.

Considerou-se dose terapêutica da agomelatina a ingestão diária entre 25-50mg, de 20-60mg/dia para o citalopram, 60-120mg/dia para a duloxetina, 10-20mg/dia para o escitalopram, para a fluoxetina a administração de 20-40mg/dia, ingestão de 20-50mg/dia de paroxetina e entre 50-200mg/dia de sertralina, tal como consta nas páginas 31-33 da referência bibliográfica nº 1. Não havendo nesta, a dose terapêutica da trazodona, a mesma foi definida segundo informação da página 74 da referência bibliográfica nº 9,⁹ sendo de 100-400mg/dia. Não havendo nas anteriores, descrição da dose terapêutica do pirlindol, esta ficou definida como a que é descrita na referência bibliográfica nº 10,¹⁰ de 100 a 200mg/dia.

Esta investigação foi aprovada por Comissão de Ética.

Resultados

Obteve-se uma população de 105 indivíduos, composta por 81 mulheres (77,1%). A população correspondeu a 105 consultas realizadas por 12 MF diferentes. A idade média obtida foi de 47,1 anos, com extremos etários de 88 anos de idade máxima e 9 anos de mínima. O mês em que mais se realizou o diagnóstico *pela primeira vez* de depressão foi setembro, correspondendo a 16 consultas (15,2%). Em seguida, abril e junho, tendo ocorrido 11 consultas (10,5%) em cada um destes meses. O diagnóstico *pela primeira vez* aconteceu em 56 casos no tipo de consulta "Saúde de adultos" (53,3%). Oitenta e três destas consultas foram presenciais (79%) vs. 22 (21%) não presenciais.

Não houve anotação e/ou codificação de sinais/sintomas depressivos em 49 consultas (46,7%), sendo que nas restantes 56 (53,3%) ocorreu anotação apenas em 11 consultas (19,6%), em 21 (37,5%), o MF anotou e codificou os sinais/sintomas depressivos constatados e em 24 consultas (42,9%) houve apenas codificação. O humor depressivo foi o sinal/sintoma depressivo que surgiu mais vezes anotado (Tabela 1), ao todo 15 vezes, correspondendo a 28,3%.

Tabela 1. Sinais/sintomas depressivos anotados.

	n	%
"Depressão"	5	9,4%
Anedonia	3	5,7%
Anorexia	3	5,7%
Apatia (considerados sinônimos: "embotamento", "falta de iniciativa" e "sensação de cabeça oca")	4	7,5%
Cansaço	2	3,8%
Diminuição de peso	1	1,9%
Excitação (considerados sinônimos: "stress", "pânico", "ansiedade" e "irritabilidade")	8	15,1%
Hipersonia	1	1,9%
Humor depressivo (considerados sinônimos: "choro", "emoção", "tristeza", "preocupação", "desesperança" e "angústia")	15	28,3%
Indecisão	1	1,9%
Insônia	6	11,3%
Isolamento	3	5,7%
Lentificação (considerado sinônimo: "menor reação")	1	1,9%
Total	53	100%

A "Sensação de depressão", foi codificada 23 vezes, correspondendo a 28% dos sinais/sintomas depressivos codificados (Tabela 2).

Quanto ao plano, em 80 consultas (76,2%) houve prescrição de psicofármacos. Em 18 destas (22,5%) houve renovação de receituário. Nas 62 consultas (77,5%) em que houve prescrição de pelo menos um psicofármaco *pela primeira vez* (Tabela 3), essa prescrição consistiu em 31 casos, em receitar 1 único antidepressivo (50%), numa consulta (1,6%) houve medicalização com associação de antidepressivo e antipsicótico. Dez utentes receberam prescrição unicamente de ansiolítico/sedativo e hipnótico (16,1%) e duas pessoas levaram receita de antipsicótico apenas (3,2%).

As 32 prescrições de psicofármacos *pela primeira vez* que não antidepressivos consistiram em 29 ansiolíticos/sedativos e hipnóticos (90,6%) e 3 antipsicóticos (9,4%). Dentro dos primeiros mencionados, prescreveu-se 26 benzodiazepinas, 46,2% das quais alprazolam (n=12) e 3 extratos de planta- valeriana.

Tabela 2. Sinais/sintomas depressivos codificados.

	n	%
"A04- Debilidade/cansaço geral/fadiga"	5	6,1%
"P01- Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão"	19	23,2%
"P02- Reação aguda/stress"	5	6,1%
"P03- Sensação de depressão"	23	28%
"P06- Perturbação de sono"	20	24,4%
"P29- Sinais/sintomas psicológicos, outros"	1	1,2%
"P74- Distúrbio ansioso/estado ansiedade"	5	6,1%
"P76- Perturbações depressivas"	4	4,9%
Total	82	100%

Tabela 3. Grupos de psicofármacos prescritos *pela primeira vez*.

	N	%
Ansiolítico/sedativo e hipnótico	10	16,1%
Antipsicótico	2	3,2%
Antidepressivo	31	50%
Lítio	0	0%
Associação de ansiolítico/sedativo e hipnótico e antidepressivo	16	25,8%
Associação de dois ansiolíticos/sedativos e hipnóticos e um antidepressivo	1	1,8%
Associação de um ansiolítico/sedativo e hipnótico e dois antidepressivos	1	1,8%
Associação de antipsicótico e antidepressivo	1	1,8%
Total	62	100%

Dentro dos antipsicóticos, apenas foram usados neurolépticos de 2ª geração, mais concretamente, prescreveu-se quetiapina por duas vezes e a risperidona uma vez. Dentro dos antidepressivos prescritos *pela primeira vez* (Tabela 4), os ISRS foi o grupo mais receitado (66,7%, n=34).

Tabela 4. Grupo de antidepressivos prescritos *pela primeira vez*.

	n	%
Agonista do receptor de melatonina	2	3,9%
Inibidor da monoaminaoxidase tipo A	7	13,7%
Inibidor seletivo da recaptção da serotonina	34	66,7%
Inibidor seletivo da recaptção de serotonina e da noradrenalina	2	3,9%
Tricíclicos e afins	6	11,8%
Total	51	100%

Especificamente por DCI, (Tabela 5) a sertralina foi o antidepressivo mais prescrito *pela primeira vez*, em 13 casos (25,5%).

Dos 51 antidepressivos prescritos *pela primeira vez*, 31 (60,8%) foram na sua dose terapêutica, em 19 destas prescrições (37,7%) não é possível aferir sobre a adequação posológica dado que o MF não registrou qualquer informação na posologia da receita e há um caso de prescrição subterapêutica (2%), especificamente de trazodona na dose diária de 50mg. Houve alusão ao tempo de tratamento em sete receitas (13,7%) dos antidepressivos prescritos *pela primeira vez*; em todas elas, o MF mencionou que este se deveria prolongar por pelo menos seis meses.

Tabela 5. Antidepressivos prescritos *pela primeira vez*, por DCI.

	N	%
Agomelatina	2	3,9%
Amitriptilina	1	2%
Citalopram	5	9,8%
Duloxetina	1	2%
Escitalopram	7	13,7%
Fluoxetina	8	15,7%
Paroxetina	1	2%
Pirlindol	7	13,7%
Sertralina	13	25,5%
Trazodona	5	9,8%
Venlafaxina	1	2%
Total	51	100%

Discussão

Uma das limitações deste estudo foi a obtenção de uma população pequena e acreditamos que isto se deveu aos critérios de exclusão da população criados pelos investigadores. Apesar desta pequena população, verifica-se que inúmeros resultados nossos vão ao encontro ao que está descrito na literatura, nomeadamente maior acometimento das mulheres, setembro, mês em que se inicia o outono em Portugal ser aquele em que ocorreu um maior número de diagnósticos, o fato dos ISRS terem sido o grupo de antidepressivos mais prescritos e na prescrição *pela primeira vez* se ter optado em metade dos utentes pela prescrição unicamente de antidepressivo.

O desenho do nosso estudo proporciona a ocorrência de múltiplos vieses de informação. Nomeadamente, apesar de estar bem definido o grupo de sinais e sintomas necessariamente presentes para fazer o diagnóstico de depressão, cada médico tem uma sensibilidade/intuição diferente para realizar o diagnóstico. Outra fonte de provável viés deve-se a termos consultado registros clínicos eletrônicos de médicos diferentes.

De fato, poucos MF estudaram e poucos dominam a classificação ICPC-2, sendo, por isso, questionável o rigor da utilização destes registros em investigação.¹¹ Tentamos reduzir o impacto desta limitação pela inclusão dos sinais/sintomas depressivos redigidos pelo MF em texto livre. Por outro lado, a nossa investigação tem pontos metodológicos relativamente ambíguos como a inclusão de sinais/sintomas depressivos anotados que nos parecessem sinônimos aos termos propostos em metodologia. Para minimizar a variabilidade que daqui pudesse advir, foi sempre o mesmo investigador a levar a cabo este passo da metodologia.

Apesar das suas limitações, achamos que esta investigação é muito pertinente porque põe a nu tópicos da prática clínica dos MF. Concluimos que há aspectos a melhorar. Destacamos alguns resultados a seguir, e refletimos porque terão acontecido. Assim, abrimos portas a novas linhas de investigação, que permitirão perceber realmente porque ocorreram.

Sendo que a depressão se diagnostica por meio da entrevista clínica, ficamos surpresos ao obter este diagnóstico *pela primeira vez* em consultas não presenciais, em consulta denominada “Receitas” (logo a

seguir à “Saúde de Adultos”) e em consultas em que apenas ocorreu renovação dos psicofármacos que já vinham sendo prescritos no ano anterior. Será que o MF estava a renovar receituário de psicofármacos para outras indicações, por exemplo fibromialgia, profilaxia de enxaqueca ou bulimia,¹² e pressupôs que por se tratar de psicofármacos o utente sofria de depressão, registando nesse momento erradamente a doença?

Os MF do CS optaram por codificar os sinais/sintomas depressivos mais do que anotar e codificar ou só anotar. Esta tendência já foi descrita noutros estudos.^{13,14} Fica a dúvida se isto significará que os MF do CS sentem domínio/satisfação na utilização da ICPC-2 ou se se deve à subtil imposição da classificação a que foram sujeitos.¹⁴

A ICPC define que em “S”, no motivo de consulta, a identificação do motivo deve ser feita de forma explícita e acordada entre o médico e o doente, que a rubrica da ICPC a utilizar deverá ser tão próxima quanto possível das palavras do doente e que o motivo de consulta é registado a partir do ponto de vista do doente.¹³ Um estudo descreveu que na grande parte das consultas o MF não sabe usar a ICPC-2 em “S”.¹³ Será que é também o que se passa no nosso CS? É que a codificação mais frequente em motivo de consulta foi “P03- Sensação de depressão”, situação muito curiosa sobretudo porque está descrito que os deprimidos tendem a não revelar ou esconder as alterações de humor que vivenciam.¹

No que concerne à medicação, encontramos situações mencionadas na literatura como de má prática pelo tratamento da depressão com ansiolíticos isoladamente, pelo caso da prescrição de um antidepressivo em dose subterapêutica, sem referência de que este deveria gradualmente ser aumentado na dose. Parece-nos também mais expressiva do que devia a falta de informação por parte do MF na prescrição, dado que em 37,7% das receitas de antidepressivo, o médico não redigiu nada na posologia.

Quanto ao tempo de tratamento, é um fato que este vinha mencionado em apenas sete receitas de antidepressivo, mas isto, pode-se dever-se à boa prática, muito presente na literatura, de reavaliação clínica do doente a curto prazo, para entre outros, se programar a duração da terapêutica. Em todas as receitas em que o MF colocou o tempo de tratamento antidepressivo, este foi sempre de seis meses no mínimo, o que é insuficiente, dado que um período tão curto não contemplará a fase aguda, de continuação e manutenção do tratamento.⁶

Conclusão

Obtivemos uma população de 105 deprimidos, sobretudo mulheres e com uma idade média de 47,1 anos. O mês em que mais se fez o diagnóstico foi setembro. Tal como está descrito noutros estudos, os MF do nosso CS optaram mais por codificar os sinais/sintomas depressivos que anotar apenas ou anotar e codificar. O sinal/sintoma depressivo mais codificado foi a “Sensação de depressão” e o humor depressivo o mais anotado. É necessário melhorar a qualidade dos registos clínicos, dado que houve o diagnóstico *pela primeira vez* de depressão, que deve ser feito por meio de entrevista clínica, em consultas não presenciais. Em 76,2% das consultas optou-se pela prescrição de psicofármacos. Quando essa prescrição foi *pela primeira vez*, em metade dos casos consistiu em receitar antidepressivo apenas, principalmente a sertralina. Também no tratamento da depressão há necessidade de melhorar dado que houve prescrição isolada de ansiolíticos/sedativos e hipnóticos, um caso de prescrição em dose subterapêutica de antidepressivo e nas sete receitas com proposta de tempo de tratamento antidepressivo, este foi de seis meses no mínimo, período mais curto do que o mencionado na literatura.

Agradecimentos

Os autores gostariam de agradecer aos médicos do CS que permitiram a consulta dos seus registos clínicos e que apoiaram a publicação deste artigo que reflecte sobre a sua actividade clínica e à técnica administrativa Sr.^a D.^a Catarina Costa que participou na colheita dos dados.

Referências

1. Isometsä E. Depressão. In: FMUC, Jujitsu e APMCG. Normas de Orientação Clínica. Duodecim Medical Publications; 2009. p. 19-22.
2. Madeira I. Referenciação por depressão à consulta de saúde mental do centro de saúde de Oeiras. *Rev Port Clin Geral Fam.* 2001;17(2):101-8.
3. Saeed SA, Bruce TJ. Seasonal affective disorders. *Am Fam Physician.* 1998;57(6):1340-6.
4. Santiago LM, Cobrado NM. Custos directos da terapêutica farmacológica no ambulatório de Clínica Geral. *Rev Port Clin Geral Fam.* 2002;18(6):351-9.
5. Falcão IM, Monsanto A, Nunes B, Marau J, Falcão JM. Prescrição de psicofármacos em Medicina Geral e Familiar: um estudo na Rede Médicos-Sentinela. *Rev Port Clin Geral Fam.* 2007;23(1):17-30.
6. Portugal. Ordem dos Médicos. Norma da Direcção Geral da Saúde nº 034/2012, de 30 de dezembro de 2012.
7. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Geddes JR, Higgins JP, Churchill R, et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet.* 2009;373(9665):746-58. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60046-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60046-5)
8. ACSS, APMCG, WONCA. Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários Segunda Edição. 2a ed. Oxford: Oxford University Press; 2011.
9. Marques-Teixeira J. Consensos psiquiátricos: manual prático para clínicos gerais. Linda-a-Velha: Vale & Vale Editores; 2007.
10. Portugal. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Saúde. INFARMED. Prontuário terapêutico. Lisboa: Ministério da Saúde; 2011.
11. Braga R. Os registos clínicos e a codificação. *Rev Port Med Geral Fam.* 2012;28(3):155-6.
12. Martins S. O peso da mente feminina: associação entre obesidade e depressão. *Rev Port Clin Geral Fam.* 2012;28(3):163-6.
13. Pinto D. Classificar motivos de consulta e procedimentos com a ICPC na prática clínica? *Rev Port Med Geral Fam.* 2012;28(4):247-8.
14. Melo M. O uso da ICPC nos registos clínicos em Medicina Geral e Familiar. *Rev Port Med Geral Fam.* 2012;28(4):245-6.

Avaliação de treinamento em suporte básico de vida para médicos e enfermeiros da atenção primária

Assessment of basic life support training for primary health care doctors and nurses

Evaluación de la capacitación en soporte vital básico para médicos y enfermeros de la atención primaria

Luiz Ernani Meira Júnior, Fabiane Mendes Souza, Leonardo Canela Almeida, Gilson Gabriel Viana Veloso, Antônio Prates Caldeira

Resumo

Objetivo: Foram avaliados conhecimentos e habilidades sobre reanimação cardiopulmonar antes e após a capacitação em Suporte Básico de Vida (SBV) para médicos e enfermeiros que atuam na atenção primária. **Métodos:** Estudo quasi-experimental, com amostra aleatória de profissionais. Inicialmente, avaliou-se o desempenho cognitivo em um teste de múltipla escolha sobre o atendimento a uma parada cardiorrespiratória (PCR) e, em seguida, conduziu-se um atendimento simulado de PCR, para a avaliação de habilidades, usando um *checklist* baseado nas recomendações da *American Heart Association* (AHA). Após avaliação inicial, todos os profissionais participaram de curso teórico-prático em SBV, durante três encontros. Após o curso, todos se submeteram a nova avaliação. **Resultados:** Participaram do estudo 32 profissionais. O nível de conhecimentos e habilidades foi insatisfatório antes do curso. Após a capacitação, a média de acertos na avaliação teórico-prática apresentou aumento significativo ($p < 0,001$). **Conclusão:** Registrou-se impacto positivo da capacitação em SBV para os profissionais da atenção primária.

Palavras-chave:

Educação em Saúde
Reanimação Cardiopulmonar
Atenção Primária à Saúde

Abstract

Objective: To evaluate knowledge and skills on cardiopulmonary resuscitation before and after training in Basic Life Support (BLS) for doctors and nurses working in primary health care. **Methods:** A quasi-experimental study with a random sample of professionals. Initially, a cognitive performance was evaluated in a multiple choice test on assistance to a cardiopulmonary arrest (CPA) and then a simulation of CPA was carried out to assess skills, using a checklist based on recommendations of the *American Heart Association* (AHA). After initial evaluation, all professionals participated in theoretical and practical course in BLS in three meetings. After the course, they all underwent further evaluation. **Results:** The study included 32 professionals. The level of knowledge and skills was poor before the course. After the training, the mean score on the written and practical evaluation showed a significant increase ($p < 0.001$). **Conclusion:** It was recorded positive impact of training in BLS for primary care professionals.

Keywords:

Health Education
Cardiopulmonary Resuscitation
Primary Health Care

Resumen

Objetivo: Se evaluó el conocimiento y las habilidades de reanimación cardiopulmonar antes y después de la formación en soporte vital básico (SVB) para los médicos y enfermeras que trabajan en la atención primaria. **Métodos:** Estudio cuasi-experimental con una muestra aleatoria de los profesionales. Inicialmente, se evaluó el rendimiento cognitivo en una prueba de opción múltiple sobre la respuesta a una parada cardiorrespiratoria (PCR) y luego se llevó a cabo una PCR llamada simulada, para la evaluación de habilidades, usando un *checklist* basado en las recomendaciones de la *American Heart Association* (AHA). Después de la evaluación inicial, todos los profesionales participaron en el curso teórico y práctico en SVB durante tres reuniones. Después del curso, todos fueron sometidos a una evaluación adicional. **Resultados:** El estudio incluyó 32 profesionales. El nivel de conocimientos y habilidades eran pobres antes del curso. Después de la capacitación, la puntuación promedio en la evaluación escrita y práctica mostró un aumento significativo ($p < 0,001$). **Conclusión:** Se registró impacto positivo de la formación en SVB para los profesionales de atención primaria.

Palabras clave:

Educación en Salud
Resucitación Cardiopulmonar
Atención Primaria de Salud

Fonte de financiamento:

declaram não haver.

Parecer CEP:

261.476 (FIPMoc), aprovado 02/05/2013.

Conflito de interesses:

declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:

revisado por pares.

Recebido em: 21/10/2015.

Aprovado em: 09/09/2016.

Como citar: Meira Júnior LE, Souza FM, Almeida LC, Veloso GGV, Caldeira AP. Avaliação de treinamento em suporte básico de vida para médicos e enfermeiros da atenção primária. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-10. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1231](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1231)

Introdução

As doenças cardiovasculares correspondem a um terço do total de óbitos por causas definidas no Brasil, representando a principal causa de morte na população geral.¹ E, muitas vezes, têm como desfecho final a parada cardiorrespiratória (PCR), com ausência súbita de pulso em grandes artérias e perda da consciência. O reconhecimento de tal situação e a realização precoce das manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) são fundamentais para a sobrevivência dos pacientes. Torna-se, então, necessário que o profissional de saúde identifique prontamente tal situação e adote as medidas iniciais de reanimação, trabalhando em equipe, seguindo os protocolos específicos e aprimorando seus conhecimentos por meio de programas de atualização e treinamento em RCP.²

Apesar da literatura científica oferecer contínuas atualizações sobre a prevenção e abordagem à PCR, muitas vidas são perdidas no Brasil por falta de atendimento oportuno. O atendimento imediato e adequado à vítima de PCR que, em cerca de 50% dos casos, ocorre fora do ambiente hospitalar é fundamental para definir sua sobrevivência.³

Tem-se observado que muitos profissionais da saúde possuem deficiência tanto no conhecimento quanto na prática de situações de emergência.⁴ O desconhecimento sobre os sintomas e a subestimação dos casos podem implicar em atraso no trabalho das equipes socorristas.⁵ O treinamento sistemático de profissionais de saúde pode duplicar ou triplicar as chances de sobrevivência em uma PCR, independentemente do local de atendimento, inclusive em ambientes extra-hospitalares.⁶

Em 2006, o Brasil definiu a Estratégia Saúde da Família (ESF) como principal ferramenta de operacionalização da atenção primária, como ponto de contato preferencial e porta de entrada de uma rede de serviços universal, com responsabilidade para coordenar os cuidados e efetivar a integralidade nas diversas dimensões.⁷ Como porta de entrada no sistema de saúde e com a expansão desses serviços, os profissionais das equipes de Saúde da Família têm sido cada vez mais demandados para atendimento oportuno e estabilização de pacientes graves, incluindo-se aqueles em PCR.

É preciso, então, conhecer a competência destes profissionais na realização das manobras de RCP, identificando o conhecimento e habilidades para atuação e a necessidade de programas de treinamento. Um recente estudo europeu destaca a importância de treinamentos específicos para profissionais da atenção primária.⁸ Existem evidências de que pessoas bem treinadas, inclusive em ambientes comunitários, podem contribuir efetivamente para o sucesso das manobras de ressuscitação.^{5,8}

Embora seja senso comum que programas de treinamento possuam alguma efetividade, é necessário avaliar o resultado real de treinamentos teórico-práticos para as equipes da Atenção Primária, identificando a necessidade de institucionalizar capacitações similares. O presente estudo objetivou avaliar conhecimentos e habilidades técnicas de reanimação cardiopulmonar antes e após um curso de capacitação em Suporte Básico de Vida (SBV) para médicos e enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família.

Métodos

Trata-se de um estudo de intervenção, com uma abordagem quasi-experimental desenvolvido em um Laboratório de Simulações de Urgências (*LabSim*), em Montes Claros, MG, no período de agosto a dezembro de 2013. Os participantes do estudo foram profissionais de saúde de nível superior selecionados

aleatoriamente a partir da relação de todos os profissionais médicos e enfermeiros atuantes nas equipes da ESF do município. No período do estudo, havia 59 médicos e 70 enfermeiros cadastrados. Para a seleção dos profissionais, utilizou-se um programa gerador de números aleatórios, atribuindo-se um número para cada profissional.

Para o cálculo amostral, foram utilizados os seguintes parâmetros: nível de significância de 5%, poder do estudo de 80%, taxa de resposta (acertos) inicial de 30% (pois define o maior número amostral) e diferença na taxa de resposta de 35%. Esse cálculo definiu o número mínimo de 32 profissionais, em um teste uni-caudal.

Todos os profissionais - médicos e enfermeiros - efetivamente atuantes em equipes de Saúde da Família há, pelo menos, seis meses foram elegíveis para o estudo e, portanto, envolvidos no processo de seleção aleatória. Foram excluídos profissionais que recusaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que se encontravam afastados das suas atividades de trabalho e aqueles que, por situações especiais, apresentavam dificuldades para desempenho das atividades práticas (uma profissional foi excluída por estar em fase final da gestação e outra por ser paraplégica). Para análise estatística, foram excluídos os profissionais que não compareceram a todas as etapas do trabalho.

O estudo seguiu as normas da resolução 466/12 e foi conduzido após a aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer nº 261.476). Todos os participantes foram informados sobre o trabalho e registraram sua aquiescência em participar do estudo, assinando o TCLE.

Os participantes foram divididos em turmas de até oito profissionais e cada turma participou de três encontros, sendo um a cada semana. Optou-se por trabalhar com grupos pequenos para se atingir um melhor aproveitamento nas atividades práticas. No primeiro encontro, os profissionais foram submetidos a um questionário para avaliar características sociodemográficas, tais como: sexo, idade, tempo de formado, informações sobre pós-graduação e capacitações prévias. Em seguida, os profissionais foram apresentados aos materiais utilizados na simulação clínica por meio de orientações junto ao manequim de RCP *Resusci Anne* com *PC Skillreporting System* (Laerdal Medical Corporation, Stavanger, Norway), assim como os insumos necessários ao atendimento do caso proposto.

Ainda neste primeiro encontro, os participantes foram solicitados a atender uma situação simulada de PCR: foram conduzidos individualmente a uma sala, onde foram apresentados a um caso de um paciente irresponsivo encontrado na unidade de saúde no final do expediente. O atendimento ao caso foi submetido à avaliação, a partir de um *checklist* (Quadro 1) previamente desenvolvido por três especialistas, com base nas recomendações da AHA para o curso *Basic Life Support* (BLS).⁹

Em seguida, os participantes foram submetidos a um teste composto por 20 questões de múltipla escolha, com 5 opções de respostas, em que foram avaliados os conhecimentos sobre o atendimento à PCR. O teste foi elaborado segundo as diretrizes da AHA,⁹ utilizadas nos cursos específicos da instituição. Foram elaboradas dez questões abordando aspectos gerais de um atendimento à PCR e dez questões abordando especificamente os aspectos da técnica a ser empregada. Para a avaliação de desempenho, cada questão corretamente respondida equivalia a um ponto no escore geral do respondente. Concluindo esse primeiro encontro, os profissionais selecionados participaram de uma atividade teórica com quatro horas de duração nos moldes do curso de SBV desenvolvido pela AHA.

O segundo encontro, realizado na semana seguinte, consistiu de aula prática com a demonstração de todos os procedimentos nos manequins de simulação de baixa e média fidelidade para treinamento

Quadro 1. Checklist para avaliação de habilidades práticas em atendimento à parada cardiorrespiratória.

Ações	Sim	Não
1 - Testou responsividade?		
2 - Acionou ajuda (192)?		
3 - Iniciou o atendimento com C-A-B?		
4 - Checou o pulso central (5 a 10 seg.) como primeira ação?		
5 - Se pulso ausente, iniciou compressão torácica?		
6 - Localizou posição adequada para compressão?		
7 - Posicionou as mãos de forma adequada?		
8 - Realizou compressão de forma adequada (Depressão de 5cm do esterno, Frequência de no mínimo 100/mim. e Retorno completo do tórax)?		
9 - Realizou compressão e ventilação de forma adequada (relação 30:2)?		
10 - Checou se o paciente ventilava de forma adequada, quando ofertada ventilação? Incluir a verificação do posicionamento adequado das mãos e da máscara.		
11 - Aplicou DEA da forma correta e obedeceu aos comandos?		
12 - Aplicou desfibrilação quando indicado?		
13 - Retornou às compressões imediatamente após a desfibrilação?		
14 - Quando não indicado choque, checou pulso?		
15 - Com o Retorno da Circulação Espontânea (RCE) fez a reavaliação (ABCDE)?		
16 - Após RCE colocou paciente em posição de recuperação?		

de habilidades e no manequim de RCP, com duração de quatro horas. Todos os participantes praticaram nos manequins, de forma individual e coletiva, tiraram dúvidas e realizaram simulações de casos clínicos. Foram apresentados e disponibilizados materiais para estudo, como textos, protocolos e vídeos da AHA, demonstrando as atividades práticas descritas nos protocolos.

O terceiro encontro consistiu em nova realização do teste de conhecimentos aplicado no primeiro encontro e na realização do segundo atendimento simulado. Nesta fase, foram também registrados os dados referentes ao atendimento pós-capacitação, utilizando o mesmo *checklist* empregado na primeira avaliação, e comparados com os resultados obtidos antes da capacitação.

O Quadro 2 sintetiza as atividades desenvolvidas no processo de capacitação dos profissionais.

A avaliação de impacto foi conduzida por meio de análise dos desempenhos nas manobras de RCP antes e após a capacitação. As médias nos testes foram comparadas com o uso do teste Wilcoxon, assumindo-se um nível de significância de 5%. Para as análises estatísticas, utilizou-se o *software IBM SPSS Statistics*, versão 20 (SPSS 20).

Resultados

Participaram do estudo 36 profissionais de saúde, contudo, 4 deles não cumpriram todas as etapas do estudo e foram excluídos das análises. A caracterização dos 32 participantes que concluíram o estudo é apresentada na Tabela 1.

Houve pequeno predomínio de enfermeiros e a maioria dos participantes era do sexo feminino. A média de idade foi de 30,8±6,1 anos, enquanto o tempo de trabalho na ESF dos profissionais mostrou grande variabilidade (49,4±43,2 meses).

Quadro 2. Atividades desenvolvidas no processo de capacitação dos profissionais.

SEMANA 1
Acolhimento e apresentação dos participantes
Primeiro atendimento simulado (com avaliação de habilidades)
Pré-teste escrito
Encontro teórico: aulas e discussão de casos (4 horas)
SEMANA 2
Encontro de aulas práticas (2 horas)
Treinamento com uso de manequins e casos clínicos (2 horas)
Apresentação de vídeos da AHA (40 minutos)
SEMANA 3
Segundo atendimento simulado (com avaliação de habilidades)
Pós-teste escrito

Tabela 1. Características dos participantes da capacitação em Suporte Básico de Vida; Montes Claros (MG), 2013.

Variáveis	(n)	(%)
Profissão		
Médicos	14	43,8
Enfermeiros	18	56,2
Gênero		
Masculino	6	18,8
Feminino	26	81,2
Idade (anos)		
21-25	6	18,8
26-30	12	37,5
31-35	9	28,0
≥ 36	5	15,7
Tempo desde a formatura (meses)		
< 24	7	21,9
25-60	11	34,3
≥ 60	14	43,8
Tempo atuando na ESF (meses)		
< 24	15	46,9
25-60	5	15,6
≥ 60	12	37,5
Possuem residência (médica ou multiprofissional)		
Sim	19	59,4
Não	13	40,6
Possuem outra pós-graduação		
Sim	12	37,5
Não	20	62,5

A Tabela 2 apresenta características do grupo em relação à capacitação para atendimentos de urgência e emergência. Apenas 12 profissionais (37,5%) já haviam realizado alguma capacitação em urgência. Sete participantes (21,9%) relatam ter tido uma experiência prévia satisfatória com algum caso de reanimação cardiopulmonar e 23 (71,9%) deles declararam que se sentiam ansiosos ou muito ansiosos sobre os

procedimentos do curso. Quase a totalidade dos participantes (93,8%) considerava o treinamento útil ou muito útil. Nenhuma das variáveis estudadas mostrou-se associada a melhor desempenho na assistência simulada ou no teste antes ou após a capacitação realizada.

A Tabela 3 mostra a nota média dos profissionais separados por desempenho cognitivo (aspectos gerais e aspectos técnicos) e por habilidades práticas. Antes da realização do curso, os aspectos gerais do tema tiveram o pior desempenho por parte do grupo. A questão relacionada à fisiopatologia da PCR foi a que obteve menor pontuação, enquanto as questões relacionadas às compressões torácicas (aspectos técnicos) foram as que propiciaram maiores escores. Mesmo após o curso, a questão relacionada à fisiopatologia, apesar de ter tido o maior aumento absoluto na nota média, continuou sendo aquela com menor pontuação. A média de acertos para os aspectos gerais e técnicos avaliados apresentou aumento significativo após a capacitação ($p < 0,001$).

Em relação à avaliação da atividade prática simulada antes do curso, os principais erros observados se encontraram nas atividades referentes ao posicionamento das mãos para realização das compressões torácicas, assim como a profundidade e frequência das mesmas. Dificuldades para realização das ventilações,

Tabela 2. Variáveis relacionadas à capacitação em urgência/emergência para profissionais da Estratégia Saúde da Família; Montes Claros (MG), 2013.

Variáveis	(n)	(%)
Capacitação prévia em urgência/emergência		
Sim	12	37,5
Não	20	62,5
Experiência prévia com reanimação cardiopulmonar		
Positiva ou satisfatória	7	21,9
Pouco positiva ou pouco satisfatória	15	46,9
Nenhuma/não respondeu	10	31,2
Sentimento prévio em relação ao curso		
Tranquilo	7	21,9
Não sei responder	2	6,2
Preocupado/Ansioso	19	59,4
Muito preocupado/Muito ansioso	4	12,5
Percepção prévia sobre o tema para o trabalho		
Não sei responder	2	6,2
Muito útil	27	84,4
Útil	3	9,4

Tabela 3. Desempenho antes/depois da capacitação em Suporte Básico de Vida para profissionais da Estratégia Saúde da Família; Montes Claros (MG), 2013.

Desempenho Cognitivo	Antes				Depois				p-valor*
	Min	Max	Média	DP**	Min	Max	Média	DP†	
Aspectos Gerais	2	9	6,0	1,7	7	10	8,6	1,0	<0,001
Aspectos técnicos	3	9	7,4	1,4	7	10	9,2	1,0	<0,001
Habilidades	2	15	8,0	3,4	9	16	13,7	1,8	<0,001

Nota: O melhor desempenho possível corresponde a 10 pontos para aspectos gerais e técnicos e 16 pontos para habilidades.* Teste de Wilcoxon; † Desvio Padrão.

o não retorno imediato para compressão após a entrega do choque do Desfibrilador Externo Automático (DEA) e o desconhecimento sobre o que fazer após a recuperação do paciente também foram aspectos negativos bastante evidentes. Após o curso, houve melhora significativa em todos os itens. O desempenho dos profissionais nas atividades práticas simuladas também registrou melhora significativa ($p < 0,001$).

Discussão

O atendimento à urgência, incluído-se aí a PCR, é um aspecto inerente à prática do profissional de saúde e demanda treinamento regular e oportuno. Promover a capacitação de profissionais da atenção primária para a realização de adequadas manobras de ressuscitação é reconhecer a relevância da prestação de assistência integral, independentemente do nível ou do ambiente de cuidado.¹⁰ Quando não há conhecimento e treinamento mínimo para o atendimento sistematizado e efetivo a uma PCR, começam a ocorrer as falhas e a crescer o número de iatrogenias.¹¹ Nesse tipo de situação, o tempo é fator primordial, exigindo preparo técnico e psicológico para que as medidas iniciais de suporte sejam tomadas de forma adequada, reduzindo o risco de óbito.

No presente estudo, registraram-se conhecimentos e habilidades insatisfatórios para os profissionais da ESF. Esse resultado aponta uma situação crítica em relação ao potencial de recuperação de pacientes assistidos durante uma PCR por tais equipes, pois cada minuto sem intervenção adequada reduz as chances de sobrevivência em, aproximadamente, 10%.⁵ Outro fator de impacto é a qualidade das manobras realizadas, pois pacientes vítimas de PCR quando submetidos rapidamente a manobras de qualidade têm três vezes mais chance de sobreviver.¹²

Desempenho insatisfatório em testes de conhecimento sobre atendimento à PCR já foi identificado mesmo em equipe multidisciplinar de hospital de alta complexidade.¹³ Estudo realizado com médicos de hospitais gerais do Paraná também revelou desempenho abaixo do esperado, destacando a necessidade de atualizações para os profissionais para o atendimento de situações de emergência.¹⁴

Especificamente em relação aos médicos, os resultados de estudos conduzidos na região Norte do Brasil evidenciaram deficiências no conhecimento de médicos atuantes em unidades de atendimento às urgências e os autores destacaram a necessidade de capacitação das equipes de saúde.^{15,16}

No presente estudo, não foram realizadas análises distintas para as duas categorias profissionais, médicos e enfermeiros, pois entende-se que ambos devem ser igualmente habilitados para os primeiros socorros ao paciente vítima de PCR¹. Um estudo recente conduzido em São Paulo mostrou um bom desempenho após treinamento para estudantes de diversas áreas da saúde, destacando a importância de capacitação conjunta da equipe de saúde.¹⁷

Os resultados da primeira etapa deste estudo apontaram falhas entre os profissionais que trabalham na ESF em oferecer o primeiro atendimento, de forma adequada, a uma vítima de PCR. Diante de uma situação simulada, o grupo estudado apresentou dificuldade em demonstrar conhecimentos práticos sobre RCP, sobretudo em relação às habilidades de posicionamento correto das mãos, profundidade e frequência das compressões, posicionamento para ventilações e, principalmente, o manuseio do Desfibrilador Externo Automático (DEA).

Os resultados são preocupantes, porque, diante da expansão da ESF no país, cada vez mais provável se tornará o evento PCR para os profissionais que atuam nessas equipes. Mesmo sem acesso ao DEA, inexistente na maioria das Unidades Básicas de Saúde, os profissionais de saúde devem estar em condições de efetuar um atendimento imediato adequado à vítima de PCR, o que tem sido recomendado mesmo para a população leiga em outros países.¹⁸

Estudos conduzidos em outros países já destacaram a relevância do treinamento de profissionais da APS para assistência imediata à PCR.¹⁹⁻²¹ Ainda existem poucos estudos no Brasil que abordam conhecimentos de profissionais da APS em relação ao atendimento de situações de urgência e emergência, em especial à PCR.^{11,22}

No presente estudo, também se registrou um impacto positivo da capacitação em Suporte Básico de Vida. Esse aspecto é relevante e aponta a necessidade de capacitação para esse público. A eficácia da RCP está diretamente relacionada ao rápido reconhecimento da PCR e o início imediato das manobras, sendo fundamental o tempo e a qualidade das manobras. Entretanto, muitas vezes, a falta de capacitação retarda a reanimação até a chegada de um profissional da urgência pré-hospitalar, o que impacta de forma negativa na sobrevivência dos pacientes.²³

É relevante observar que, entre o grupo de profissionais que participaram do estudo, alguns informaram que já haviam realizado treinamento prévio, mas essa variável não se mostrou associada a melhor desempenho. Esse resultado, em princípio, torna natural a interpretação de que a capacitação não teria impacto sobre o desempenho dos profissionais. Entretanto, não foram investigadas as condições de capacitação prévia, as técnicas utilizadas, a carga horária do treinamento ou o tempo decorrido desde a última capacitação. Todas essas variáveis interferem sobre os resultados, incluindo a retenção de conhecimentos e habilidades a curto e a longo prazo.

Estudos sobre treinamento em SBV em diferentes locais e com públicos diferentes apontam resultados positivos.^{11,13,17} Deve-se destacar, por outro lado, que a retenção dos conhecimentos e das habilidades adquiridas nos cursos de capacitação podem ser perdidas a longo prazo e há necessidade de atividades de reforço para os profissionais.

Os resultados deste estudo devem ser considerados à luz de algumas limitações. Não houve adesão de todos os profissionais inicialmente abordados. Embora o número de profissionais que permaneceram em todas as etapas do estudo tenha sido suficiente para assegurar o poder do estudo, segundo o cálculo amostral, o abandono de quatro profissionais pode ter gerado um resultado mais distante da situação real.

Outro aspecto é relativo à avaliação apenas imediata do resultado da capacitação, não tendo sido realizada a reavaliação dos profissionais seis meses após o curso para identificar a retenção dos conhecimentos e habilidades. Novos estudos deverão se ocupar dessa lacuna do conhecimento, que não foi possível de ser conduzida no presente estudo, pela elevada rotatividade dos profissionais da atenção primária, na região avaliada.

Também é importante destacar que melhores desempenhos após as atividades de capacitação não implicam em efetiva melhora da assistência à PCR. Nesse sentido, novos estudos devem ser desenvolvidos buscando identificar o impacto das capacitações sobre as taxas de mortalidade ou de reversão dos quadros de PCR assistidos pelas equipes capacitadas.

Conclusão

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são consideradas portas de entrada do sistema e muitas vezes os profissionais que trabalham nestas unidades se deparam com situações de urgência e emergência sem estar devidamente preparados para este tipo de atendimento. Os resultados deste estudo sugerem que treinamentos com uso de simulações semirrealistas são efetivos para melhorar o conhecimento e as habilidades de profissionais da APS. Recomenda-se que esses profissionais participem de treinamentos frequentes para estarem aptos permanentemente ao atendimento de situações de urgência e emergência, incluindo a PCR, em seus locais de trabalho.

Referências

1. Morais DA, Carvalho DV, Correa AR. Parada cardíaca extra-hospitalar: fatores determinantes da sobrevivência imediata após manobras de ressuscitação cardiopulmonar. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014;22(4):562-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3453.2452>
2. Lima SG, Macedo LA, Lima Vidal M, Sá MPBO. Educação Permanente em SBV e SAVC: impacto no conhecimento dos profissionais de enfermagem. *Arq Bras Cardiol*. 2009;93(6):630-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2009001200012>
3. Gonzalez MM, Timerman S, Oliveira RG, Polastri TF, Dallan LAP, Araújo S, et al. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia: Resumo Executivo. *Arq Bras Cardiol*. 2013;100(2):105-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20130022>
4. Lyra PF, Cordeiro DEF, Gois ACR, Muniz FN, Leônidas GM, Rodrigues Sobrinho CRM. Programa de Educação em Reanimação Cardiorrespiratória: Ensinando a Salvar Vidas. *Rev Bras Educ Med*. 2012;36(4):570-3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000600018>
5. Gonzalez MM, Timerman S, Gianotto-Oliveira R, Polastri TF, Canesin MF, Schmidt A et al. I Diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol*. 2013;101(2 Suppl 3):1-221. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.2013S006>
6. Boaventura AP, Miyadahira AMK. Programa de capacitação em ressuscitação cardiorrespiratória com uso do desfibrilador externo automático em uma universidade. *Rev Gaúch Enferm*. 2012;33(1):191-4.
7. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2009;14(3):783-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300014>
8. Bury G, Egan M, Tobin H, Heaton M. Immediate care training in Ireland, 2002-2013: a potential link between high uptake rates and effect. *Ir Med J*. 2015;108(5):140-2
9. Berg RA, Hemphill R, Abella BS, Aufderheide TP, Cave DM, Hazinski MF, et al. Part 5: Adult Basic Life Support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular. *Circulation*. 2010;122(18 Suppl 3):S685-705. DOI: <http://dx.doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.970939>
10. Barbosa MAF, Marra VR, Horta NC, Rodrigues ES. Capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento de parada cardiorrespiratória na atenção primária. *Rev APS*. 2011;14(2):233-8.
11. Silva AR. Parada cardiorrespiratória em unidades de internação: vivências do enfermeiro [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.
12. Meissner TM, Kloppe C, Hanefeld C. Basic life support skills of high school students before and after cardiopulmonary resuscitation training: a longitudinal investigation. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2012;20:31. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1757-7241-20-31>
13. Veiga VC, Carvalho JC, Amaya LEC, Almeida Gentile JK, Rojas SSO. Atuação do Time de Resposta Rápida no processo educativo de atendimento da parada cardiorrespiratória. *Rev Bras Clin Med*. 2013;11(3):258-62.

14. Knopfholz J, Lima Júnior E, Ribeiro APF, Boros GAB, Claviço J, Teider LD, et al. Manuseio de emergências cardiológicas em hospitais gerais do estado do Paraná. *Rev Bras Clin Med.* 2012;10(6):499-502.
15. Duarte RN, Fonseca AJ. Diagnóstico e tratamento de parada cardiorrespiratória: avaliação do conhecimento teórico de médicos em hospital geral. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2010;22(2):153-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2010000200009>
16. Ferreira JVB, Ferreira SMB, Casseb GB. Perfil e Conhecimento Teórico de Médicos e Enfermeiros em Parada Cardiorrespiratória, município de Rio Branco, AC. *Rev Bras Cardiol.* 2012;25(6):464-70.
17. Kawakame PMG, Miyadahira AMK. Avaliação do processo ensino-aprendizagem de estudantes da área da saúde: manobras de ressuscitação cardiopulmonar. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(4):657-64.
18. Dixe MACR, Gomes JCR. Conhecimento da população portuguesa sobre Suporte Básico de Vida e disponibilidade para realizar formação. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(4):640-9.
19. Nurmi J, Castrén M. Preparedness for cardiopulmonary resuscitation in primary care. *Scand J Prim Health Care.* 2004;22(2):87-90. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/02813430410006477>
20. Ong ME, Yan X, Lau G, Tan EH, Panchalingham A, Leong BS, et al. Out-of-hospital cardiac arrests occurring in primary health care facilities in Singapore. *Resuscitation.* 2007;74(1):38-43. PMID: 17303304 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2006.11.004>
21. Colquhoun M. Resuscitation by primary care doctors. *Resuscitation.* 2006;70(2):229-37. PMID: 16814447 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2006.01.007>
22. Silva CCS, Holanda AR. Parada Cardiorrespiratória: Conhecimento e Prática de uma Equipe de Saúde da Família. *Rev Bras Ciênc Saúde.* 2011;15(4):447-54.
23. Sasson C, Rogers MA, Dahl J, Kellermann AL. Predictors of survival from out-of-hospital cardiac arrest: a systematic review and meta-analysis. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2010;3(1):63-81. DOI: <http://dx.doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.109.889576>

Luiz Ernani Meira Júnior. Programa de Pós-Graduação em Cuidados Primários em Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). Montes Claros, MG, Brasil. ernanimeirajr@hotmail.com

Fabiane Mendes Souza. Faculdades Integradas Pitágoras. Montes Claros, Minas Gerais. Brasil. fah-mendes@hotmail.com

Leonardo Canela Almeida. Faculdades Integradas Pitágoras. Montes Claros, Minas Gerais. Brasil. leocanela@msn.com

Gilson Gabriel Viana Veloso. Faculdades Integradas Pitágoras. Montes Claros, Minas Gerais. Brasil. gilson_1991@yahoo.com.br

Antônio Prates Caldeira. Programa de Pós-Graduação em Cuidados Primários em Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, Minas Gerais. Brasil. antonio.caldeira@unimontes.br (*Autor correspondente*)

A percepção de apoio social e a sintomatologia depressiva em mulheres jovens atendidas em uma Unidade de Saúde da Família

The perception of social support and depressive symptomatology in young women assisted at a Family Health Center

La percepción de apoyo social y la sintomatología depresiva en mujeres jóvenes atendidas en una Unidad de Salud de la Familia

Viviane Vedovato Silva Rocha. Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Integral à Saúde, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. vivi_vedovato@hotmail.com
(*Autora correspondente*)

Cassiana Moraes de Oliveira. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento, Serviço de Psicologia. Ribeirão Preto, SP, Brasil. cassianamoraes@gmail.com

Rosana Shuhama. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. roshuhama@gmail.com

Resumo

Objetivo: O estudo buscou identificar a percepção de apoio social em 55 mulheres de 20 a 39 anos, cadastradas em uma Unidade de Saúde da Família de uma cidade de médio porte localizada no interior do Estado de São Paulo, verificando possível associação com sintomas depressivos e características sociodemográficas, clínicas e de configuração familiar. **Métodos:** Estudo observacional de corte transversal realizado com auxílio de um Roteiro de Entrevista Estruturado, Inventário de Depressão de Beck e Escala de Apoio Social da *Medical Outcomes Study*. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e submetidos a testes não paramétricos. **Resultados:** Os resultados indicaram sintomas sugestivos de depressão em 25,5% da amostra; correlação negativa entre as dimensões de apoio social e depressão, bem como evidências de associação da percepção de apoio social em relação às características sociodemográficas (renda) e de configuração familiar (estado civil e número de filhos). Não foram encontradas evidências estatísticas na associação com as características clínicas. **Conclusão:** Estes resultados corroboram os achados da literatura nacional e internacional, indicando a necessidade do cuidado com mulheres jovens independentemente da vulnerabilidade específica.

Abstract

Objective: The study aimed to identify the perception of social support in 55 women aged between 20 and 39, enrolled in a Family Health Center of a medium-size town in São Paulo State/Brazil, verifying its association with depressive symptoms and sociodemographic, clinics and family configuration characteristics. **Methods:** This cross-sectional observational study was carried out with the aid of a Structured Interview, Beck Depression Inventory and Social Support Scale of Medical Outcomes Study. Data were analyzed through descriptive statistics and non-parametric tests. **Results:** The results indicated suggestive symptoms of depression in 25.5% of the sample; negative correlation between the dimensions of social support and depression, as well as association of perceived social support in relation to the sociodemographic (income) and family configuration (marital status and number of children) characteristics. There was no statistical evidence of association with clinical characteristics. **Conclusion:** These results corroborate the findings of national and international literature, indicating the need for care with women regardless of specific vulnerability.

Como citar: Silva-Rocha VV, Oliveira CM, Shuhama R. A percepção de apoio social e a sintomatologia depressiva em mulheres jovens atendidas em uma Unidade de Saúde da Família. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-10. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1296](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1296)

Palavras-chave:

Apoio Social
Depressão
Mulheres
Atenção Primária à Saúde

Keywords:

Social Support
Depression
Women
Primary Health Care

Fonte de financiamento: declaram não haver.

Parecer CEP: 1.141.361 (CSE-FMRP-USP), aprovado 07/07/2015

Conflito de interesses: declaram não haver.

Procedência e revisão por pares: revisado por pares.

Recebido em: 07/03/2016.

Aprovado em: 20/07/2016.

Resumen

Objetivo: El estudio intentó identificar la percepción de apoyo social en 55 mujeres de 20 a 39 años, registrados en una Unidad de Salud de la Familia de una ciudad mediana en el estado de São Paulo/Brasil, comprobando la posible asociación con síntomas depresivos y características sociodemográficas, clínicas y configuración familiar. **Métodos:** Estudio observacional transversal realizado con la ayuda de una Entrevista Estructurada, Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Apoyo Social del *Medical Outcomes Study*. Los datos fueron analizados mediante estadísticas descriptivas y pruebas no paramétricas. **Resultados:** Los resultados indicaron síntomas sugestivos de depresión en el 25,5% de la muestra; correlación negativa entre las dimensiones de apoyo social y depresión, así como evidencia de la asociación del apoyo social percibido en relación con las características sociodemográficas (ingresos) y configuración familiar (estado civil y número de hijos). No se encontró evidencia estadística en asociación con las características clínicas. **Conclusión:** Estos resultados corroboran los hallazgos de la literatura nacional e internacional, lo que indica la necesidad de ver a las mujeres jóvenes sin importar la vulnerabilidad específica.

Palabras clave:

Apoyo Social
Depresión
Mujeres
Atención Primaria de Salud

Introdução

O ser humano requer, em diferentes momentos da vida, a inserção em contextos cujas relações sejam fontes de apoio ou suporte social. Considerado um construto multifacetado e complexo, o apoio social pode ser compreendido quanto ao grau de satisfação do indivíduo com a disponibilidade e a qualidade das funções provindas das relações interpessoais.¹⁻³ Refere-se à percepção que um indivíduo tem ao fazer parte de uma rede complexa na qual se pode dar e receber afeto ou ajuda.⁴ Relaciona-se aos recursos postos à disposição por outras pessoas em situações de necessidade.⁵

Estudos realizados na década de 1970 já sugeriam que a ruptura de laços sociais afeta diretamente os sistemas de defesa do organismo, tornando o indivíduo mais suscetível a doenças.⁶ Além dos agravos físicos, o apoio social também tem sido relacionado com o campo da saúde mental, ao considerar que o risco de acometimento de doenças como depressão tende a ser menor na presença de apoio social, ao passo que a ausência deste apoio aumenta a probabilidade de sua ocorrência.⁷

Apontado como um problema de saúde mental cada vez mais presente na sociedade, o transtorno depressivo maior apresenta prevalência de 12 meses em torno de 7% nos Estados Unidos, enquanto no Brasil, apesar da fragilidade na produção de dados epidemiológicos atuais e abrangentes, os índices variam entre 8% e 12%.^{8,9} Também há evidências de que a doença afete até três vezes mais mulheres que homens e, apesar de seu início ocorrer em qualquer idade, a incidência parece atingir seu pico na segunda década de vida, sendo três vezes maior em indivíduos de 18 a 29 anos em relação àqueles com mais de 60 anos.⁸

Considerado fundamental para amenizar estressores cotidianos, principalmente em situações que envolvem mudanças psicossociais e fisiológicas, o apoio social sólido desde a juventude favorece o desenvolvimento de atitude positiva e emissão de condutas mais adaptativas, podendo contribuir para a manutenção da saúde e favorecer o prognóstico de morbidades, inclusive a depressão.^{4,6,10,11}

Tanto o apoio social quanto os sintomas depressivos podem ser melhor avaliados na Atenção Primária à Saúde por ser a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, bem como proporcionar maior proximidade entre os profissionais e o contexto social dos usuários. Tendo em vista a escassez de estudos sobre o tema com mulheres jovens adultas, o presente estudo buscou identificar a percepção do apoio social e possíveis associações com sintomas depressivos, características sociodemográficas, clínicas e de configuração familiar dessas mulheres atendidas em uma Unidade de Saúde da Família.

Métodos

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal com uma amostra de conveniência composta por 55 mulheres de 20 a 39 anos regularmente cadastradas em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de uma cidade de médio porte localizada no interior do Estado de São Paulo. Foram excluídas participantes com algum tipo de deficiência mental/cognitiva/auditiva/visual relatada ou observada pela pesquisadora que impossibilitasse a realização da entrevista.

A coleta de dados foi realizada individualmente nas dependências da USF ou no domicílio da participante, mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e condições mínimas de privacidade. Os instrumentos utilizados consistiram em um Roteiro de Entrevista Estruturado elaborado pelas pesquisadoras, o Inventário de Depressão de Beck - BDI adaptado e validado para o Brasil^{12,13} e a Escala de Apoio Social utilizada na *Medical Outcomes Study* adaptada e validada para o Brasil.^{3,6}

O Roteiro de Entrevista Estruturado consistiu em itens relacionados às características sociodemográficas, clínicas e de configuração familiar. O BDI, por sua vez, é um instrumento de autoaplicação não diagnóstico, composto por 21 itens, cujo objetivo é medir a intensidade da depressão em indivíduos a partir de 10 anos. Para uma melhor análise estatística deste estudo, foi necessário agrupar e reclassificar as duas últimas categorias deste instrumento (Mínimo, Leve, Moderado e Grave) em uma nova categoria nomeada “Sugestivo de depressão”, em razão da baixa frequência de participantes na categoria Grave (n=1).

A Escala de Apoio Social é um instrumento composto por 19 itens em uma escala *Likert* de cinco pontos (1 = nunca e 5 = sempre), que abrange três dimensões de apoio social: Material (provisão de recursos práticos e ajuda material); Afetiva/Interação Social Positiva (demonstrações físicas de amor e afeto, bem como ter pessoas com quem relaxar e divertir-se) e Emocional/Informação (habilidade da rede social em satisfazer as necessidades individuais em relação a problemas emocionais, bem como contar com pessoas que aconselhem, informem e orientem). A média das três dimensões podem ser sintetizadas em uma dimensão Global.

Para o tratamento estatístico dos dados, foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0 para Windows. Os escores das dimensões de apoio social foram descritos em suas médias e desvios-padrão, sendo submetidos aos testes não paramétricos *Kruskal-Wallis* e *Mann-Whitney*. As correlações foram analisadas por meio do coeficiente de Spearman, considerando os seguintes parâmetros de magnitude:¹⁴ fraca (menor ou igual a 0,3), moderada (maior que 0,3 e menor que 0,6) e forte (a partir de 0,6). Para todas as análises, foi considerado nível de significância de 5%.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, respeitando a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa com seres humanos, sendo aprovado em 07/07/2015 (Nº Parecer: 1.141.361). Os casos identificados com sintomas sugestivos de depressão foram discutidos com a equipe de saúde responsável e encaminhados para serviço de assistência melhor indicado.

Resultados

A caracterização sociodemográfica demonstra que a maioria das participantes tinha Ensino Médio (50,9%), profissão remunerada (65,5%), renda familiar entre um a seis salários mínimos (85,4%) e crença religiosa (85,4%, sendo 54,5% praticante). Quanto à configuração familiar, grande parte residia com até cinco pessoas (89,1%), tinha companheiro (60,0%, sendo 52,7% amasiada/casada), relacionamento amoroso entre dois e dez anos (41,8%) e até dois filhos (87,3%).

Em relação às características clínicas, a maioria não apresentava hábitos etilistas (60%) e tabagistas (89,1%), não realizava ou realizava em baixa frequência exercício físico durante a semana (58,2%), não participava de grupos de promoção à saúde oferecidos pela USF (98,2%) e não apresentava agravos prévios (61,8%). Entre aquelas que apresentavam algum agravo prévio, notou-se que 27,2% estavam relacionados a problemas de saúde mental.

No que se refere à ocorrência de sintomas depressivos, observou-se a seguinte distribuição das participantes entre as categorias do BDI: Mínimo (n=23 - 41,8%); Leve (n=18 - 32,7%) e Sugestivo de Depressão (n=14 - 25,5%), apresentando escore médio de 14,2 ($\pm 10,0$). Quanto à percepção do apoio social, a Tabela 1 sintetiza os escores obtidos em cada dimensão da escala.

Tabela 1. Percepção do Apoio Social (n=55).

Dimensões de Apoio Social	M	DP	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
Material	82,6	$\pm 20,4$	20,0	75,0	90,0	100,0	100,0
Afetivo/Interação Social Positiva	83,8	$\pm 17,7$	45,7	65,7	88,6	100,0	100,0
Emocional/Informação	75,8	$\pm 23,2$	30,0	55,0	82,5	97,5	100,0
Global	80,4	$\pm 18,2$	38,9	66,3	84,2	97,9	100,0

DP: Desvio-padrão; M: Média.

Observou-se uma correlação negativa entre a percepção de apoio social e os sintomas depressivos, isto é, quanto maior a percepção de apoio social, menor a gravidade de sintomas depressivos (Material: Rho= -0,287 e p=0,034; Afetivo/Interação Social Positiva: Rho= -0,492 e p<0,001; Emocional/Informação: Rho= -0,528 e p<0,001; Global: Rho= -0,545 e p<0,001).

De acordo com o Gráfico 1, houve diferença significativa na percepção de apoio social de mulheres sem indícios de depressão (categoria Mínimo) em relação àquelas com sintomas leves e sugestivos de Depressão, exceto na dimensão Material (p=0,053). Notou-se também que, apesar da percepção de apoio social ter sido mais elevada em mulheres com sintomas leves em relação àquelas com sintomas sugestivos de depressão, essa diferença não foi estatisticamente significativa em todas as dimensões (p>0,05).

Quanto às comparações entre as dimensões de apoio social e as características sociodemográficas, houve diferença significativa apenas para a variável renda, conforme exposto na Tabela 2. Mulheres com renda entre 1 a 3 salários mínimos, quando comparado com as de 4 a 6 salários mínimos, apresentaram

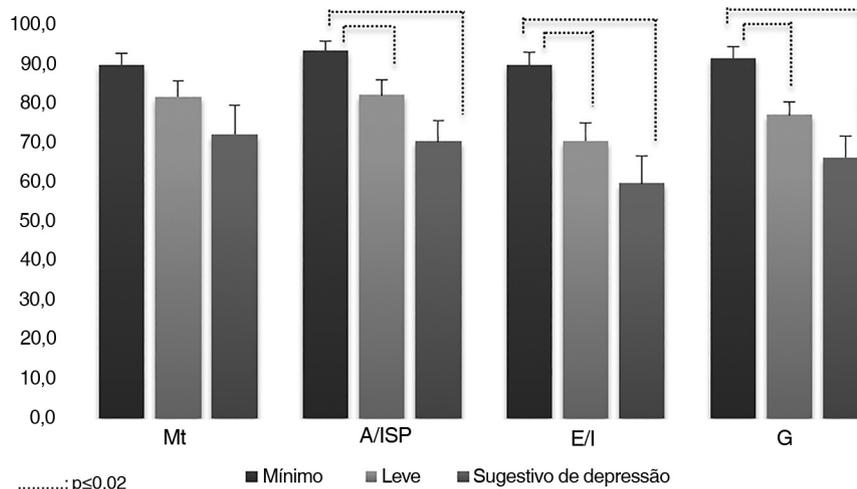


Gráfico 1. Comparação entre percepção de apoio social e nível de sintomas depressivos (n=55).
Mt: Material; A/ISP: Afetivo/Interação Social Positiva; E/I: Emocional/Informação; G: Global.

menor percepção de apoio nas dimensões Material ($p=0,014$), Emocional/Informação ($p=0,030$) e Global ($p=0,040$). Não foram encontrados resultados significativos nas demais comparações, sendo desconsideradas aquelas envolvendo os grupos de até 1 salário mínimo e 7 ou mais salários mínimos, devido à baixa representatividade de participantes.

Tabela 2. A percepção de apoio social segundo as características sociodemográficas.

Variáveis Sociodemográficas	n	%	Mt		A/ISP		E/I		G	
			M	(DP)	M	(DP)	M	(DP)	M	(DP)
Faixa etária										
20 a 29 anos	22	40,0	87,0	(±16,8)	82,6	(±17,3)	73,2	(±21,6)	80,0	(±17,2)
30 a 39 anos	33	60,0	79,7	(±22,2)	84,7	(±18,1)	77,6	(±24,4)	80,6	(±19,1)
Escolaridade										
Ensino Fundamental	7	12,7	79,3	(±21,1)	80,0	(±20,5)	77,5	(±22,0)	78,8	(±18,5)
Ensino Médio	28	50,9	82,9	(±19,6)	88,4	(±15,0)	77,1	(±21,4)	82,8	(±17,0)
Ensino Superior	20	36,4	82,5	(±22,1)	78,9	(±19,3)	73,5	(±26,8)	77,6	(±20,1)
Profissão Remunerada										
Não	19	34,5	80,5	(±24,5)	82,3	(±18,8)	70,3	(±24,1)	77,4	(±19,9)
Sim	36	65,5	83,8	(±18,1)	84,7	(±2,9)	78,8	(±17,3)	82,0	(±17,4)
Renda Familiar (s. m.)										
Até 1	2	3,6	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-
1 a 3	24	43,6	78,1	(±19,3)	81,7	(±18,6)	69,0	(±22,7)	76,0	(±17,7)
4 a 6	23	41,8	89,3	(±16,5)	85,8	(±17,5)	82,7	(±21,7)	85,3	(±17,0)
7 ou mais	6	10,9	69,2	(±30,6)	79,5	(±16,6)	68,8	(±24,9)	72,8	(±21,3)
Religião										
Não possui	8	14,5	85,6	(±13,7)	83,6	(±18,4)	77,2	(±24,4)	81,3	(±19,0)
Possui e frequenta	30	54,5	78,3	(±23,6)	84,1	(±17,3)	74,5	(±24,1)	78,8	(±18,8)
Possui e não frequenta	17	30,9	88,8	(±15,3)	83,5	(±18,9)	77,5	(±22,3)	82,7	(±17,6)
Total	55	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-

A/ISP: Afetivo/Interação Social Positiva; DP: Desvio-padrão; E/I: Emocional/Informação; G: Global; M: Média; Mt: Material; S.M.: Salário Mínimo.

No que se refere às comparações entre as dimensões de apoio social e às características de configuração familiar, observou-se que as solteiras apresentaram maior percepção de apoio social Material em relação às casadas ($p=0,047$) e divorciadas ($p=0,035$, no entanto, esta categoria de estado civil deve ser considerada com ressalvas, pois possui baixa representatividade). Além disso, mulheres com maior número de filhos apresentaram menor percepção de apoio Material ($p=0,024$), sendo a força desta correlação fraca ($\rho = -0,305$). Não foram encontrados resultados significativos nas demais comparações, conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3. A percepção do apoio social segundo as características de configuração familiar.

Configuração familiar	n	%	Mt		A/ISP		E/I		G	
			M	(DP)	M	(DP)	M	(DP)	M	(DP)
Nº de moradores										
1 a 2	24	43,6	84,8	(±19,1)	82,6	(±16,7)	74,6	(±22,6)	79,7	(±16,9)
3 a 5	25	45,5	79,8	(±21,8)	84,1	(±18,4)	75,4	(±25,3)	79,5	(±20,1)
6 a 9	6	10,9	85,8	(±21,5)	87,6	(±21,1)	82,5	(±18,2)	86,8	(±16,4)
Estado civil										
Solteira	22	40,0	88,9	(±16,8)	81,0	(±20,3)	78,8	(±22,4)	82,2	(±18,9)
Amasiada/Casada	29	52,7	79,7	(±22,1)	87,1	(±14,6)	73,4	(±23,3)	79,8	(±17,5)
Divorciada	4	7,3	70,0	(±19,6)	75,7	(±21,9)	76,9	(±31,7)	75,0	(±23,1)
Tem companheiro										
Não	22	40,0	84,8	(±19,4)	79,9	(±21,3)	79,7	(±23,9)	80,8	(±20,1)
Sim	33	60,0	81,2	(±21,2)	86,5	(±14,5)	73,3	(±22,7)	80,1	(±17,1)
Reside com companheiro										
Não	26	47,3	85,6	(±18,1)	80,4	(±20,4)	78,4	(±23,2)	81,0	(±19,2)
Sim	29	52,7	80,0	(±22,2)	86,9	(±14,5)	73,5	(±23,4)	79,8	(±17,6)
Tempo relacionamento										
Não se aplica	23	41,8	85,0	(±19,0)	79,5	(±20,9)	78,2	(±24,4)	80,1	(±20,0)
Até 2 anos	3	5,5	88,3	(±7,6)	89,5	(±13,5)	71,7	(±22,7)	81,8	(±12,3)
2a1m a 5 anos	12	21,8	90,8	(±13,3)	91,2	(±12,1)	81,5	(±21,4)	87,9	(±14,0)
5a1m a 10 anos	11	20,0	68,2	(±29,2)	82,3	(±16,1)	64,8	(±25,9)	72,0	(±20,6)
> 10 anos	6	10,9	80,8	(±10,7)	85,7	(±16,9)	77,9	(±16,0)	81,4	(±13,7)
Nº filhos										
Nenhum	22	40,0	91,4	(±12,2)	85,5	(±17,6)	80,3	(±20,5)	85,0	(±14,9)
1 a 2	26	47,3	76,7	(±24,0)	84,7	(±16,7)	73,9	(±24,7)	78,5	(±20,1)
3 a 5	7	12,7	77,1	(±19,1)	75,5	(±21,8)	68,6	(±26,1)	72,9	(±19,0)
Total	55	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-

A/ISP: Afetivo/Interação Social Positiva; DP: Desvio-padrão; E/I: Emocional/Informação; G: Global; M: Média; Mt: Material.

A Tabela 4 apresenta a percepção de apoio social em função das características clínicas das participantes, sendo importante destacar que não houve diferença significativa entre elas ($p > 0,05$).

Discussão

O objetivo do presente estudo foi analisar a percepção de apoio social de mulheres no contexto da atenção primária, verificando possível associação com sintomas depressivos e características sociodemográficas, clínicas e de configuração familiar.

Tabela 4. A percepção de apoio social segundo as características clínicas.

Variáveis Clínicas	n	%	Mt		A/ISP		E/I		G	
			M	(DP)	M	(DP)	M	(DP)	M	(DP)
Álcool										
Nunca	33	60,0	83,9	(±17,1)	85,1	(±16,5)	78,6	(±20,2)	82,1	(±15,6)
1 vez ou menos/mês	8	14,5	68,8	(±27,4)	78,6	(±20,4)	67,2	(±29,4)	71,7	(±23,5)
2 a 4 vezes/mês	10	18,2	87,5	(±24,1)	81,4	(±19,7)	71,0	(±29,2)	78,3	(±22,3)
2 a 3 vezes/semana	4	7,3	87,5	(±15,0)	90,0	(±20,0)	81,9	(±18,4)	88,6	(±15,9)
4 a 7 vezes/semana	0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Tabaco										
Nunca	79	89,1	83,3	(±20,6)	83,7	(±17,8)	76,7	(±22,6)	80,9	(±17,9)
1 a 3 unidades/dia	1	1,8	90,0	-	71,4	-	45,0	-	64,2	-
4 a 10 unidades/dia	3	5,5	61,7	(±14,4)	80,0	(±21,6)	60,0	(±32,8)	67,7	(±24,2)
11 a 20 unidades/dia	2	3,6	95,0	(±7,1)	100,0	-	92,5	(±10,6)	95,8	(±6,0)
21 ou + unidades/dia	0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Exercício físico										
0 a 1 vez/semana	32	58,2	83,0	(±21,5)	82,1	(±19,4)	72,8	(±25,4)	78,7	(±20,1)
2 a 3 vezes/semana	14	25,5	78,2	(±20,8)	89,2	(±16,1)	82,9	(±19,7)	84,2	(±15,7)
4 a 7 vezes/semana	9	16,4	88,3	(±15,2)	81,9	(±12,8)	75,6	(±19,8)	80,6	(±15,1)
Grupos USF										
Não	54	98,2	82,3	(±20,4)	83,8	(±17,8)	75,7	(±23,4)	80,3	(±18,4)
Sim	1	1,8	100,0	-	85,7	-	82,5	-	87,4	-
Agravos prévios										
Não	34	31,8	83,1	(±19,8)	86,4	(±16,1)	78,6	(±21,8)	82,4	(±16,9)
Sim	21	38,2	81,9	(±21,7)	79,7	(±19,6)	71,3	(±25,2)	77,1	(±20,1)
Tipos de agravos										
Nenhum	34	61,8	83,1	(±19,8)	86,4	(±16,1)	78,6	(±21,8)	82,4	(±16,9)
Saúde Mental	8	14,5	78,1	(±24,2)	83,2	(±18,5)	73,8	(±26,6)	78,2	(±20,3)
Saúde Mental + Outros	7	12,7	77,9	(±23,2)	70,2	(±21,8)	65,7	(±27,5)	69,9	(±21,0)
Outros	6	10,9	91,7	(±16,0)	86,0	(±17,2)	74,6	(±23,9)	84,1	(±19,4)
Total	55	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-

A/ISP: Afetivo/Interação Social Positiva; DP: Desvio-padrão; E/I: Emocional/Informação; G: Global; M: Média; Mt: Material.

Os resultados relativos aos escores médios encontrados nas três dimensões de apoio social se assemelham a outro estudo nacional⁶ e, embora o instrumento utilizado em sua avaliação não apresente categorias quanto ao nível de percepção de apoio social (por exemplo em alta, moderada e baixa), podemos considerá-los relativamente elevados. No que se refere à ocorrência de sintomas depressivos, apesar da diversidade metodológica e amostral dos estudos, resultados aqui encontrados corroboram os achados nacionais¹⁵⁻¹⁹ e internacionais.²⁰⁻²⁵

A associação negativa entre apoio social e sintomas depressivos evidenciada neste estudo encontra uma base sólida na literatura nacional e internacional, principalmente em estudos com gestantes e puérperas, as quais se assemelham em termos da faixa-etária da amostra estudada.^{26,27} Uma pesquisa norte-americana sobre depressão pós-parto demonstrou que mulheres que relataram possuir dois ou mais amigos/parentes com quem pudessem contar apresentaram menor escore de depressão em relação àquelas que possuíam apenas uma ou nenhuma pessoa próxima.²⁸ No Brasil, um estudo observou que

quanto maior a pontuação na escala de percepção de suporte social, menor a pontuação na escala de depressão pós-parto de Edinburg.²⁹

Também foram encontrados resultados semelhantes em estudos com mulheres afro-americanas residentes em Detroit,³⁰ adolescentes norte-americanas,³¹ idosos brasileiros de ambos os sexos,³² noruegueses de ambos os sexos entre 20 e 89 anos³³ e holandeses de ambos os sexos entre 13 e 25 anos.³⁴ Estas evidências devem servir de alerta para os profissionais da atenção primária ao conduzirem suas avaliações de rotina, de modo a não negligenciar a influência da percepção de apoio social sobre a depressão e vice-versa.

Com relação aos achados entre as dimensões de apoio social e a variável renda, resultados semelhantes sugerem que indivíduos com poder aquisitivo maior tendem a ser mais independentes e autossuficientes em sua vida social, por isso, em situações de real necessidade percebem-se mais apoiados.⁶ Os resultados encontrados entre o estado civil e a percepção de apoio social Material, por sua vez, contrariam os achados da literatura nacional,⁶ podendo tal divergência estar relacionada com o expressivo crescimento da participação feminina no sustento do lar, de 22,2% em 2000 para 37,3% em 2010, colocando-as em uma posição de oferecer o suporte financeiro/material ao invés de recebê-lo.³⁵

Considerando o número de filhos e a percepção de apoio social, os resultados corroboram os achados de um estudo brasileiro no qual quanto maior o número de filhos relatado pelas participantes com idade entre 20 e 43 anos residentes no interior oeste do Estado de Santa Catarina, menor a percepção de apoio social nas dimensões Material ($r=0,28$; $p<0,05$), Afetivo/Interação Social Positivo ($r=0,38$; $p<0,01$) e Emocional/Informação ($r=0,32$; $p<0,05$). Os autores apontam que o maior número de filhos pode favorecer um aumento na busca por apoio, o que pode gerar ou não a resposta dos parentes próximos e amigos a esse pedido. E ainda que haja uma resposta positiva, esse retorno pode não ser considerado satisfatório devido ao número de tarefas exigidas pela maternidade.³⁶

A ausência de associações entre a percepção de apoio social e as características clínicas diverge de outro estudo nacional, o qual observou maior percepção de apoio social em participantes que praticavam atividades físicas/artísticas ou trabalho voluntário.⁶ A distribuição heterogênea das participantes entre as categorias de cada variável pode estar associada a este resultado inesperado.

Apesar do esforço deste estudo em enriquecer as discussões sobre o tema, cabe ressaltar que o tamanho reduzido e conveniente da amostra foram suas principais limitações, inviabilizando a generalização dos resultados para grupos de mulheres com características diferentes das apresentadas pela amostra. Além disso, a utilização de um instrumento de rastreamento permite afirmar apenas a presença de sintomas depressivos, sendo sugerido para futuras pesquisas o uso de avaliações diagnósticas que confirmem ou refutem a hipótese de transtornos do humor.

Conclusão

O ser humano se desenvolve em um contexto social mediado por diferentes relações ao longo da vida que podem ou não ser fontes de apoio e cuidado. Em vista disto, a associação entre vulnerabilidade no apoio social e problemas de saúde mental em mulheres sinaliza o quanto as equipes de saúde da atenção primária precisam estar atentas também à faixa etária adulto-jovem por se tratar de um período em que as exigências sociais se acumulam frente às atividades ocupacionais, acadêmicas e familiares.

Analisar a percepção do apoio social e a sintomatologia depressiva em mulheres jovens, conforme a proposta deste estudo, mostra-se relevante ao demonstrar que, independentemente vulnerabilidade específica (exemplo: gestantes e puérperas com bebês internados), estas mulheres requerem cuidado e acompanhamento mais próximo, pois podem estar em sofrimento velado. Essas informações podem ampliar o olhar e favorecer o desenvolvimento de ações de promoção à saúde no sentido de fortalecer as relações na comunidade, sobretudo o papel das unidades de saúde da família como uma fonte de apoio/suporte social.

Referências

1. Andrade CR. Associação entre apoio social e frequência relatada de auto-exame das mamas no Estudo Pró-Saúde [Dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2004. 67 p.
2. Bowling A. Measuring social networks and social support. In: Bowling A, ed. *Measuring health: a review of quality of life measurements scales*. 2nd ed. Buckingham: Open University Press; 1997. p. 91-109.
3. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med*. 1991;32(6):705-14. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-B](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-B)
4. Liu DG, Wang SS, Peng RJ, Qin T, Shi YX, Teng XY, et al. Interaction of social support and psychological stress on anxiety and depressive symptoms in breast cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2011;12(10):2523-9.
5. Due P, Holstein B, Lund R, Modvig J, Avlund K. Social relations: network, support and relational strain. *Soc Sci Med*. 1999;48(5):661-73. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00381-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00381-5)
6. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(3):703-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300004>
7. Thiengo DL, Santos JFC, Mason VC, Abelha L, Lovisi GM. Associação entre apoio social e depressão durante a gestação: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Colet*. 2011;19(2):129-38.
8. American Psychiatric Association (APA). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. 992 p.
9. Villano LAB, Nanhay ALG. Depressão: epidemiologia e abordagem em cuidados primários da saúde. *Rev Hosp Univ Pedro Ernesto*. 2011;10(2):10-20.
10. Kaplan HI, Sadock BJ, Greb JA. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7a ed. Porto Alegre: Artmed; 1997.
11. Linde K, Willich SN. How objective are systematic reviews? Differences between reviews on complementary medicine. *J R Soc Med*. 2003;96(1):17-22. PMID: 12519797 DOI: <http://dx.doi.org/10.1258/jrsm.96.1.17>
12. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiat*. 1961;4:561-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
13. Cunha JA. *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
14. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. New York: Academic Press; 1988.
15. Bromberger JT. A psychosocial understanding of depression in women: for the primary care physician. *J Am Med Womens Assoc*. 2004;59(3):198-206.
16. Ribeiro Dos Santos E, Huang H, Menezes PR, Scazufca M. Prevalence of Depression and Depression Care for Populations Registered in Primary Care in Two Remote Cities in the Brazilian Amazon. *PLoS One*. 2016;11(3):e0150046. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0150046>
17. Gonçalves DA, Mari Jde J, Bower P, Gask L, Dowrick C, Tófoli LF, et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(3):623-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00158412>

18. Gonçalves DM, Kapczinski F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(9):2043-53. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000900010>
19. Molina MRAL, Wiener CD, Branco JC, Jansen K, Souza LDM, Tomasi E, et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Rev Psiquiatr Clín*. 2012;39(6):194-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832012000600003>
20. Coyne JC, Fechner-Bates S, Schwenk TL. Prevalence, nature, and comorbidity of depressive disorders in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*. 1994;16(4):267-76. PMID: 7926703 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0163-8343\(94\)90006-X](http://dx.doi.org/10.1016/0163-8343(94)90006-X)
21. Mergl R, Seidscheck I, Allgaier AK, Möller HJ, Hegerl U, Henkel V. Depressive, anxiety, and somatoform disorders in primary care: prevalence and recognition. *Depress Anxiety*. 2007;24(3):185-95. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/da.20192>
22. Janosky JE, South-Paul JE, Lin CJ. Pain and depression in a cohort of underserved, community-dwelling primary care patients. *J Am Board Fam Med*. 2012;25(3):300-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.3122/jabfm.2012.03.080138>
23. Milanović SM, Erjavec K, Poljičanin T, Vrabec B, Brečić P. Prevalence of depression symptoms and associated socio-demographic factors in primary health care patients. *Psychiatr Danub*. 2015;27(1):31-7.
24. Holden KB, Bradford LD, Hall SP, Belton AS. Prevalence and correlates of depressive symptoms and resiliency among African American women in a community-based primary health care center. *J Health Care Poor Underserved*. 2013;24(4 Suppl):79-93.
25. Wong ST, Manca D, Barber D, Morkem R, Khan S, Kotecha J, et al. The diagnosis of depression and its treatment in Canadian primary care practices: an epidemiological study. *CMAJ Open*. 2014;2(4):E337-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.9778/cmajo.20140052>
26. Cankorur VS, Abas M, Berksun O, Stewart R. Social support and the incidence and persistence of depression between antenatal and postnatal examinations in Turkey: a cohort study. *BMJ Open*. 2015;5(4):e006456. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006456>
27. Ren J, Jiang X, Yao J, Li X, Liu X, Pang M, et al. Depression, Social Support, and Coping Styles among Pregnant Women after the Lushan Earthquake in Ya'an, China. *PLoS One*. 2015;10(8):e0135809. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0135809>
28. Surkan PJ, Peterson KE, Hughes MD, Gottlieb BR. The role of social networks and support in postpartum women's depression: a multiethnic urban sample. *Matern Child Health J*. 2006;10(4):375-83. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10995-005-0056-9>
29. Baptista MN, Baptista ASD, Torres ECR. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Psic*. 2006;7(1):39-48.
30. Israel BA, Farquhar SA, Schulz AJ, James SA, Parker EA. The relationship between social support, stress, and health among women on Detroit's East Side. *Health Educ Behav*. 2002;29(3):342-60.
31. Stice E, Ragan J, Randall P. Prospective relations between social support and depression: differential direction of effects for parent and peer support? *J Abnorm Psychol*. 2004;113(1):155-9. PMID: 14992668
32. Carneiro RS, Falcone E, Clark C, Del Prette Z, Del Prette A. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicol Reflex Crít*. 2007;20(2):229-37.
33. Grav S, Hellzèn O, Romild U, Stordal E. Association between social support and depression in the general population: the HUNT study, a cross-sectional survey. *J Clin Nurs*. 2012;21(1-2):111-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03868.x>
34. Landman-Peeters KM, Hartman CA, van der Pompe G, den Boer JA, Minderaa RB, Ormel J. Gender differences in the relation between social support, problems in parent-offspring communication, and depression and anxiety. *Soc Sci Med*. 2005;60(11):2549-59. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.10.024>
35. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo demográfico 2010. Famílias e Domicílios. Resultados da amostra. [Acesso 24 Jan 2016]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>
36. Vieira V, Vieira ML, Prado AB. Apoio social: percepção materna em contextos com diferentes graus de urbanização. *Estud Psicol (Natal)*. 2011;16(3):209-17.

Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool

Comparative Study between Health Care Units with and without Family Health Strategy using PCATool

Estudio comparativo de las unidades de salud con y sin la Estrategia Salud de la Familia a través PCATool

Julie Silvia Martins, Silvio Carlos Coelho Abreu, Michele Peixoto Quevedo, Monique Marie Marthe Bourget

Resumo

Objetivo: Comparar a presença e extensão dos atributos considerados essenciais e derivados da Atenção Primária em Saúde (APS) entre Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas na zona leste do município de São Paulo que desenvolvem a Estratégia Saúde da Família (ESF) e as UBS tradicionais. **Métodos:** Todos os médicos (a)s, enfermeiro (a)s e cirurgiões (ãs)-dentistas contratados pela APS Santa Marcelina, que atuam em UBS, foram convidados a participar da presente pesquisa. A coleta de dados foi realizada por meio do PCATool. **Resultados:** Foi encontrado um melhor desempenho das UBS com ESF em relação aos atributos longitudinalidade ($p=0,0330$), integralidade (serviços prestados) ($p=0,0011$), orientação comunitária ($p=0,0017$) e consequentemente no escore essencial (0,0327) e geral (0,0098), apontando na direção que o processo de trabalho na ESF favorece que tais atributos apresentem melhor desempenho. **Conclusão:** A Estratégia Saúde da Família tem favorecido agregar qualidade à Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave:

Atenção Primária à Saúde
Estratégia Saúde da Família
Avaliação de Serviços de Saúde
Avaliação em Saúde

Abstract

Objective: To compare the presence and extension of attributes that are considered essentials and derived from Primary Health Care (PHC) in Health Care Units (HCU) localized in the eastern region of the city of São Paulo, that work under the optic of Family Health Strategy (FHS) and the ones that do not, called traditional units. **Methods:** All the physicians, nurses and dentists, hired by the PHC Santa Marcelina institution, who work in these HCU were invited to participate in the study. The data collection was realized by the use of PCATool. **Results:** The results indicate a better performance of the HCU with FHCS with respect to the PHC attributes such as longitudinality ($p=0.0330$), integrality (of services offered) ($p=0.0011$), community orientation ($p=0.0017$) and consequently in the essential score (0.0327) and in general (0.0098). The scores lead us to infer that the work process in the FHCS offers a better setting for the development of these attributes. **Conclusion:** It can thus be concluded that HCU with FHCS aggregate more quality to Primary Health Care.

Keywords:

Primary Health Care
Family Health Strategy
Health Services Evaluation
Health Evaluation

Como citar: Martins JS, Abreu SCC, Quevedo MP, Bourget MMM. Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-13. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1252](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1252)

Fonte de financiamento: declaram não haver.

Parecer CEP: 418/10 (Secretaria Municipal da Saúde - CEP/SMS), aprovado em 07/12/2010.

Conflito de interesses: declaram não haver.

Procedência e revisão por pares: revisado por pares.
Recebido em: 16/12/2015.
Aprovado em: 26/09/2016.

Resumen

Objetivo: Comparar la presencia y extensión de los atributos esenciales considerados y derivados de Atención Primaria de Salud (APS) en Unidades Básicas de Salud (UBS), ubicado en la región oriental de Sao Paulo, que desarrollan la Estrategia Salud de la Familia (ESF) y UBS tradicional. **Métodos:** Todo los médicos(as), enfermeros(as), cirujanos(as)-dentistas contratados por APS Santa Marcelina, que trabajan en UBS fueron invitados a participar en esta investigación. La recolección de datos se realizó a través de PCATool. **Resultados:** un mejor desempeño se encontró de UBS con FSE en relación a los atributos longitudinalidad ($p=0,0330$), exhaustividad (servicios) ($p=0,0011$), orientación comunitaria ($p=0,0017$) y en consecuencia, la puntuación esencial (0,0327) y total (0,0098), que apunta en la dirección de que el proceso de trabajo en la ESF favorece tales atributos presentan un mejor rendimiento. **Conclusión:** La Estrategia de Salud Familiar ha favorecido la calidad de añadir a la atención primaria de salud.

Palabras clave:

Atención Primaria de Salud
Estrategia de Salud Familiar
Evaluación de
Servicios de Salud
Evaluación en Salud

Introdução

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata (1978)¹ foi um marco dentro da história da saúde, pois foi a primeira vez em que se assumiu mundialmente a saúde como “*um direito humano fundamental*”, propondo que a busca de melhores níveis de saúde fosse considerada “*a mais importante meta social mundial*” (p. 33). O referido documento também indica que os cuidados primários de saúde constituem o caminho para que esta meta seja atingida.

No Brasil, o direito universal à saúde foi garantido pela Constituição Brasileira em 1988² e, desde então, tornou-se o grande desafio a implementação prática da conquista legal.

A Política Nacional de Atenção Básica (2011)³ esclarece que a Atenção Primária à Saúde (APS) deve orientar-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social.

No cenário internacional, a APS é definida como o primeiro nível de atenção (acesso ao primeiro contato), caracterizando-se, principalmente, pela longitudinalidade, integralidade da atenção e a coordenação da assistência, dentro do próprio sistema de saúde, sendo interessante que também pudesse contar com características complementares como a orientação familiar e comunitária e competência cultural.⁴⁻⁶

Mas, até que ponto a APS atende a estes pressupostos?

Shi et al.⁴ desenvolveram um instrumento para avaliar os cuidados recebidos e/ou oferecidos na APS. O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool - *Primary Care Assessment Tool*) mede a presença e a extensão dos quatro atributos considerados essenciais (acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado) e dos três atributos considerados derivados (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural), possibilitando o cálculo de um escore para cada um dos atributos e para a APS como um todo. A avaliação baseia-se na mensuração de aspectos de estrutura, processos e resultados dos serviços de saúde.⁷ O PCATool permite a comparação do grau de orientação à APS dos diferentes serviços e dos diferentes modelos de atenção básica que coexistem (modelo tradicional e estratégia saúde da família).⁷

De acordo com Harzheim et al.,⁸ é fundamental diferenciar a APS da Atenção Mínima à Saúde. Harzheim e seus colaboradores se dedicaram a validar o instrumento para sua utilização no Brasil.⁹⁻¹²

Em um momento de grande expansão da Atenção Primária à Saúde no Brasil, principalmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), o objetivo do presente trabalho é comparar a presença e extensão

dos atributos considerados essenciais e derivados da APS em Unidades de Saúde que desenvolvem o modelo tradicional e Unidades de Saúde que desenvolvem a ESF, por meio do instrumento PCATool, considerando inclusive que ambos os modelos estão sendo desenvolvidos dentro da mesma região da cidade, portanto, em contextos parecidos.

Materiais e Métodos

O método utilizado foi o censo, em que todos os médicos(as), enfermeiros(as) e cirurgiões(ãs)-dentistas contratados pela APS Santa Marcelina que atuavam em Unidades Básicas de Saúde no município de São Paulo foram convidados a participar da pesquisa, independentemente de atuarem ou não na ESF.

Os dados foram coletados por meio do PCATool, em sua versão em português, obtida a partir do Manual publicado pelo Ministério da Saúde.⁷

Para a coleta dos dados, o PCATool foi enviado a cada um dos profissionais, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, explicitando os objetivos da pesquisa e a participação voluntária. Todo o material da pesquisa foi acondicionado em envelope, o qual deveria ser devolvido fechado, para manter o sigilo dos dados. O profissional que não se interessasse em participar da pesquisa poderia apenas colar o envelope e devolver, sem responder o questionário.

Os dados foram digitados e analisados no Programa EPI-INFO versão 3.3.2.

As possíveis respostas para as questões eram: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei/não lembro” (valor=9). Os escores dos atributos e de seus componentes foram calculados por meio da média aritmética simples dos valores das respostas. Tais valores foram transformados em escala de 0 a 10, conforme sugerido no manual do PCATool,⁷ para facilitar o entendimento do leitor e a comparação com resultados de outros estudos.¹³⁻¹⁶

O escore essencial foi calculado a partir da média aritmética dos atributos considerados essenciais (acesso, longitudinalidade, coordenação e integralidade). O escore geral foi calculado a partir da média aritmética de todos os atributos (além dos atributos essenciais, entram no cálculo os escores de orientação familiar e comunitária, que são considerados atributos derivados).

A princípio se pretendia realizar a comparação entre as médias por meio do teste *t-Student*, porém ao testar a suposição de normalidade por meio do teste de Shapiro-Wilk, conforme sugerido por Torman et al.,¹⁷ verificou-se que as variáveis a serem analisadas não apresentavam distribuição “Normal”. Optou-se, então, por utilizar o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis para se verificar possíveis diferenças estatisticamente significantes entre as médias dos escores obtidos para as Unidades de Saúde que desenvolvem a ESF e aquelas que desenvolvem o modelo tradicional, considerando a significância estatística quando $p < 0,05$.

Como as análises têm o objetivo de buscar possíveis diferenças entre os dois modelos de atenção, optou-se por retirar do banco de dados as Unidades mistas, ou seja, que desenvolvem diferentes modelos de atenção concomitantemente.

Pela extensão do instrumento optou-se em apresentar somente as variáveis com diferença estatisticamente significativa entre os dois modelos. Desta forma, as tabelas foram construídas a partir dos atributos, apresentando-se as variáveis referentes àquele atributo com diferença estatisticamente significativa.

A análise foi concluída com a apresentação do escore dos diferentes atributos obtidos nos dois modelos de atenção estudados, bem como o escore derivado e o escore geral, identificando aqueles com diferença estatisticamente significante.

O Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo por meio do parecer 418/10 CEP/SMS.

Resultados

Participaram da pesquisa 317 profissionais, porém, como se optou retirar as Unidades mistas, participaram da presente análise 56 profissionais que atuam em 7 Unidades de Saúde que desenvolvem o modelo tradicional e 243 profissionais que atuam em Unidades Básicas de Saúde que desenvolvem a ESF, envolvendo, portanto, a opinião de 299 profissionais que atuam na APS. Do total de participantes desta análise, 99 (33,1%) são médico(a)s, 154 (51,5%) enfermeiro(a)s e 44 (14,7%) cirurgiões dentistas, e 2 (0,7%) questionários não traziam esta informação.

A maioria dos profissionais participantes - 217 (72,6%) - era do sexo feminino, 65 (21,7%) do sexo masculino e 17 (5,7%) das fichas não apresentavam esta informação. A média de anos que os profissionais trabalham na Unidade Básica de Saúde tradicional é de 5,9 anos e na ESF 5,8, não apresentando diferença estatisticamente significante ($p=0,0761$).

Em relação ao acesso, os dados apresentados na Tabela 1 demonstram que as Unidades de Saúde tradicionais apresentaram horários de atendimento mais extensos, permanecendo mais frequentemente abertas até as 20 horas quando comparadas às Unidades de Saúde que desenvolvem a ESF ($p=0,0000$).

Tabela 1. Variáveis referentes à acessibilidade, longitudinalidade e coordenação (integração dos cuidados) que apresentaram diferença estatisticamente significante ($p<0,05$) entre as médias obtidas para as Unidades de Saúde que seguem o modelo tradicional (UBS) e as Unidades de Saúde que desenvolvem a Estratégia Saúde da Família (ESF). São Paulo, 2011.

Acesso de primeiro contato - Acessibilidade	Média ESF	Média UBS	p
A2 - Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20 hs?	1,76	4,53	0,0000
Longitudinalidade			
B1 - No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?	6,65	5,77	0,0145
B2 - Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?	8,87	9,52	0,0060
B7 - Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	7,44	6,13	0,0025
B8 - Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?	5,69	2,02	0,0000
B11 - Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?	4,76	3,89	0,0260
Coordenação (integração dos cuidados)			
C2 - Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?	7,40	6,37	0,0132

Em relação ao atributo longitudinalidade, entre as variáveis que apresentaram diferenças estatisticamente significantes, as Unidades de Saúde que desenvolvem a ESF tiveram média mais alta para as questões: ser acompanhado (a) pelo mesmo médico (a)/enfermeiro(a), conhecer mais o paciente como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde, saber com quem o paciente mora e qual o trabalho ou emprego do mesmo.

Quanto à integração dos cuidados, os profissionais que atuam na ESF afirmaram que discutem mais frequentemente com os pacientes sobre os diferentes serviços onde poderiam ser atendidos, de uma forma estatisticamente significativa.

Em relação à “coordenação - sistema de informações” nenhuma das variáveis apresentou diferença estatisticamente significativa entre o modelo tradicional e as Unidades de Saúde que desenvolvem a ESF, portanto, os dados não foram apresentados.

Quanto à integralidade, que considera os serviços disponíveis, a maioria das variáveis que apresentaram diferença estatisticamente significativa tiveram médias maiores para a ESF, exceto: avaliação de saúde bucal; tratamento dentário e aconselhamento para problemas de saúde mental. Estas apresentaram vantagem para o modelo tradicional de uma forma estatisticamente significativa, como pode ser observado na Tabela 2.

Tabela 2. Variáveis referentes à integralidade - serviços disponíveis que apresentaram diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre as médias obtidas para as Unidades de Saúde que seguem o modelo tradicional (UBS) e as Unidades de Saúde que desenvolvem a Estratégia Saúde da Família (ESF). São Paulo, 2011.

Integralidade - serviços disponíveis	Média ESF	Média UBS	p
E1 - Aconselhamento nutricional	8,04	6,43	0,0003
E2 - Imunizações	9,88	9,70	0,0416
E4 - Avaliação de saúde bucal	7,53	9,64	0,0000
E5 - Tratamento dentário	6,93	9,64	0,0000
E8 - Aconselhamento para problemas de saúde mental	7,90	8,69	0,0126
E11 - Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar)	6,83	5,30	0,0020
E12 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)?	6,69	4,70	0,0000
E16 - Aconselhamento sobre como parar de fumar	7,50	6,61	0,0412
E17 - Cuidados pré-natais	9,93	9,76	0,0094
E19 - Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma)	7,74	6,85	0,0408
E20 - Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair)	8,81	7,38	0,0001
E21 - Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama	9,41	8,57	0,0005
E22 - Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos)	7,40	6,07	0,0072

Em relação à integralidade dos serviços prestados, todas as variáveis que apresentaram diferença estatisticamente significativa tiveram melhores médias entre os profissionais que desenvolvem a ESF, como pode ser observado na Tabela 3. A média geral do atributo integralidade (serviços prestados) também se apresentou maior em Unidades que desenvolvem a ESF, de uma forma estatisticamente significativa, como pode ser observado na Tabela 5.

Em relação ao atributo “orientação familiar”, embora em todas as questões a média das Unidades de Saúde que desenvolvem a ESF fosse mais alta, nenhuma variável apresentou diferença estatisticamente significativa e, portanto, os dados não foram apresentados.

Quanto à orientação comunitária (Tabela 4), das seis variáveis estudadas, quatro apresentaram significância estatística a favor da ESF, bem como o atributo como um todo (Tabela 5).

Tabela 3. Variáveis referentes à integralidade - serviços prestados que apresentaram diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre as médias obtidas para as Unidades de Saúde que seguem o modelo tradicional (UBS) e as Unidades de Saúde que desenvolvem a Estratégia Saúde da Família (ESF). São Paulo, 2011.

Integralidade - serviços prestados	Média ESF	Média UBS	p
F1 - Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente	9,44	8,67	0,0029
F2 - Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança.	8,92	7,09	0,0000
Perguntas F3 - F13 se aplicam apenas a adultos (18 anos e acima). "Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes?"			
F3 - Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura	6,94	5,25	0,0011
F4 - Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando	7,89	6,88	0,0090
F5 - Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados	8,69	8,03	0,0322
F6 - Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol	9,15	8,26	0,0324
F7 - Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando	9,45	8,91	0,0172
F10 - Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente	7,60	5,65	0,0005
F11 - Como prevenir quedas	8,19	7,15	0,0121
F12 - Prevenção de osteoporose em mulheres	8,35	6,87	0,0088
F13 - Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa	8,61	7,45	0,0360
Perguntas F14 - F15 se aplicam apenas a crianças. "Os seguintes assuntos são discutidos com a criança e pais/responsável?"			
F15 - Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária	8,99	8,12	0,0145

Tabela 4. Variáveis referentes à orientação comunitária que apresentaram diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre as médias obtidas para as Unidades de Saúde que seguem o modelo tradicional (UBS) e as Unidades de Saúde que desenvolvem a Estratégia Saúde da Família (ESF), São Paulo, 2011.

Orientação comunitária	Média ESF	Média UBS	p
H1 - Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?	9,96	9,31	0,0000
H2 - Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?	8,78	7,05	0,0000
H3 - Seu serviço de saúde ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	8,96	8,05	0,0004
H6 - Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários)	9,31	8,62	0,0027

Tabela 5. Escores médios obtidos para cada um dos atributos da Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos profissionais contratados pela APS Santa Marcelina que atuam em Unidades de Saúde que desenvolvem o modelo tradicional (UBS) e em Unidades de Saúde que desenvolvem a Estratégia Saúde da Família (ESF). São Paulo, 2011.

Dimensão	ESF	UBS	p	Significância estatística
Acessibilidade	3,97	3,95	0,5885	
Longitudinalidade	7,00	6,56	0,0330	*
Coordenação (integração dos cuidados)	7,06	7,02	0,9176	
Coordenação (sistema de informações)	8,27	8,02	0,6913	
Integralidade (serviços disponíveis)	7,35	7,12	0,0932	
Integralidade (serviços prestados)	8,12	7,11	0,0011	*
Orientação familiar	8,50	8,08	0,1666	
Orientação comunitária	8,18	7,46	0,0017	*
Escore essencial	6,96	6,63	0,0327	*
Escore geral	7,31	6,89	0,0098	*

* Apresentou diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Considerando os diferentes atributos da APS abordados no presente estudo, a longitudinalidade, a integralidade (serviços prestados) e a orientação comunitária na perspectiva dos profissionais apresentaram melhor desempenho em Unidades de Saúde que desenvolvem a ESF, de uma forma estatisticamente significativa, como pode ser observado na Tabela 5.

O Escore essencial (média aritmética dos escores dos atributos considerados essenciais), bem como o escore geral (média aritmética dos escores de todos os atributos) também apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os dois modelos estudados, apontando um melhor desempenho das Unidades de Saúde que desenvolvem a ESF.

Os resultados apontam que o atributo “acesso” teve uma média muito baixa e não apresentou diferença estatisticamente significativa entre as Unidades de Saúde que desenvolvem o modelo tradicional e aquelas que desenvolvem a ESF, como pode ser observado na Tabela 5.

O acesso foi o único atributo que apresentou média inferior a 6,6, nos dois modelos de atenção.

Discussão

Embora em outros estudos os questionários do PCATool sejam aplicados por entrevistadores, avaliou-se que tal metodologia poderia inibir o participante a dar a resposta que julgasse mais adequada, por ser necessário compartilhá-la com uma outra pessoa, considerando-se principalmente tratar-se de uma pesquisa institucional. Desta forma, preferiu-se entregar o questionário ao colaborador para que o mesmo pudesse preenchê-lo de acordo com o que julgasse mais adequado, entregando o envelope lacrado, procurando resguardar o sigilo.

Para Macinko e Harzheim¹² o PCATool, enquanto ferramenta, aponta os pontos fracos, indicando o que e onde há necessidade de melhorias, favorecendo a construção de metas direcionadas às fragilidades encontradas, funcionando como um verdadeiro instrumento de gestão da APS.

Cabe esclarecer que entre os objetivos que nortearam o desenvolvimento da pesquisa também foi a possibilidade de utilizar os resultados na gestão dos serviços envolvidos, uma vez que a análise minuciosa obtida por meio da aplicação do PCATool possibilitou identificar os aspectos que precisariam ser melhorados. Desta forma, foram construídos relatórios com dados agregados por Unidade de Saúde que foram discutidos com as gerências locais, buscando-se aperfeiçoar o modelo.

Os autores^{13,15,16,18} costumam transformar os escores obtidos em valores de (0) zero a 10 (dez), considerando valores inferiores a 6,6 como baixo escore e valores iguais ou superiores a 6,6 como alto escore. Castro et al.¹⁶ justificam este ponto de corte (6,6) por corresponder, na escala de 1 a 4, ao escore 3 (“provavelmente sim”). O único atributo que recebeu média inferior a 6,6 nas duas modalidades de assistência básica avaliadas foi o acesso.

A falta de acesso também foi identificada por Macinko et al.,¹⁹ em Petrópolis; Elias et al.,²⁰ no município de São Paulo; Chomatas,¹⁵ em Curitiba; Castro et al.,¹⁶ em Porto Alegre e van Stralen et al.,²¹ em Goiás. De acordo com Elias et al.,²⁰ tais achados provavelmente indicam dificuldades estruturais na oferta de serviços, muito além da organização interna das unidades.

No presente estudo, a única questão relativa ao acesso que apresentou diferença estatisticamente significativa entre as duas modalidades avaliadas diz respeito ao serviço estar aberto pelo menos em

alguns dias da semana até as 20 hs. A diferença foi a favor do modelo tradicional, ficando evidente que resolver esta questão passa necessariamente por mais investimentos financeiros para ampliar o horário de atendimento, favorecendo o acesso aos trabalhadores.

Pode-se considerar o acesso como o atributo prioritário, pois, uma vez que não esteja presente, inviabiliza a consecução dos demais atributos.

A Política Nacional de Atenção Básica,³ ao descrever os fundamentos e diretrizes, aponta a necessidade de realizar a adscrição dos usuários, desenvolver a responsabilização entre as equipes e a população adscrita, bem como estabelecer relações de vínculo, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

Entre as variáveis que procuraram acessar o escore do atributo longitudinalidade, quase todas que apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os dois modelos de atenção apresentaram melhor desempenho na ESF (Tabela 1), indicando que na opinião dos profissionais que a equipe de saúde da família apresenta maior vínculo com o usuário (conhece mais o paciente como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde, sabe com quem o paciente mora e qual o seu trabalho ou emprego). Mas também é preciso se atentar ao fato de que, apesar do melhor desempenho da ESF, as questões com quem o paciente mora e onde é seu trabalho ou emprego apresentaram baixo escore (<6,6) nos dois modelos de atenção.

Macinko et al.,¹⁹ Ibañez et al.²² e Chomatas,¹⁵ ao aplicarem o PCATool, também identificaram diferenças estatisticamente significantes no escore do atributo longitudinalidade entre as Unidades de Saúde tradicionais e as Unidades de Saúde que desenvolvem a ESF.

Uma possível explicação para essas diferenças seria que a organização do processo de trabalho no PSF favorece a longitudinalidade, pois os profissionais que trabalham na ESF têm um contato mais próximo com seus pacientes em decorrência de atendê-lo em consultas subsequentes, discutir os casos em reunião de equipe, ter contato com estes pacientes em grupos e outras atividades promovidas pela Unidade de Saúde, realizar visitas domiciliares, favorecendo, desta forma, o vínculo como ser humano e não apenas na relação profissional médico-paciente.

O escore do atributo longitudinalidade como um todo apresentou um desempenho melhor na ESF, quando comparado ao modelo tradicional (Tabela 5).

Em relação à coordenação (integração dos cuidados), a única variável que apresentou diferença estatisticamente significativa entre os dois modelos foi a que procurou verificar se o profissional discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos. A média mais alta foi encontrada nas Unidades que desenvolvem a ESF, indicando que estes profissionais dão mais opções de locais de atendimento ao paciente.

Macinko et al.,¹⁹ Cunha,¹⁸ Gonçalves¹⁴ e Chomatas¹⁵ também não encontraram diferença estatisticamente significantes entre os dois modelos de atenção para o atributo coordenação (integração dos cuidados).

Em relação à coordenação do cuidado, um aspecto que apresentou média baixa em ambos os modelos, mas que não foi disponibilizado na tabela, pois não apresentou diferença estatisticamente significativa entre os modelos estudados, refere-se à informação recebida do especialista a respeito do paciente encaminhado (contrarreferência).

A média apontada pelos profissionais que desenvolvem a ESF foi 3,33 e daqueles que trabalham em UBS foi de 4,23, demonstrando nítida insatisfação dos profissionais em relação às informações recebidas da contrarreferência, indicando a necessidade da gestão trabalhar a questão das relações interinstitucionais, estabelecendo protocolos que possibilitem dar mais informações aos profissionais que atuam na Atenção Básica a respeito de seus pacientes, para que os mesmos possam dar continuidade ao atendimento deste paciente.

No atributo coordenação (sistema de informação), nenhuma questão apresentou diferença estatisticamente significativa entre os dois modelos de atenção, situação esta encontrada por outros autores.^{15,16,18,19,22}

Em relação ao atributo integralidade - serviços disponíveis, verificou-se diferença estatisticamente significativa em vários aspectos, como pode ser observado na Tabela 2. O que se observa é que as Unidades de Saúde tradicionais apresentam vantagem em relação à saúde bucal (avaliação e tratamento dentário) e aconselhamento para problemas de saúde mental.

As Unidades de Saúde que desenvolvem a ESF apresentaram melhor desempenho nos itens: aconselhamento nutricional; imunização; aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair); orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama; orientações caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões; aconselhamento sobre como parar de fumar; cuidados pré-natais.

Também se destaca na identificação de problemas visuais e auditivos e inclusão em programas de suplementação alimentar, como pode ser observado na Tabela 2. Tais resultados apontam um desempenho melhor da ESF em práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Em relação à saúde bucal, dados do Datasus²³ indicam que, em março de 2011, o município de São Paulo contava com 1.308 cirurgiões-dentistas clínicos gerais atuando em Unidades de Saúde tradicionais e 213 cirurgião-dentista atuando na estratégia de saúde da família. Então, é esperado que uma maior proporção de Unidades de Saúde tradicionais desenvolvessem ações de saúde bucal do que aquelas que desenvolvem a ESF.

Em relação aos dados apresentados na Tabela 2, referentes ao atributo “integralidade - serviços disponíveis”, sobre orientações e aconselhamentos, com exceção do aconselhamento para problemas de saúde mental, todos os demais apresentaram vantagem para a ESF quando comparados à Unidade de Saúde tradicional, de uma forma estatisticamente significativa.

O mesmo pode ser observado na Tabela 3, na qual são apresentados os dados referentes à “integralidade - serviços prestados”, em que as variáveis pesquisadas relacionam-se de uma forma marcante às ações de orientação e prevenção; em todos os casos que se observou uma diferença estatisticamente significativa, a vantagem se apresentou relacionada à ESF.

Os achados das Tabelas 2 e 3 parecem indicar que a ESF favorece o desenvolvimento de ações educativas e preventivas, corroborando com os achados de Harzheim & Álvarez-Dardet²⁴ e Gonçalves.¹⁴

O atributo integralidade - “serviços disponíveis” não apresentou diferença estatisticamente significativa entre os dois modelos estudados (Tabela 5), resultado este também encontrado por outros autores,^{16,18,19}

porém, o atributo integralidade - “serviços prestados” apresentou um desempenho melhor nas Unidades de Saúde que desenvolvem a ESF, concordante ao encontrado por outros autores.^{15,16,22}

Conill,²⁵ utilizando metodologia qualitativa, procurou avaliar a APS a partir do Programa Saúde da Família em Florianópolis. A autora também observou dificuldades no acesso e efeitos positivos em relação à integralidade da atenção, corroborando com os achados da presente pesquisa.

Em relação ao atributo “orientação comunitária”, quatro variáveis apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os modelos de atenção, com vantagem para a ESF. Tais variáveis versavam sobre a realização de visitas domiciliares, o conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade, se o serviço de saúde ouve as opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde e a participação popular no Conselho Local de Saúde.

O atributo “orientação comunitária” apresentou um desempenho como um todo melhor na ESF de uma forma estatisticamente significativa, achado este que corrobora com o achado de outros autores.^{14-16,18,21,22,24} De uma maneira geral, este resultado já era o esperado, tendo em vista que todo o processo de trabalho da ESF é voltado para que a Equipe estabeleça relação/vínculo com a comunidade atendida, considerando a presença dos Agentes Comunitários de Saúde, o cadastro, o processo de territorialização, o Sistema de Informação, o estímulo à participação social, entre outros.

O que chama a atenção, no sentido positivo, é o fato da UBS tradicional apresentar uma média 9,31 para a pergunta: “Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?” apontando que as Unidades de Saúde tradicionais estão caminhando nesta direção, ou seja, oferecendo cuidados domiciliares e se aproximando de uma característica das Unidades com ESF, trazendo, é claro, inúmeros benefícios aos cidadãos.

Os escores dos diferentes atributos, exceto o acesso, se apresentaram maiores ou iguais a 6,6, tanto em Unidades que desenvolvem a ESF como nas Unidades de Saúde tradicionais, conforme pode ser observado na Tabela 5. Escores maiores ou iguais a 6,6, conforme apontado anteriormente, são classificados por diferentes autores como alto escore, significando que tais atributos encontram-se presentes em extensão adequada. Sob este ponto de vista, a situação se apresenta bastante favorável aos serviços analisados, mas é preciso considerar, de acordo com Elias et al.,²⁰ que a percepção dos profissionais é sempre melhor que a dos usuários, fato constatado também por van Stralen et al.²¹

Os atributos longitudinalidade, integralidade (serviços prestados) e a orientação comunitária apresentaram melhor desempenho na ESF (Tabela 5), o que permitiu que a ESF apresentasse um desempenho melhor no escore essencial, achado este concordante ao encontrado por outros autores^{15,16} e também no escore geral, indicando uma maior consolidação dos atributos da APS na Estratégia Saúde da Família, corroborando com os achados de outros autores.^{15,16,18,24} Facchini et al.,²⁶ utilizando outra metodologia, também encontraram melhores resultados nas Unidades de Saúde que desenvolvem a Estratégia Saúde da Família.

Segundo Macinko et al.,¹⁹ o PSF se apresenta melhor do que as Unidades de Saúde tradicionais em alguns aspectos, mas não de forma generalizada em todas as dimensões dos cuidados primários e foi exatamente o que se constatou na presente pesquisa.

O fato de ambos os modelos estarem sendo desenvolvidos na mesma região do município e também estarem sob a responsabilidade da mesma parceira da prefeitura (APS Santa Marcelina) favoreceu o desenvolvimento da pesquisa e de possíveis comparações entre os modelos estudados.

Considera-se como uma limitação do presente estudo envolver apenas a opinião dos profissionais, indicando-se a realização de novos estudos nos quais seja possível obter a opinião dos usuários.

Recomenda-se a realização de estudos que possam avaliar a relação entre a presença e extensão dos atributos da APS e níveis de saúde das respectivas comunidades, conforme sugerido por Harzheim et al.,⁸ para que se possa aprofundar o conhecimento sobre esta relação e suas consequências.

Considerações finais

O presente estudo apontou um bom desempenho tanto dos atributos considerados essenciais como dos atributos considerados derivados da APS (escore $\geq 6,6$), medidos por meio do PCATool, em ambos os modelos de atenção/assistência, com exceção do acesso, que não apresentou bom desempenho em nenhum dos modelos.

Tais achados apontam que a APS Santa Marcelina, na região, vem sendo construída atendendo aos pressupostos considerados essenciais, bem como aos derivados, necessitando porém de maiores investimentos para garantir o acesso à toda a população, principalmente aos trabalhadores, oferecendo acesso aos mesmos em horários diferenciados.

O melhor desempenho da ESF nos atributos longitudinalidade, integralidade (serviços prestados) e orientação comunitária e, conseqüentemente, no escore geral, aponta na direção de que o processo de trabalho na ESF favorece que tais atributos apresentem melhor desempenho, concluindo-se, portanto, que a Estratégia Saúde da Família tem favorecido agregar qualidade à Atenção Primária à Saúde.

Referências

1. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. (Série B. Textos Básicos em Saúde). [acesso 2015 Ago 14]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Rideel; 1999.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial União; 2011.
4. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J Fam Pract.* 2001;50(2):161-75.
5. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2004.
6. Starfield B, Shi L. Manual for the primary care assessment tools. Baltimore: Johns Hopkins University; 2009. [acesso 2015 Set 25]. Disponível em: http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca_tools.html
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
8. Harzheim E, Stein AT, Álvarez-Dardet C. A efetividade dos atributos da atenção primária sobre a saúde infantil. *Bol Saúde.* 2004;18(1):23-40.

9. Harzheim E, Stein AT, Álvarez-Dardet C, Cantero MTR, Kruse CK, Vidal TB, et al. Revisão sistemáticas sobre aspectos metodológicos das pesquisas em atenção primária no Brasil. *Rev AMRIGS*. 2005;49(4):248-52.
10. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(8):1649-59. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800013>. PMID:16832536
11. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CR, Gonçalves MR, Trindade TG, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Serv Res*. 2006;6:156.
12. Macinko J, Harzheim E. Instrumento de Avaliação da Atenção Primária - sua utilização no Brasil - Entrevista. *Rev Bras Saúde Fam*. 2007;14:4-7.
13. Oliveira MMC. Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre: uma análise agregada [Dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
14. Gonçalves MR. Associação entre a qualidade da atenção primária à saúde e o processo de atenção aos portadores de diabetes mellitus adscritos aos serviços de saúde em Porto Alegre. [Dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
15. Chomatas ERV. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008 [Dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
16. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Ducan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(9):1772-84. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900015>.
17. Torman VBL, Coster R, Riboldi J. Normalidade de variáveis: métodos de verificação e comparação de alguns testes não-paramétricos por simulação. *Rev HCPA*. 2012;32(2):227-34.
18. Cunha CRH. Percepção da qualidade da atenção à saúde infantil pelos médicos e enfermeiros: comparação entre o programa saúde da família e o modelo tradicional [Dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.
19. Macinko J, Almeida C, dos SE, de Sá PK. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int J Health Plann Manage*. 2004;19(4):303-17. <http://dx.doi.org/10.1002/hpm.766>. PMID:15688875
20. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Junior A, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(3):633-41. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300012>
21. van Stralen CJ, Belisário SA, van Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(suppl.1):148-58. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300019>
22. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(3):683-703. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300016>
23. Brasil. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES Recursos Humanos - profissionais - indivíduos - segundo CBO 2002 - São Paulo. [Acesso 2015 Ago 7]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/prid02sp.def>
24. Harzheim E, Álvarez-Dardet C. Evaluación de la atención a la salud infantil de Programa Saúde da Família em la región sur de Porto Alegre, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2007;3(9):60-1.
25. Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(suppl.):191-202. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700019>
26. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(3):669-81. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300015>

Julie Silvia Martins. Atenção Primária à Saúde Santa Marcelina.
São Paulo, SP, Brasil. julie@aps.santamarcelina.org
(*Autora correspondente*)

Silvio Carlos Coelho Abreu. Atenção Primária à Saúde Santa Marcelina.
São Paulo, SP, Brasil. silvioabreu@aps.santamarcelina.org.br

Michele Peixoto Quevedo. Atenção Primária à Saúde Santa Marcelina.
São Paulo, SP, Brasil. michele@aps.santamarcelina.org

Monique Marie Marthe Bourget. Atenção Primária à Saúde Santa Marcelina.
São Paulo, SP, Brasil. monique@santamarcelina.org

Aspectos da regulação em saúde na visão de equipes de saúde da família de um município de pequeno porte

Aspects of healthcare regulations according to family health teams in a small city

Aspectos de la regulación de la salud en la visión de los equipos de salud de la familia de una ciudad pequeña

Janise Braga Barros Ferreira, Daniela Cacilda Caldas, Luciane Loures dos Santos, Luciana Cisoto Ribeiro, Lucieli Dias Pedreschi Chaves

Resumo

Objetivos: Identificar a visão de equipes da Estratégia Saúde da Família acerca do processo de regulação em saúde e caracterizar seus instrumentos quanto ao conteúdo informacional e sua utilização pela equipe. **Métodos:** Estudo de caráter descritivo, quantitativo e apoiado em fontes primária e secundária de dados, realizado em um município de pequeno porte. Foi aplicado um questionário aos profissionais de equipes de saúde da família, em 2012, com conteúdo referente ao processo de regulação em saúde e analisadas características de completude e legibilidade de informações registradas nas guias de referência às especialidades médicas. **Resultados:** Os profissionais da saúde da família relataram incertezas sobre a proposta conceitual e operativa do sistema de regulação em saúde. Apenas 50% dos participantes conheciam todos os serviços especializados de referência da rede de saúde. Cerca de 70% informaram a existência de protocolos na rede e/ou nas unidades de saúde. Houve prejuízo na completude e na legibilidade de informações das guias de referência. **Conclusão:** Os achados da pesquisa ratificaram a estreita relação entre o processo regulatório assistencial e a gestão da informação, bem como a importância da participação do profissional da saúde da família no mecanismo de regulação em saúde.

Abstract

Objectives: To identify the opinion of Family Health Strategy teams about the healthcare regulation process and describe their instruments concerning the informational content and its use by the team. **Methods:** A descriptive, quantitative study, supported by primary and secondary data sources and held in a small city. A questionnaire was administered to professionals of family health teams in 2012, with content referring to the regulation process in healthcare and completeness characteristics and readability of the information recorded in charts to medical specialties were analyzed. **Results:** The family health professionals reported uncertainty about the conceptual and operational proposal of the healthcare regulation system. Only 50% of the subjects knew about all the reference specialized services in the healthcare system. About 70% reported the existence of protocols in the network and/or in healthcare facilities. There were problems in the completeness and readability of information in medical charts. **Conclusion:** The research findings have ratified the close relationship between the healthcare regulatory process and information management, as well as the importance of the participation of family health professionals in the regulation mechanism in healthcare.

Palavras-chave:

Regulação e Fiscalização em Saúde
Gestão da Informação
Estratégia Saúde da Família
Cidades Pequenas
Protocolos Clínicos

Keywords:

Health Care Coordination and Monitoring
Information management
Family Health Strategy
Small cities
Clinical protocols

Fonte de financiamento: declaram não haver.

Parecer CEP: 454/CEP-CSE-FMRP-USP (FMRP-USP), aprovado em 12/08/2011

Conflito de interesses: declaram não haver.

Procedência e revisão por pares: revisado por pares.
Recebido em: 05/08/2015.
Aprovado em: 16/11/2016.

Como citar: Ferreira JBB, Caldas DC, Santos LL, Ribeiro LC, Chaves LDP. Aspectos da regulação em saúde na visão de equipes de saúde da família de um município de pequeno porte. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-12. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1188](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1188)

Resumen

Objetivos: Identificar la visión de equipos de la Estrategia de Salud Familiar acerca del proceso de regulación en salud y caracterizar sus instrumentos con respecto al contenido informativo y su uso por parte del equipo. **Métodos:** Estudio descriptivo, cuantitativo, basado en fuentes de datos primarios y secundarios, realizado en una ciudad pequeña. Se aplicó un cuestionario a los profesionales de los equipos de la estrategia de salud familiar en el 2012, con contenidos relacionados con el proceso de regulación en la salud y se analizó la integridad de las características y la legibilidad de la información registrada en las guías de referencia a las especialidades médicas. **Resultados:** Los profesionales de la Estrategia de Salud Familiar informaron incertidumbres acerca de la propuesta conceptual y del procedimiento funcional del sistema de regulación en salud. Sólo el 50% de los participantes conocía todos los servicios especializados de la red de salud. Aproximadamente el 70% informó la existencia de protocolos en la red y/o en los centros de salud. Hubo daños en la plenitud y legibilidad de la información de las guías de referencia. **Conclusión:** Los hallazgos de la investigación han ratificado la estrecha relación entre el proceso de la regulación asistencial y la gestión de la información, y la importancia de la participación del profesional de la estrategia de salud familiar en el mecanismo de regulación en salud.

Palabras clave:

Regulación y
Fiscalización en Salud
Gestión de la Información
Estrategia de Salud Familiar
Ciudades Pequeñas
Protocolos Clínicos

Introdução

Os países desenvolvidos, ao discutirem o desempenho dos sistemas de saúde e diferentes possibilidades organizacionais, enfatizaram os modelos centrados na Atenção Primária à Saúde (APS) influenciados pela Conferência de Alma Ata e isso refletiu no Brasil.¹

Com o Sistema Único de Saúde (SUS), reforça-se o entendimento de que o mais importante para melhorar a condição de vida da população não é a assistência individual focada na cura, mas sim na promoção da qualidade de vida enfatizando a saúde e não a doença.²

Entretanto, em função da descentralização do SUS, muitos municípios possuem dificuldades para atingir as metas da APS, entre outros motivos, pelo fato de haver uma pequena capacitação para a gestão da saúde, pela falta de recursos financeiros e/ou ineficiência em sua aplicação, bem como indefinição do modelo de atenção à saúde que se deseja implantar, refletido na cultura curativista arraigada nos serviços de saúde.¹

Neste sentido, o Governo Federal vem adotando ações para fortalecer a APS. Em 1994, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa Saúde da Família (PSF), reconhecido como “um marco na incorporação da estratégia de atenção primária na política de saúde brasileira”.³ Inicialmente, o PSF foi criado para ampliar a cobertura da APS nas áreas de risco, porém, por seus resultados satisfatórios, adquiriu centralidade na política pública de saúde.¹

A Saúde da Família deixou de ser programa para se tornar a Estratégia da Saúde da Família (ESF) em 2006, traduzindo-se em um mecanismo para fortalecer o sistema de saúde, tornando-se o contato preferencial do usuário com o SUS.⁴

A ESF, em sintonia com a APS, possui diretrizes organizativas fundamentais: conhecer as famílias do seu território para identificar os problemas de saúde mais prevalentes e as situações de risco existentes na comunidade; incentivar a comunidade a participar de ações de prevenção e de promoção à saúde; ofertar assistência integral às famílias e incentivar a corresponsabilização no cuidado à saúde junto à comunidade.³

No que diz respeito à coordenação do cuidado quanto ao acesso aos pontos da rede de saúde, por meio da referenciamento, destaca-se a potência da ação regulatória da APS.⁵ Esta ação na Rede de Atenção à Saúde (RAS) é essencial à continuidade da atenção prestada à população, e sem ela fica difícil

se atingir a integralidade. Nos casos eletivos, esta ação, preferencialmente, se inicia na APS/ESF. Assim, a ESF necessita integrar a RAS, interligando-se aos seus demais pontos e com eles estabelecendo uma comunicação/articulação efetiva, lançando mão de vários instrumentos, dentre os quais destacam-se os protocolos clínicos e regulatórios. Entende-se por protocolos clínicos aqueles que descrevem a prática da assistência à saúde, baseada em evidências para subsidiar as decisões terapêuticas, enquanto que os protocolos regulatórios são instrumentos de ordenação dos fluxos.⁶

O papel da equipe da ESF é muito importante para a regulação do acesso, pois é ela que vai, na maioria das vezes, direcionar o usuário na RAS, determinando inclusive a utilização dos recursos humanos e tecnológicos, o que exige referências responsáveis e elucidativas. Assim, a expansão da ESF tem propiciado o maior exercício da ação regulatória pela atenção primária e pela gestão municipal.²

Por outro lado, se não houver um sistema de referência e contrarreferência* a contento que permita o encaminhamento recíproco dos pacientes entre os diferentes pontos da rede de saúde, a continuidade do atendimento na APS pode ficar comprometida, com repercussão desfavorável tanto para o paciente quanto para o sistema de saúde. Quando se particulariza a situação de saúde dos municípios de pequeno porte, a ação regulatória torna-se ainda mais necessária, pela dependência de recursos financeiros e humanos das demais esferas governamentais e porque a maioria desses territórios não possui todos os serviços, ou seja, carecem do bom funcionamento da RAS para a garantia da integralidade do acesso às ações de saúde.¹

Do ponto de vista informacional, percebe-se a estreita ligação da ação regulatória com a qualidade da informação em saúde. Tem-se nos conteúdos informacionais dos instrumentos de regulação a possibilidade desta ação ser fundamentada nos princípios basilares do SUS, a integralidade, a equidade e a humanização.

É preciso registrar que o conteúdo informacional das guias de referência (GR), de contrarreferência (GCR) e dos protocolos pode ser considerado a matéria-prima da ação regulatória.⁶ É com base nas informações registradas nesses documentos que se procede à análise dos problemas de saúde e se decide qual a melhor opção terapêutica para cada caso, em função da priorização de risco/necessidade.⁵ Tem-se clareada a importância destes instrumentos na regulação e, conseqüentemente, o papel das equipes de saúde responsáveis pela elaboração dos mesmos para que esse processo seja completo e resolutivo.

Neste momento, põe-se em evidência a potencial contribuição da Ciência da Informação (CI) para todo o processo regulatório agregando qualidade, principalmente, por deter conhecimentos acerca da gestão informacional e documental.⁷ A CI é o campo do conhecimento que se ocupa em investigar as propriedades e o comportamento da informação, a coordenação de seus fluxos e processamento, com a finalidade de otimização de sua acessibilidade e emprego.⁸

A viabilização de todos os processos pelos quais a informação precisa percorrer para ser interpretada e utilizada denota claramente a magnitude da CI e, mais especificamente, sua contribuição para o processo de tomada de decisão no setor saúde. É certo que a gestão adequada das informações em saúde, no SUS, além de proporcionar um melhor atendimento clínico do usuário, também possibilita o acesso mais organizado e oportuno aos pontos da rede atenção, favorecendo a utilização eficiente dos recursos disponíveis.

Destarte, o estudo da problemática regulatória focado, principalmente, na atuação das equipes da saúde da família suscita inquietações sobre o seu conhecimento a respeito desta temática, na medida em que se considera imprescindível o desempenho do profissional da atenção primária como agente regulador.

A equipe da ESF é quem direciona, na maioria das vezes, o usuário para os demais pontos da rede de atenção, influenciando diretamente na utilização de recursos humanos e tecnológicos, o que requer referências responsáveis e elucidativas. Deste modo, surge o questionamento de qual seria a percepção da equipe de saúde da família sobre o mecanismo de regulação em saúde, considerando o cenário de um município de pequeno porte e a rede de atenção à saúde local e regional.

Trata-se de temática pouco discutida nos âmbitos do SUS e acadêmico, o que pode ser constatado pela pequena produção técnica e científica disponível.⁹ A relevância deste estudo também se reflete no fato de sua proposição analítica fundar-se na perspectiva da Saúde Pública e da CI, ou seja, um estudo baseado na interdisciplinaridade ensejando aumentar as possibilidades de compreensão do objeto investigado, na medida em que integra conhecimentos destas áreas.

O estudo teve como objetivos identificar a visão das equipes da ESF acerca do processo de regulação do acesso assistencial e caracterizar instrumentos de regulação em saúde quanto ao seu conteúdo informacional e utilização pela equipe da ESF.

Métodos

O estudo de caráter descritivo foi apoiado em fontes primárias e secundárias de dados, desenvolvido em Jardinópolis, SP, município de pequeno porte, classe II,** com população aproximada de 36.000 habitantes e densidade demográfica de 72,43 habitantes/km². Este município integra a Região de Saúde Aquífero Guarani, do Departamento Regional de Saúde XIII (DRS XIII) do estado de São Paulo. Do ponto de vista dos indicadores sociais, em 2010, o município apresentava: Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS): Grupo 4 (quatro); Índice de Desenvolvimento Humano Municipal: 0,735 e Renda per capita (em reais correntes): R\$ 600,65.¹⁰

A rede pública de saúde do município, no momento do estudo, era composta por um hospital de média complexidade e por nove Unidades de Saúde, cinco delas com a ESF. Participaram do estudo profissionais da ESF de quatro unidades de saúde de um total de cinco unidades. Os membros da equipe de saúde de uma unidade não participaram, pois no momento da coleta de dados a equipe estava em formação e não prestava atendimento à população.

Para o cumprimento dos objetivos da pesquisa, foi elaborado um instrumento, composto por 24 perguntas fechadas embasado, principalmente, na portaria ministerial que instituiu a Política Nacional de Regulação do SUS.¹¹ As questões versavam sobre o conhecimento da proposta de regulação do SUS, o processo de regulação do acesso no município, o papel da ESF na regulação do acesso, o conhecimento dos serviços especializados de referência e dos instrumentos (protocolos clínicos e de regulação, GR e GCR) utilizados no processo de regulação assistencial, o número mensal de encaminhamentos e de agendamentos, a informatização das GR e a comunicação entre a equipe da ESF e a SMS (Quadro 1).

Quadro 1. Instrumento de entrevista.

- 1) Você conhece a proposta de regulação da assistência do SUS?
- 2) Você reconhece a importância que a Saúde da Família possui dentro do processo de regulação da assistência?
- 3) Você conhece todos os serviços especializados para os quais os pacientes podem ser encaminhados?
- 4) Você conhece quais os critérios são usados para a marcação dos atendimentos nos serviços especializados?
- 5) Você conhece uma guia de referência (GR)?
- 6) E uma guia de contrarreferência (GCR)?
- 7) Os pacientes desta unidade sempre são encaminhados para outros serviços com uma GR?
- 8) Qual profissional da unidade preenche a GR?
- 9) Em sua opinião os campos de preenchimento da guia de referência são suficientes e atendem às necessidades do médico-paciente?
- 10) Em sua opinião o paciente teria dificuldade para ser atendido em outro nível de atenção sem a GR?
- 11) Vocês encontram alguma dificuldade no preenchimento da GR?
- 12) Qual dessas situações dificulta com mais frequência o preenchimento da GR?
- 13) Os pacientes que retornam dos serviços especializados trazem, com frequência, a GCR?
- 14) Em sua opinião seria interessante informatizar as GR e GCR?
- 15) Você tem ideia do nº ou percentual de GR enviadas, no mês, por esta Unidade à Secretaria de Saúde?
- 16) Você conhece qual o caminho que a GR faz depois que deixa a Unidade de Saúde?
- 17) Você tem ideia do nº de agendamentos realizados, no mês, pela Secretaria da Saúde para esta Unidade?
- 18) Você sabe se existem protocolos assistenciais e/ou regulatórios na rede de saúde do município?
- 19) A sua unidade dispõe de protocolos assistenciais (saúde da criança, saúde da mulher, saúde do adulto, etc) para uso no dia-a-dia?
- 20) Os protocolos assistenciais, caso existam (saúde da criança, saúde da mulher, saúde do adulto, etc) são usados no dia-a-dia da unidade?
- 21) A unidade dispõe de protocolos regulatórios (documentos que indicam os fluxos de encaminhamentos e os perfis dos serviços especializados) para uso no dia-a-dia?
- 22) Os protocolos assistenciais disponíveis (caso existam) se referem a que área temática?
- 23) Em sua opinião o uso de protocolos pode ajudar na regulação da assistência?
- 24) Em sua opinião como é a comunicação de sua Unidade com a Secretaria da Saúde?

A coleta dos dados primários foi realizada por uma das pesquisadoras, no período de maio a junho de 2012. Importante pontuar que o pré-teste do instrumento foi realizado¹² com a colaboração de três profissionais de saúde de outras unidades que não participaram do estudo, sendo executados pequenos ajustes semânticos na redação de algumas questões. Posteriormente, o instrumento de pesquisa foi aplicado, por meio de entrevista, aos profissionais das ESF, de maio a junho de 2012.

A regulação das ações de saúde, no município, tinha na GR, em suporte papel, seu principal documento para a continuidade da assistência. Assim, foi analisado o conteúdo informacional de 48 GR preenchidas pelas equipes da ESF e enviadas para o centro regulador da SMS, no mês de agosto de 2011. Optou-se por analisar o total das guias emitidas no mês de agosto, pelo fato de ser um mês típico, o que menos poderia interferir no agendamento rotineiro das consultas médicas.¹³ Interessante assinalar que, em média, o centro regulador da SMS recebia um total de 203 GR por mês, sendo em torno de 24% oriundos das equipes de saúde da família.

A análise comportou a observação da completude e legibilidade de oito variáveis: história pregressa e quadro clínico; diagnóstico ou hipótese diagnóstica; exames realizados, datas e resultados; conduta

terapêutica; motivo principal do encaminhamento; nome do médico solicitante; inscrição no Conselho Regional de Medicina (CRM) e data da solicitação. Cabe esclarecer que a análise das GR foi realizada por uma das pesquisadoras.

Na análise da completude da informação (entendida como existência de registro) foi tabulada a presença (sim) ou ausência (não) do preenchimento dos campos da GR relacionados às variáveis selecionadas no estudo; na análise de legibilidade (considerada como clareza e nitidez caligráfica) a pesquisadora avaliava se o preenchimento dos campos relativos às variáveis estudadas encontrava-se legível (sim) ou não.

O banco de dados foi criado no programa EpilInfo, for Windows. Os dados primários e secundários foram analisados estatisticamente, contemplando valores absolutos e relativos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP (protocolo nº 454; CAEE:0014.0.175.000-11).

Resultados

Dos 40 profissionais de saúde das 4 unidades de saúde, 38 (95%) participaram da pesquisa, dos quais 3 eram médicos generalistas, 4 enfermeiros, 8 técnicos em enfermagem e 23 agentes comunitários de saúde (ACS). No momento da coleta dos dados, duas equipes estavam incompletas (uma sem um ACS e outra sem o médico generalista). A média de idade dos participantes foi de 29,6 anos.

Todos os participantes reconheceram a importância da ESF no processo de regulação do acesso, dos quais 92,1% afirmaram conhecer sua fundamentação teórica, 94,7% os serviços especializados de referência da RAS e mais da metade dos entrevistados (65,8%) reconheceram a comunicação da ESF com a sede da SMS como ótima/boa.

Quanto à existência dos instrumentos de regulação, cerca de 70% informaram que existiam protocolos clínicos e/ou regulatórios na RAS e 74% em sua própria unidade de saúde, sendo os mais referidos os da área de saúde da mulher (76,3%), da criança (50%) e adulto e idoso (47,4%).

Quanto à utilização, 68,4% afirmaram que os protocolos clínicos e os de regulação eram empregados pelos profissionais. A GR foi identificada pela maioria dos profissionais (97,4%), que apontaram sua importância para a continuidade da assistência. Eles afirmaram (79%) conhecer o fluxo operacional deste instrumento e 95% referiram que sem ela os usuários não conseguiriam atendimento em outros pontos da RAS.

Quanto à GCR, apesar de ser conhecida pelas equipes (76,3%), era pouco utilizada pelos serviços da RAS. Mais da metade (52,6%) referiu que os pacientes retornavam do atendimento especializado sem este documento. Ainda, segundo 95% dos entrevistados seria fundamental a informatização do processo de emissão das GR e GCR.

Quanto à emissão das GR pela unidade de saúde da família, 86,8% dos profissionais afirmaram que não tinham conhecimento sobre o total de guias emitidas por mês, nem sobre o total de agendamentos mensais, realizados pela SMS, de sua unidade de saúde nos serviços de saúde especializados. Apenas um terço dos médicos e 25% dos enfermeiros tinham conhecimento sobre o número de agendamentos mensais.

Os participantes informaram que os principais profissionais que preenchiam as GR eram os médicos (89,5%) e enfermeiros (31,6%), mas que outros profissionais também poderiam preenchê-la. A maioria dos profissionais (68,4%) informou que os campos da GR eram suficientes e atendiam às necessidade do atendimento, e 55,3% que não apresentavam dificuldades em seu preenchimento. Quando se analisa esta resposta, selecionando somente os 7 profissionais que mais preenchiam essa ferramenta (médicos e enfermeiros), 57,1% (4) afirmaram que os campos de preenchimentos eram suficientes. Em relação ao preenchimento da GR 44,7% dos profissionais informaram que o preenchimento manual (qualidade da letra) era o principal fator dificultador.

A análise das 48 GR mostrou que a completude das informações atingiu percentuais superiores a 75%, em 6 das 8 variáveis estudadas. A completude das informações atingiu o percentual de 100% somente nas variáveis história pregressa e quadro clínico. A variável conduta terapêutica foi a que registrou o menor percentual de completude (31,25%). A variável legibilidade apresentou percentuais inferiores a 70% em cinco dos oito critérios avaliados.

Os menores percentuais de legibilidade da informação foram registrados nas variáveis: conduta terapêutica (18,75%), exames realizados (31,25%), diagnóstico e hipótese diagnóstica (47,91%) e história pregressa e quadro clínico (50%). Em nenhuma das variáveis analisadas observou-se 100% de legibilidade. Em 29,2% das GR analisadas não foi possível identificar a especialidade médica solicitada pela ilegibilidade do registro da informação (Tabela 1).

Tabela 1. Análise do conteúdo informacional das GR, segundo completude e legibilidade dos registros, Jardinópolis, agosto de 2012.

Variável	Completude		Legibilidade	
	N	%	N	%
História pregressa e quadro clínico	48	100,0	24	50,0
Diagnóstico e hipótese diagnóstica	44	91,7	23	47,9
Exames realizados e datas	38	79,2	15	31,3
Conduta terapêutica	15	31,3	09	18,8
Motivo do encaminhamento	34	70,8	31	55,6
Nome do médico	47	97,9	35	72,9
CRM	43	89,6	42	87,5
Data da solicitação	47	97,9	46	97,9

Fonte: Elaboração própria

Discussão

A regulação no SUS é uma importante temática discutida mais efetivamente nos últimos 15 anos.¹¹ A importância de se promover a discussão sobre regulação junto aos profissionais da saúde reside no fato da necessidade de se identificar as fortalezas e desafios a serem ultrapassados no desenvolvimento desta ação de saúde.¹⁴

Os profissionais da saúde da família que participaram do estudo relataram incertezas sobre a proposta conceitual e operativa do atual sistema de regulação do SUS. É essencial que os profissionais da APS, centro da coordenação do cuidado, reconheçam o seu papel na regulação, principalmente em municípios de pequeno porte, dependentes desta ação para acesso aos demais pontos da RAS.

Apenas 50% dos participantes conheciam todos os serviços especializados de referência da RAS, dado intrigante, diante da premissa de que APS é responsável por coordenar o cuidado. O conhecimento acerca dos serviços disponíveis na RAS e a comunicação entre eles permite a aproximação entre os profissionais, favorecendo a busca de soluções conjuntas para a condução e resolução dos casos.^{5,15}

Ferreira et al.⁵ afirmam que a RAS deve ser “produtora de cuidados, de forma compartilhada, progressiva, humanizada, resolutiva e regionalizada e atenta para a garantia da equidade e da integralidade. Uma rede solidária.”

Quanto aos protocolos clínicos e regulatórios, os participantes os identificaram como ferramentas valiosas para o exercício das ações clínicas e de regulação, na perspectiva da integralidade e da continuidade da atenção, embora apenas 68% tenham informado o seu uso pelas equipes.

Com o auxílio desses instrumentos, é possível estabelecer em qual ponto da RAS o usuário terá melhor atendido o seu problema, pela análise do perfil assistencial da unidade executante e do fluxo mais indicado para os encaminhamentos. Por meio dessas análises, que envolvem a gestão das informações em saúde no processo regulatório, pode-se ter o aumento de referências mais oportunas e responsáveis⁶. Porém, é necessário que as equipes da ESF tenham o cuidado em usá-los com parcimônia, não tornando o atendimento “engessado” ou “mecânico”.¹⁶

No modelo de rede regulada do município é necessário que toda a equipe discuta os instrumentos-chave para o desenvolvimento da assistência integral ao usuário. Assim, como no município estudado, outros também utilizam a GR como instrumento de regulação, ratificando sua representatividade para o desenvolvimento da ação regulatória no SUS.⁶

Assinala-se que o processo de regulação dos casos eletivos, em sua grande maioria, tem seu início na APS/SF quando o usuário acessa o sistema, espontaneamente ou não, por esta porta de entrada. A SMS do município estudado era responsável pela recepção dos encaminhamentos, por meio de um centro regulador que processava as referências e indicava os serviços especializados, devendo realizar o cotejamento das necessidades do usuário com o perfil dos estabelecimentos de saúde da RAS. Quando há uma insuficiência de informações nos instrumentos regulatórios, como o observado neste estudo pela incompletude e ilegibilidade de dados, a regulação sofre prejuízo.

A depender do modo de operacionalização do centro regulador pode-se contatar o responsável pelo encaminhamento para que sejam complementadas as informações. Da mesma forma, compete ao centro regulador da SMS informar às unidades solicitantes sobre o desfecho dado aos casos encaminhados. Este procedimento fortalece o processo de regulação do acesso na medida em que integra os pontos da RAS e permite a busca de soluções conjuntas.

No entanto, Santos¹⁷ comenta que esta “integração fundamenta-se na modificação das práticas profissionais e na cooperação entre os diferentes serviços que compõem a rede assistencial”. É uma rede de trocas, que certamente promoverá a continuidade da atenção à saúde.

Do mesmo modo, a GCR tem sua relevância neste processo, pois deve conter o histórico do atendimento do usuário, além das devidas orientações para o seguimento do caso pela equipe da ESF e o seu não preenchimento pode representar a perda ou a dificuldade de acesso a um conjunto informacional diretamente relacionado à coordenação do cuidado. No entanto, a realidade da prática assistencial aponta que a contrarreferência é negligenciada na RAS.⁵ Desta forma, torna-se evidente que a coordenação

do cuidado depende da integração da RAS, relacionando-se a um robusto sistema de referência e contrarreferência.¹⁸

Ainda que a informatização da regulação tenha sido apontada como necessidade para 95% dos entrevistados, em municípios de pequeno porte essa realidade é muito incipiente e a troca de informações ocorre, na maioria das vezes, por meio de contato telefônico ou registro em suporte papel. Assim, foi grande o apelo para a informatização do processo regulatório, pois as experiências de sucesso remetem à investimentos em tecnologias de informação e comunicação (TIC), na implantação do sistema de regulação.^{19,20}

Com a informatização, o conhecimento sobre o processo regulatório realizado pela ESF e, conseqüentemente, a condução da atenção a sua população são facilitados. Esse saber auxilia na qualificação da assistência prestada e permite a reflexão das equipes sobre o seu processo de trabalho, em relação à capacidade resolutiva, a organização e operacionalização da ação regulatória.

Merece destaque o fato de os participantes da pesquisa não utilizarem informações por eles produzidas e cuja análise e interpretação poderiam contribuir com a ação regulatória desenvolvida por eles e se traduzir em substrato para o planejamento de novas ações de saúde, influenciando a organização da oferta assistencial na RAS.

Os resultados do estudo apontaram que, além do médico, outros profissionais da equipe preenchiam a GR. Ressalta-se que este é um instrumento de cunho sigiloso, cujas informações pertencem ao usuário, devendo ser tratadas com respeito e ética. É de extrema importância que os profissionais que a utilizam tenham o cuidado com o preenchimento completo e legível, com o seu manuseio e armazenamento.²¹

Assim como qualquer outro documento, a GR contém registros importantes que devem ser organizados, preservados e acessíveis para o desenvolvimento do processo regulatório. Entretanto, o problema da gestão documental é um dilema de muitas instituições públicas, inclusive as de saúde.⁷

O fato de a GR, no sistema de saúde estudado, ser em suporte papel favorece o surgimento de registros ilegíveis ou incompletos, o que foi observado quando se analisou o conteúdo informacional das GR. Nota-se aqui um paradoxo, pois os participantes reconheceram a importância deste instrumento para a regulação do acesso e em contrapartida tanto a completude quanto a legibilidade estavam comprometidas nas guias analisadas. A qualidade do registro em saúde tem relação direta com a ação regulatória e com o desfecho das respostas aos problemas de saúde. Desta forma, não só a letra ilegível, como também a incompletude dos dados, dificulta o trabalho dos reguladores e a resolutividade das ações de saúde e dos serviços.⁵

Neste sentido, a gestão da informação contribui com o processo regulatório, na medida em que favorece a organização dos dados, o registro das informações e auxilia a tomada de decisão, aumentando a possibilidade de acerto.²²

É certo que cada categoria profissional se envolve de alguma maneira com o processo regulatório, o que exige a atuação multiprofissional integrada. Logo, a apropriação pela equipe de saúde do conjunto informacional envolvido no processo regulatório tem implicações específicas dentro do processo de trabalho da saúde da família e, ainda, na totalidade do movimento regulatório, com reflexos no resultado da assistência, aflorando a importância da competência informacional para melhorar o desempenho desta ação.²³

Os achados da pesquisa ratificaram a estreita relação entre a gestão da informação e o processo regulatório assistencial e estimulam a reflexão sobre a importância de se compreender a concepção do processo regulatório e a participação de cada profissional, neste processo, que tem na gestão da informação em saúde (produção, manuseio, guarda e recuperação, uso e disseminação) seu principal elemento constitutivo.

A qualidade do registro em saúde tem relação direta com a ação regulatória e se não houver um compromisso com a completude e legibilidade das informações registradas nos instrumentos regulatórios poderá haver um comprometimento desta ação, com repercussões insatisfatórias para o sistema de saúde e o usuário.

Em que pesem as limitações do estudo do ponto de vista metodológico que restringem a generalização dos resultados e notando que a pesquisa não teve a pretensão de abarcar esta temática em toda a sua extensão e profundidade, acredita-se que os resultados encontrados contribuirão para uma melhor compreensão da realidade de um município de pequeno porte, quanto ao desenvolvimento do processo de regulação do acesso destacando a interface entre a assistência e a gestão da informação.

Com base nos achados da pesquisa, ressalta-se que os profissionais de saúde precisam adquirir novas habilidades para o desempenho de suas funções nos serviços de saúde, em um modelo de atenção centrado no usuário. Nesse sentido, o desenvolvimento de competência informacional para o exercício das ações regulatórias, por meio da educação permanente, apresenta-se como uma interessante estratégia a ser desenvolvida nos componentes assistenciais e gerenciais dos serviços de saúde, além da necessidade de investimento em novas tecnologias de informação e comunicação.

Referências

1. Castro ALB, Machado CV. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(4):693-705. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000400012>
2. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
3. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;21(2-3):164-76. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892007000200011>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
5. Ferreira JBB, Mishima SM, Santos JS, Forster AC, Ferraz CA. O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores. *Interface (Botucatu)*. 2010;14(33):345-58. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000200009>
6. Ferri SMN, Ferreira JBB, Almeida EF, Santos JS. Protocolos clínicos e de regulação: motivações para elaboração e uso. In: Santos JS, ed. *Protocolos clínicos e de regulação: acesso à rede de saúde*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012. p. 9-21.
7. Calderon WR, Cornelsen JM, Pavezi N, Lopes MA. O processo de gestão documental e da informação arquivística no ambiente universitário. *Ci Inf*. 2004;33(3):97-104. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-19652004000300011>
8. Saracevic T. Ciência da informação: origem, evolução e relações. *Perspec Ci Inf*. 1996;1(1):41-62.
9. Vilarins GCM, Shimizu HE, Gutierrez MMU. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde Debate*. 2012;36(95):640-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000400016>
10. Seade. Fundação Sistema Estadual de Análise de dados. Perfil municipal - Jardinópolis. [Internet]. 2011. [citado 2011 Abr 10] Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php>

11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Diário Oficial da União; 2008.
12. Vergara SC. Métodos de coleta de dados no campo. São Paulo: Atlas; 2009.
13. Tanaka OY, Melo C. Avaliação de programa de saúde do adolescente: um modo de fazer. São Paulo: EDUSP; 2001.
14. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2006;15(3):7-18. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742006000300002>
15. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2004. 726 p.
16. Werneck MAF, Faria HP, Campos KFC. Protocolos de cuidados à saúde e de organização do serviço [internet]. Belo Horizonte: Nescon/UFGM, Coopmed, 2009. [citado 2012 Nov 19]. Disponível em: http://rumosaude.com.br/content/data/files/files_contact_407/Guia%20para%20elabora%C3%A7%C3%A3o%20de%20protocolos.pdf
17. Santos JS. Protocolo para acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde. In: Santos JS, ed. Protocolos clínicos e de regulação: acesso à rede de saúde. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012. p. 3-7.
18. Serra CG, Rodrigues PHA. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(Supl 3):3579-86. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900033>
19. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(3):783-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300014>
20. Rocha RV. O papel da tecnologia no contexto da gestão do conhecimento: um estudo de caso aplicado numa empresa varejista [mba]. Porto Alegre: Universidade do Vale dos Sinos; 2010. [citado 2012 Nov 20]. Disponível em: <http://docplayer.com.br/529961-O-papel-da-tecnologia-da-informacao-no-contexto-da-gestao-do-conhecimento-um-estudo-de-caso-aplicado-numa-empresa-varejista.html>
21. Marchiori PZ. A ciência e a gestão da informação: compatibilidade no espaço profissional. *Ci Inf*. 2002;31(2):72-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-19652002000200008>
22. Guimarães MP, Évora YDM. Sistema de informação: instrumento para a tomada de decisão no exercício da gerencia. *Ci Inf*. 2004;33(1):72-80. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-19652004000100009>
23. Vitorino EV. Competência informacional: princípios para a formação contínua de profissionais da informação em bibliotecas universitárias. In: Anais do XV Seminário Nacional de Bibliotecas Universitárias [internet]; 2008 Nov 10-14; São Paulo, Brasil. [citado 2016 Dec 15]. Disponível em: <http://www.sbu.unicamp.br/snbu2008/anais/site/pdfs/2698.pdf>

* Contrarreferência: Ato formal de encaminhar um paciente ao estabelecimento de origem, após a resolução da causa responsável pela referência (Brasil. Tesouro Eletrônico, 2016).

** Classe II: municípios de 20.001 a 50.000 habitantes (IBGE, 2010).

Janise Braga Barros Ferreira. Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. janise@fmrp.usp.br

Daniela Cacilda Caldas. Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. dani_caldas08@hotmail.com

Luciane Loures dos Santos. Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. luloures@fmrp.usp.br (*Autora correspondente*)

Luciana Cisoto Ribeiro. Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. lcisoto@fmrp.usp.br

Lucieli Dias Pedreschi Chaves. Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. dpchaves@eerp.usp.br

Acesso às consultas médicas nos serviços públicos de saúde

Access to medical appointments in public health services

El acceso a las consultas médicas en los servicios de salud pública

Orlene Veloso Dias, Flávia Ferreira Araújo, Rayana Meireles de Oliveira, Rosângela Barbosa Chagas, Simone de Melo Costa

Resumo

Objetivo: Avaliar o acesso às consultas médicas em serviços públicos de saúde. **Métodos:** Pesquisa transversal, analítica de base populacional, em município de porte médio, no estado de Minas Gerais, Brasil. Os dados foram coletados a partir de questionário semiestruturado a uma amostra representativa do município, de 2150 indivíduos. O tratamento estatístico considerou o nível de significância $p < 0,05$. **Resultados:** Dos entrevistados, 19,4% afirmaram ter procurado um profissional/serviço público de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista. Entre esses, 75,6% foram na Atenção Primária à Saúde (APS). A maior procura foi por parte do sexo feminino ($p < 0,001$) e os sem plano de saúde ($p < 0,001$). A maioria (77,2%) foi atendida na primeira vez que procurou o serviço de saúde pública. Pode-se destacar uma maior prevalência ao não acesso quando a procura foi na APS e para tratamento/reabilitação ($p < 0,05$). A utilização de consultas médicas no ano foi observada para 54,4%, com maiores médias para mulheres, adultos e sem plano ($p < 0,05$). **Conclusão:** Necessita-se repensar a gestão de saúde pública e as práticas dos profissionais para efetivar o acesso às consultas médicas. Assim, sugere-se adotar medidas de acolhimento e educação permanente junto aos profissionais da saúde da família.

Palavras-chave:

Acesso aos Serviços de Saúde
Visitas a Consultório Médico
Comportamento do
Consumidor
Sistema Único de Saúde

Abstract

Objective: To assess the accessibility to medical appointments in public health services. **Methods:** Transversal, analytic, population-based research in a medium-sized city in the state of Minas Gerais, Brazil. The data were collected from a semi structured questionnaire presented to a representative sample of the city, of 2150 people. The statistic treatment considered $p < 0.05$ as the level of significance. **Results:** 19.4% of the interviewees reported having sought a public health professional/service up to 15 days prior to the interview. Among these cases, 75.6% occurred in the Primary Health Care (PHC). The majority of these seekers were females ($p < 0.001$) and people with no private health insurance ($p < 0.001$). The majority (77.2%) was seen in the first time they sought the public health service. A bigger prevalence of no access could be highlighted when the patient sought the PHC and for treatment/rehabilitation ($p < 0.05$). The use of medical service in that year was reported to be 54.4%, with a higher average for women, adults and people with no private health insurance ($p < 0.05$). **Conclusion:** It is necessary to think over the public health management and professional conduct to make medical appointments effective. Therefore, adopting welcoming and permanent teaching measures among family health professionals is advised.

Keywords:

Access to Health Services
Visits to Medical Offices
Consumer Behavior
Public Health System

Como citar: Dias OV, Araújo FF, Oliveira RM, Chagas RB, Costa SM. Acesso às consultas médicas nos serviços públicos de saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-13. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1185](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1185)

Fonte de financiamento:

Ao Ministério da Saúde e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais - Fapemig, processo Nº: CDS-APQ 03616-12, pelo apoio financeiro

Parecer CEP:

153.234 (Unimontes), aprovado em 25/11/2012.

Conflito de interesses:

declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:

revisado por pares.

Recebido em: 28/07/2015.

Aprovado em: 03/11/2016.

Resumen

Objetivo: Evaluar el acceso a las consultas médicas en los servicios públicos de la salud. **Métodos:** Investigación transversal, analítica de base poblacional en un municipio de porte medio, en el estado de Minas Gerais, Brasil. Los datos fueron recolectados a partir de cuestionario semiestructurado a una muestra representativa del municipio, de 2150 individuos. El tratamiento estadístico considero el nivel de significación $p < 0,05$. **Resultados:** De los entrevistados, 19,4% afirmaron haber buscado un profesional/servicio público de salud, en los 15 días anteriores a la entrevista. Entre estos, 75,6% fueron en la Atención Primaria a la Salud (APS). La mayor búsqueda fue del sexo femenino ($p < 0,001$) y los que no tienen seguro de salud ($p < 0,001$). La mayoría (77,2%) fue atendida la primera vez que buscó el servicio de salud pública. Se puede destacar una mayor prevalencia al no acceso cuando la búsqueda fue en el APS y para tratamiento/rehabilitación ($p < 0,05$). La utilización de consultas médicas en el año fue observada para 54,4%, con mayores promedios para mujeres, adultos y los que no tienen seguro ($p < 0,05$). **Conclusión:** Se necesita volver a pensar la gestión de la salud pública y las prácticas de los profesionales para efectuar el acceso a las consultas médicas. Así, se sugiere adoptar medidas de recepción y educación permanente junto a los profesionales de la salud de la familia.

Palabras clave:

Acceso a los Servicios de Salud
Visitas a las consultas médicas
Comportamiento del Consumidor
Sistema Único de Salud

Introdução

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) representou um avanço na saúde pública brasileira, embora o país ainda vivencie dificuldades para garantir o amplo acesso da população aos serviços de saúde.^{1,2} Assim, os dados divulgados a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) revelaram que o acesso aos serviços de saúde aumentou, entretanto, ainda existem desigualdades geográficas e sociais.³

O termo acesso, relacionado aos serviços de saúde, pode ser entendido como a “porta de entrada”, ou seja, o espaço para acolher o usuário no momento de sua necessidade.⁴ O acesso relaciona-se ao grau de facilidade ou dificuldade com que os indivíduos obtêm os serviços. Sendo assim, o acesso reflete as características do sistema de saúde, que podem aumentar ou diminuir obstáculos à obtenção dos serviços pela população.⁵

Com relação ao conceito utilização dos serviços de saúde, compreende-se como todo contato direto em consultas médicas e hospitalizações ou mesmo indireto, nos exames preventivos e diagnósticos. O processo de utilização dos serviços é determinado pelo indivíduo que procura o sistema de saúde, pelo profissional que o conduz dentro do sistema e pelas características organizacionais do serviço.⁶

Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi avaliar o acesso às consultas médicas em serviços públicos de saúde.

Material e Métodos

Trata-se de estudo transversal, analítico e de base populacional. Os resultados deste estudo se referem a um recorte de um estudo maior sobre vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, realizado em Montes Claros, MG, Brasil, entre agosto de 2010 e julho de 2011, em parceria da Secretaria Municipal de Saúde e Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). O município é de porte médio, com população estimada, em 2010, de 363.915 habitantes, considerado o polo da macrorregião do estado de MG.

Todos os princípios éticos foram considerados no desenvolvimento da pesquisa e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para este recorte da pesquisa, utilizou-se parte

do banco de dados do estudo maior, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), parecer nº 153.234.

Para definir o tamanho da amostra, considerou-se a população com idade igual ou superior a 18 anos e uma prevalência estimada de 50%, nível de confiança 95% e margem de erro amostral 3%. Como a amostragem foi complexa, por conglomerados, setores censitários e domicílios, multiplicou-se o tamanho da amostra pelo fator de correção (*deff*) de 2,0, acrescido de 10% para compensar perdas. O tamanho da amostra estimada foi de 2150 indivíduos, entre adultos e idosos.

Na alocação da amostra, sortearam-se 43 setores censitários, sendo 40 urbanos e 3 rurais. Em cada setor sortearam-se 50 domicílios, e nesses entrevistou-se apenas um dos moradores. No caso de ausência dos moradores, no momento da pesquisa, três novas visitas foram efetuadas, antes de substituir pelo próximo domicílio à direita ou subsequentes. Realizou-se 1 piloto, com 20 indivíduos, para adequações metodológicas, buscando antecipar situações possíveis no processo da coleta de dados. Dados do piloto não compuseram o estudo final.

O instrumento de coleta de dados embasou-se no questionário de monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas, Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel),⁷ entretanto, no atual estudo o instrumento foi aplicado pelo contato pessoal direto, ou seja, presencial.

As variáveis dependentes foram: atendimento na primeira vez em que procurou por um serviço de saúde pública nos 15 dias anteriores à entrevista e média de consultas médicas efetuadas no setor público nos últimos 12 meses. E as variáveis independentes foram: sexo, faixa etária, estado civil, cor da pele autodeclarada, escolaridade, ter plano de saúde, pontos de atenção no SUS, motivo da procura pelos serviços públicos de saúde, ter algo que desagrade no serviço público, recomendar o profissional público e autopercepção de saúde.

O tratamento estatístico envolveu a análise descritiva de valores percentuais, médias e desvio padrão. As médias de consultas médicas nos últimos 12 meses foram comparadas conforme os grupos formados pelas variáveis independentes, pelos testes *t student* e Anova, com adoção do teste de *Bonferroni* para distinguir as diferenças entre as múltiplas comparações. Foi efetuada a análise bivariada, pelo teste qui quadrado de *Pearson*, para associar a procura pelos serviços de saúde pública, nos 15 dias anteriores à pesquisa, conforme sexo e condição de ter plano de saúde.

Em seguida, realizou-se a análise bivariada, regressão de *Poisson* com variância robusta, entre atendimento na primeira vez que procurou o serviço público de saúde e variáveis independentes. Após essa análise, todas as variáveis independentes com associação até o nível de 20% foram para análise múltipla, com exclusão progressiva das variáveis com maior valor de *p* até a permanência daquelas com $p < 0,05$.

A significância estatística foi determinada pelo teste de *Wald*, estimando-se as razões de prevalências ajustadas e respectivos intervalos de 95% de confiança, considerando os ajustes pelo efeito do desenho (peso de ponderação). Assim, todo tratamento estatístico envolveu o uso de peso de amostragem, a partir das unidades amostrais primárias (setores censitários) e secundárias (domicílios), para compensar as probabilidades desiguais de seleção entre os elementos da amostra.^{8,9} Os dados foram processados no software *IBM SPSS*® versão 22.0.

Resultados

Participaram 2150 pessoas, sendo 79,5% adultos (18 a 59 anos) e 20,5% idosos (60 anos ou mais), 63,3% do sexo feminino. A cor de pele autodeclarada foi branca para 26,1%, preta para 12,9%, amarela 2,5%, parda 58,2% e indígena para 0,3%. A condição de ter plano de saúde foi relatada por 36,3%. Quanto ao atendimento ofertado nas Unidades do serviço de saúde pública, 64,2% informaram que há algo que os desagrada. Entre os desagradados destacam-se: dificuldade de marcar consultas no geral (18,2%), de marcar exames laboratoriais e outros exames (14,5%), de marcar consulta com especialistas (17,0%), de acesso geográfico ao local de atendimento (0,9%), demora no atendimento (32,9%) e outros desagradados (16,5%). A autopercepção de saúde geral foi constatada para 29,7% dos participantes como regular/ruim.

Dos entrevistados, 19,4% (416) afirmaram ter procurado um profissional/serviço público de saúde, nos 15 dias que antecederam à realização da entrevista. Entre esses indivíduos, o tratamento de doença foi o motivo mais destacado (41,7%). Em relação aos diferentes níveis de atenção da saúde, no âmbito público, a procura por serviços foi, majoritariamente, na Atenção Primária à Saúde (75,6%), seguida de hospital (15,6%) e clínicas especializadas (8,9%). Na Tabela 1 observa-se que a procura foi em maior percentual no sexo feminino ($p < 0,001$) e entre as pessoas sem plano de saúde ($p < 0,001$).

Tabela 1. Distribuição dos pesquisados quanto à procura de serviço público de saúde nas duas semanas anteriores à entrevista segundo sexo e plano de saúde.

Variáveis	Procurou por um serviço público de saúde nas duas últimas semanas?*		
	Sim	Não	p
Sexo			
Feminino	21,9%	78,1%	0,001
Masculino	15,1%	84,9%	
Plano de Saúde			
Sim	12,5%	87,5%	$p < 0,001$
Não	23,7%	76,3%	

* valor percentual ajustado pelo efeito do desenho.

A maioria das pessoas foi atendida na primeira tentativa por procura de serviço de saúde pública, nos últimos 15 dias (77,2%). A análise bivariada demonstra maior prevalência de não acesso pelo sexo feminino (RP=1,03); entre aqueles sem escolaridade (RP=1,12); os que não possuem união estável/casados (RP=1,04), entre os idosos (RP=1,05); os que se autodeclararam negros (RP=1,04); entre os que procuraram os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), no SUS (RP=1,15); os que manifestaram algum desagrado com os profissionais/serviços públicos de saúde procurados (RP=1,23); os que não recomendariam o profissional/serviço de saúde pública (RP=1,43) e entre aqueles que autoavaliaram a sua saúde geral como regular/ruim (RP=1,03) (Tabela 2).

Após o ajuste entre as variáveis, pelo modelo múltiplo, verificou-se que o não atendimento pela primeira vez que procurou o serviço público ficou associado com as pessoas sem união estável/casado (RP=1,11), procura na Atenção Primária à Saúde (RP=1,22), para tratamento ou reabilitação (RP=1,21), entre os que afirmaram ter algo que os desagradam no profissional/serviço público (RP=1,19), os que não recomendariam o profissional/serviço público de saúde (RP=1,27) e entre os que autoavaliaram a sua saúde geral como regular/ruim (RP=1,12) (Tabela 2).

Tabela 2. Análise bivariada e múltipla do acesso à assistência em saúde na primeira vez que procurou o serviço público, nos 15 dias anteriores, conforme perfil sociodemográfico, serviços de saúde e autoavaliação da saúde.

Variáveis	Acesso à assistência em saúde entre os que procuraram o serviço público, nos últimos 15 dias (n=416)		Razão de Prevalência - RP (IC95%)* Valor de p	
	n=321 Sim (%)*	n=95 Não (%)*	Bivariada p	Múltipla p
Perfil				
Sexo				
Masculino	80,4	19,6	1	-
Feminino	76,0	24,0	1,03 (1,01-1,06) p=0,006	
Escolaridade				
Superior	81,9	18,1	1	-
Não superior	78,9	21,1	1,03 (0,99-1,06) p=0,127	
Analfabeto	67,8	32,2	1,12 (1,06-1,18) p<0,001	
Estado Civil				
União estável/casado	79,6	20,4	1	1
Outros	75,1	24,9	1,04 (1,01-1,08) p=0,033	1,11 (1,02-1,21) p=0,016
Faixa etária				
60 anos e mais	72,5	27,5	1,05 (1,02-1,08) p<0,001	-
18 a 59 anos	78,7	21,3	1	
Cor de pele				
Não preta	78,0	22,0	1	-
Preta	72,4	27,6	1,04 (1,01-1,09) p=0,017	
Serviços de saúde				
Plano de saúde				
Sim	75,8	24,2	1,02 (0,99-1,05) p=0,099	-
Não	78,3	21,7	1	
Pontos de Atenção do SUS				
Atenção Primária	73,8	26,2	1,15 (1,11-1,18) p<0,001	1,22 (1,10-1,35) p<0,001
Outro	90,0	10,0	1	1
Motivo procura				
Exames/consulta	81,3	18,7	1	1
Tratamento/reabilitação	75,7	24,3	1,04 (0,99-1,10) p=0,075	1,21 (1,14-1,30) p<0,001
Desagrado com profissional/serviço público de saúde				
Sim	69,3	30,7	1,23 (1,20-1,27) p<0,001	1,19 (1,10-1,28) p<0,001
Não	94,1	5,9	1	1
Recomenda o profissional/serviço público de saúde				
Sim	88,7	11,3	1	1
Não	45,7	54,3	1,43 (1,35-1,43) p<0,001	1,27 (1,18-1,35) p<0,001
Autoavaliação da saúde				
Percepção da saúde geral				
Muito bom/bom	78,4	21,6	1	1
Regular/ruim	75,1	24,9	1,03 (1,00-1,05) p=0,050	1,12 (1,03-1,22) p=0,007

* valor percentual e razão de prevalência (Intervalo de Confiança 95%) ajustados pelo efeito do desenho.

Ao levar em consideração a utilização do serviço público de saúde, especificamente as consultas médicas, no ano anterior à pesquisa, para toda população pesquisada (n=2150) verificou-se que 54,4% consultaram pelo menos uma vez. A variação de consultas foi de zero a 30 ao ano, sendo a média (\pm desvio padrão) de 1,56 (\pm 2,64) consultas por indivíduo.

Ao comparar as médias de consultas entre os grupos, constatou-se maior média no sexo feminino, entre os com maior nível de escolaridade, entre os adultos, para os que não possuem plano de saúde, informaram não haver desagrados em relação ao profissional/setor público, não recomendariam o profissional/setor público e, para os que consideraram sua saúde geral como regular/ruim (Tabela 3).

Tabela 3. Média e desvio padrão do número de consultas médicas no setor público conforme perfil sociodemográfico, serviços de saúde e autoavaliação da saúde. Adultos e idosos de Montes Claros, MG, Brasil.

Variáveis	Consultas médicas nos últimos 12 meses		Teste <i>t</i> (student) Anova (Bonferroni)**
	Média*	Desvio padrão*	p
Perfil			
Sexo			
Masculino	1,30	2,474	p<0,001
Feminino	1,71	2,723	
Escolaridade			
Superior	1,72	3,547	p<0,001 para todas as comparações**
Não superior	1,59	2,547	
Analfabeto	1,36	1,480	
Faixa etária			
60 anos e mais	1,51	2,392	p=0,001
18 a 59 anos	1,57	2,701	
Serviços de saúde			
Plano de saúde			
Sim	1,02	2,302	p<0,001
Não	1,89	2,779	
Ponto de Atenção no SUS***			
Atenção Primária	1,52	2,564	p=0,003
Outro	1,65	2,944	
Desagrado com o profissional/serviço público de saúde			
Sim	1,52	2,533	p<0,001
Não	1,60	2,810	
Recomenda o profissional/serviço público de saúde***			
Sim	1,40	2,602	p<0,001
Não	1,94	2,797	
Avaliação de saúde geral			
Autopercepção de saúde			
Muito bom	0,97	1,852	p<0,001 para todas as comparações**
Bom	1,43	2,581	
Regular	2,12	3,055	
Ruim	2,82	3,127	

* média e desvio padrão ajustados pelo efeito do desenho; ** Testes Anova, Bonferroni; *** n=416, pessoas que responderam à questão procurou serviço público nos últimos 15 dias.

Discussão

Entre os 2150 indivíduos adultos e idosos, houve predomínio do sexo feminino, pessoas que se autodeclararam cor de pele parda e sem plano de saúde. Quanto à assistência nos serviços de saúde pública, a maioria manifestou algum desagrado com os profissionais/serviços, sendo destacadas as dificuldades para marcar consultas e exames, além de dificuldade de acesso ao local de assistência e demora no atendimento. Esses resultados corroboram a pesquisa conduzida em Campina Grande, PB, Brasil, com usuários do SUS cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, que demonstraram insatisfação com o longo tempo de espera, tanto para marcar consultas como para ser atendido nas consultas agendadas.²

No atual estudo, uma parcela importante dos entrevistados procurou um serviço de saúde pública, nos 15 dias anteriores à entrevista, sendo a maior procura pelas mulheres e entre os sem plano de saúde. O maior uso dos serviços de saúde por parte das mulheres, no Brasil, é fato bem conhecido.³ Para aqueles que não possuem plano de saúde e recursos financeiros para arcar com as despesas dos serviços privados, o setor público torna-se a real possibilidade de assistência à saúde, direito garantido constitucionalmente, no Brasil.

Esse direito deve ser assegurado pelo Estado, de forma universal. E para isso se faz necessário um modelo social ético e equânime, baseado na inclusão social e na solidariedade humana. A concretização do acesso universal aos serviços de saúde requer luta constante para fortalecer a saúde como um bem público, direito individual e coletivo.¹⁰

Pesquisa conduzida em 6.797 domicílios, com 11.207 indivíduos, no estado de Minas Gerais apontou que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tornou-se uma via que garante a materialização da equidade no SUS a partir de um organizado processo de trabalho da equipe profissional. Nesse sentido, desenvolver políticas públicas para expansão da ESF com qualidade pode contribuir para potencializar a melhora de indicadores de saúde nos grupos populacionais, por favorecer aos mais pobres o acesso aos serviços de saúde, principalmente na APS. A macrorregião Norte de Minas apresentou a maior taxa de visita domiciliar por algum profissional de saúde, 93,16%,¹¹ sendo essa a região de localização do município em que foi conduzido o presente estudo.

O fato do maior percentual de pessoas que procuraram o serviço público, nas duas semanas anteriores, não recomendar o profissional/serviço público é preocupante, pois sugere fragilidades no serviço e na assistência recebida. Ainda mais, ao considerar que o principal motivo para a procura foi para tratar alguma doença. A não recomendação do serviço/profissional está relacionada à insatisfação do usuário do SUS. Neste estudo, o percentual dos que recomendariam foi maior entre os satisfeitos com o setor de saúde pública quando comparados aos que manifestaram algum tipo de desagrado.

O local de procura/atendimento no SUS foi em maior percentual nas unidades vinculadas à APS. Uma parcela importante (22,8%) não recebeu atendimento na primeira vez que procurou o serviço. Dados de inquérito nacional apresentam percentual menor de pessoas não atendidas pela primeira vez que procuraram o serviço de saúde (3,8%), sendo o principal motivo a falta de vaga.³

A saúde pública tem como um importante propósito combater as desigualdades na saúde, na busca de equidade no acesso aos cuidados. Mesmo em países desenvolvidos da Europa, especificamente na França, ainda existem desigualdades significativas no acesso a serviços especializados e nos preventivos.¹²

Pesquisa que comparou dois municípios, um da Colômbia e outro do Brasil, com 2.163 e 2.155 pessoas, respectivamente, revelou obstáculos no acesso à saúde nos dois países. Na Colômbia, as maiores barreiras dizem respeito ao acesso inicial aos cuidados de saúde e na resolução do problema. No Brasil há insuficiente disponibilidade de unidades de saúde, médicos e medicamentos.¹³

Estudo que incluiu a participação de 882 usuários da ESF, em São Luís, MA, Brasil, constatou dificuldades no acesso e no uso de serviços. O não funcionamento a partir de 18 horas e nos finais de semana foram as principais dificuldades apresentadas, sendo importante fortalecer a participação da comunidade na gestão local da ESF para identificar as necessidades dos usuários.¹⁴

Apartir dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2008, no Brasil, investigaram-se 152.233 trabalhadores de 18 a 64 anos, formais, informais e desempregados. A desigualdade no acesso aos serviços de saúde foi detectada, sendo que para os trabalhadores informais e desempregados a dificuldade é maior e o uso dos serviços de saúde é menor, sugerindo necessidade de políticas de saúde para esse contingente populacional.¹⁵

O não atendimento às pessoas que procuraram pelos serviços na APS vai contra os princípios do SUS, que pregam o acolhimento no nível primário como importante estratégia de reorganização do modelo assistencial.

Nesse sentido, o Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde em estudo sobre acolhimento nas práticas de produção de saúde esclareceu que o acolhimento implica em uma relação de cidadania e humanizada, de escuta qualificada;¹⁶ que se relaciona com: vínculo entre usuários e serviços no setor saúde; resolubilidade da assistência e com a adequação dos serviços às demandas dos usuários.¹⁷

Assim, o acolhimento se caracteriza pela recepção e escuta daqueles que procuram o serviço, de forma a reconhecer as necessidades de saúde dos usuários para então buscar formas de satisfazê-las, por meio de encaminhamentos, deslocamentos e trânsitos pela rede assistencial.¹⁸ Para além dessa definição, o acolhimento foi visto por profissionais da saúde da família como importante ferramenta de gestão e regulação do acesso às unidades básicas de saúde e como instrumento para construção de ações mais efetivas no setor da saúde, em outro estudo.¹⁹

Estudo que analisou o acesso aos serviços de saúde pública, na atenção primária, em Recife, PE, Brasil, a partir da visão de profissionais e de usuários, apresentou como principais barreiras o subfinanciamento dos serviços, a insuficiente cobertura da ESF e de profissionais nas equipes. Apesar dos benefícios próprios da implantação da ESF, necessita-se de priorizar a gestão, para investir na estrutura e melhorar a organização dos serviços da rede de saúde.²⁰

Na análise múltipla verificou-se que sexo, faixa etária e cor de pele, apesar de associados, na análise bivariada, com a variável dependente “atendimento na primeira vez que procurou por um serviço de saúde pública, nos últimos 15 dias”, não permaneceram no modelo múltiplo, demonstrando serem variáveis de confusão. Neste sentido, as características do perfil não influenciaram no acesso aos serviços de saúde. Isso é importante, uma vez que o setor público deve fornecer um atendimento igualitário e universal para todos aqueles que precisam dos serviços, sem discriminação de qualquer espécie. Fato legalmente respaldado pela constituição brasileira.

Em relação às associações observadas no modelo final ajustado, detectou-se maior prevalência de não atendimento para aqueles sem união estável/casado, os que procuraram por tratamento/reabilitação, os que relataram desagrado com o profissional/serviço público, os que não recomendariam o profissional/serviço público e os que autoavaliaram a sua saúde geral como regular/ruim.

No condizente ao não atendimento aos que precisaram do serviço para tratamento de doença ou reabilitação, deve-se considerar que certas doenças, quando não tratadas no momento adequado, poderão desencadear problemas mais graves e impactar, negativamente, na saúde do indivíduo. Em consonância a esse resultado, o estudo demonstra que o não atendimento foi associado à autoavaliação de saúde geral como regular/ruim. Sugere-se que o não atendimento, na primeira procura ao serviço de saúde, influenciou nas opiniões dos pesquisados quanto à manifestação de desagrado com o profissional/serviço público e à não recomendação dos mesmos.

No atual estudo, um pouco mais da metade dos participantes efetuou pelo menos uma consulta médica ao longo do ano. Valor menor que outros estudos de base populacional em estados da região sul, como em Santa Catarina, com 2022 adultos, com prevalência para consultas médicas ao ano igual a 76%²¹ e no Rio Grande do Sul, igual a 72%.²² Cabe destacar que esses dois estudos da região Sul pesquisaram somente adultos, e o atual estudo pesquisou além de adultos os idosos, o que era de se esperar maior prevalência de consultas médicas, no geral, já que o processo de envelhecimento, geralmente, vem acompanhado de uma maior necessidade de cuidados à saúde.

Essa afirmação foi constatada em estudo com idosos, que concluiu que eles são grandes usuários dos serviços de saúde, o que requer organização da rede pública frente a uma alta demanda por procedimentos diagnósticos terapêuticos entre esse grupo populacional.²³ Assim, no presente estudo, a inclusão de idosos na amostra sugere aumento no número médio de consultas médicas, entretanto, ao comparar a média de consultas médicas entre idosos e adultos, aponta-se um menor número para os idosos.

Na discussão da utilização dos serviços de saúde a literatura demonstra que a utilização dos serviços na rede do SUS é na sua maioria pelas pessoas com menor escolaridade.²⁴ Estudo populacional com indivíduos entre 20 a 75 anos, cadastrados na ESF, verificou problemas na acessibilidade organizacional, tais como o longo tempo de espera para a consulta médica. Os indivíduos com menor nível socioeconômico utilizaram mais o serviço.²⁵ Contrariamente, no atual estudo, as pessoas com mais anos de estudos, nível superior, consultaram um médico quase duas vezes ao ano, diferentemente daqueles sem escolaridade, que consultaram 1,36 vezes ao ano.

A maior utilização dos serviços de saúde por pessoas com maior escolaridade também foi observada em estudo internacional, que descreveu a relação entre as desigualdades educacionais e a utilização dos serviços de saúde, por pessoas com idade igual ou maior que 50 anos, residentes em 12 países europeus. Nesse, confirmou-se a presença de desigualdade educacional substancial no uso dos serviços; aqueles com maior nível de escolaridade apresentam maiores recursos, seja cognitivo, comunicativo e/ou relacionais, que contribuem para autonomia das escolhas e decisões em saúde. Entretanto, a organização institucional pode modificar a relação de desigualdade devido à menor escolaridade.²⁶

Ainda com relação à média de consultas médicas na saúde pública, observou-se que aqueles sem plano de saúde consultaram quase duas vezes ao ano, assim como aqueles que não recomendariam o

profissional/serviço público. Este achado sugere que as pessoas sem plano ficam limitadas às possibilidades de alternativas de assistência à saúde, e por isto utilizam bastante o serviço público. Contrariamente, aqueles que consultam mais não recomendam o profissional/serviço, o que reforça a hipótese de utilização do serviço público por falta de acesso aos serviços privados ou suplementares. Contudo, aqueles que não relataram desagrado com o profissional/serviço público apresentaram maior média de consultas médicas, sugerindo que o maior acesso aos serviços de saúde relaciona-se com a maior satisfação quanto aos serviços obtidos.

A menor média de consultas médicas no setor público, ao ano, foi para aqueles que avaliaram a sua saúde como muito boa e, a maior média para aqueles que avaliaram como ruim, com quase uma consulta a cada quatro meses. Em outro estudo de base populacional, em município de médio porte do sul do Brasil, também se encontrou maior prevalência de consultas ao ano por aqueles que avaliaram negativamente a sua saúde.²⁰

Dessa forma, possuir uma patologia que necessita de acompanhamento profissional pode justificar a maior média de consultas por indivíduos que autoavaliaram a saúde como regular/ruim. Nessa perspectiva, outro estudo²⁷ apontou ser a carga de doenças um importante modulador nas diferenças das prevalências de consultas médicas.

Em se tratando de acesso aos serviços no âmbito da ESF, em pesquisa conduzida no mesmo município do atual estudo, constatou-se, entre 241 agentes comunitários de saúde (ACS), que 99,2% identificam a situação de saúde das famílias e comunicam as informações para os profissionais da equipe de saúde da família. Os ACS orientam as famílias sobre uso dos serviços (99,6%) e fazem o encaminhamento e agendamento de consultas e também de exames (78,8%).²⁸

Em adição, no município foi constatado que os profissionais da Medicina realizam em média 3,63 consultas domiciliares por semana, prioritariamente para os acamados.²⁹ Esses resultados podem explicar, em parte, o maior número de consultas pelos indivíduos que avaliaram negativamente a sua saúde, pois é possível que a ação do ACS como identificador das famílias de risco e articulador entre as demandas da comunidade e a prestação de serviços dos profissionais da ESF tenha contribuído para esse fato.

Cabe destacar a limitação inerente aos estudos transversais, sendo as medições feitas ao mesmo momento, espaço e tempo, não sendo possível distinguir causa-efeito do problema. Outro aspecto refere-se ao levantamento de dados por meio de entrevista, com possibilidade de viés de informação, controlado pela adoção de um menor tempo, 15 dias, para a questão que se referiu ao acesso na primeira vez que procurou o serviço público.

Considera-se este estudo importante, realizado com dados primários e amostra representativa da população de cidade de porte médio, com contribuições para saúde pública e coletiva e, também para a prática dos profissionais de saúde, ao discutir acesso e utilização dos serviços, no âmbito da saúde pública.

Conclusões

Nem todos que procuraram por profissionais/serviços de saúde públicos obtiveram acesso imediato, sugerindo que o acesso à saúde, igualitário e universal, ainda é uma meta a ser alcançada. A dificuldade do acesso aos serviços de saúde foi relacionada à procura na atenção primária, para tratamento ou

reabilitação e entre os que autoavaliaram a sua saúde como regular/ruim. Então, a APS, apesar de ser considerada a porta de entrada na rede SUS, ainda não consegue acolher todos os usuários que procuram por assistência, para resolução do problema ou para referenciá-los a outros níveis de atenção.

O não acesso imediato aos serviços parece influenciar, negativamente, as opiniões quanto à avaliação do profissional/serviço público e na possibilidade de recomendá-los a outras pessoas. Contudo, entre os que não recomendam a saúde pública observou-se maior utilização das consultas médicas/ano, o que sugere falta de autonomia dos usuários do SUS para escolha dos serviços de saúde a utilizar. Assim, os resultados sugerem necessidade de repensar a gestão de saúde pública e as práticas dos profissionais de saúde, principalmente na APS, já que foi o ponto de atenção associado com a dificuldade de acesso.

Destaca-se a importância de adotar medidas de acolhimento e educação permanente para os profissionais, no intuito de efetivar o acesso aos serviços de saúde e melhorar a qualidade da assistência prestada.

Referências

1. Silva Júnior ES, Medina MG, Aquino R, Fonseca ACF, Vilasbôas ALQ. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2010;10(Suppl 1):s49-s60. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000500005>
2. Figueroa Pedraza D, Cavalcanti Costa GM. Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia. *Enferm Glob*. 2014;13(1):267-78. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.13.1.170901>
3. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
4. Jesus WLA, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(1):161-70. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000100022>
5. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2002.
6. Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(10):2490-502. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000023>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 152 p.
8. Dargatz DA, Hill GW. Analysis of survey data. *Prev Vet Med*. 1996;28(4):225-37. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0167-5877\(96\)01052-5](http://dx.doi.org/10.1016/0167-5877(96)01052-5)
9. Szwarcwald CL, Damascena GN. Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatística dos dados. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(Suppl1):38-45. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500004>
10. Assis MMA, Villa TCS, Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(3):815-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000300016>
11. Andrade MV, Noronha K, Barbosa ACQ, Rocha TAH, Silva NC, Calazans JA, et al. A equidade na cobertura da Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(6):1175-87. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00130414>
12. Jusot F. Les inégalités de recours aux soins: bilan et évolution. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2013;61(Suppl 3):163-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2013.05.011>
13. Garcia-Subirats I, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, Silva MR, Unger JP, et al. Barriers in access to healthcare in countries with different health systems. A cross-sectional study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Soc Sci Med*. 2014;106:204-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.01.054>

14. Reis RS, Coimbra LC, Silva AAM, Santos AM, Alves MTSSB, Lamy ZC, et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(11):3321-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001100022>
15. Miquilin IOC, Marín-León L, Monteiro MI, Corrêa Filho HR. Desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde entre trabalhadores informais e desempregados: análise da PNAD 2008, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(7):1392-406. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000700013>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
17. Lima MADS, Ramos DD, Rosa RB, Nauderer TM, Davis R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(1):12-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000100003>
18. Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(2):331-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200009>
19. Silva TF, Romano VF. O acolhimento e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família no município do Rio de Janeiro: fragmentos, perspectivas e reflexões. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015;10(34):1-7. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf10\(34\)1010](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf10(34)1010)
20. Lima SAV, Silva MRF, Carvalho EMF, Pessoa EAC, Brito ESV, Braga JPR. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. *Physis*. 2015;25(2):635-56. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000200016>
21. Boing AF, Matos IB, Arruda MP, Oliveira MC, Njaine K. Prevalência de consultas médicas e fatores associados: um estudo de base populacional no sul do Brasil. *Rev Assoc Med Bras*. 2010;56(1):41-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302010000100014>
22. Dias-da-Costa JS, Gigante DP, Horta BL, Barros FC, Victora CG. Utilização de serviços de saúde por adultos da coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(Suppl 2):51-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000900008>
23. Pilger C, Menon UM, Mathias TAF. Health services use among elderly people living in the community. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(1):213-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100027>
24. Barata RB. Acesso e uso de serviços de saúde. Considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006. *São Paulo Perspect*. 2008;22(2):19-29.
25. Oliveira LS, Almeida LGN, Oliveira MAS, Gil GB, Cunha ABO, Medina MG, et al. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(11):3047-56. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100021>
26. Terraneo M. Inequities in health care utilization by people aged 50+: evidence from 12 European countries. *Soc Sci Med*. 2015;126:154-63. PMID: 25562311 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.028>
27. Regidor E, Martínez D, Calle ME, Astasio P, Ortega P, Domínguez V. Socioeconomic patterns in the use of public and private health services and equity in health care. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:183. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-8-183>
28. Costa SM, Araújo FF, Martins LV, Nobre LLR, Araújo FM, Rodrigues CAQ. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(7):2147-56. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700030>
29. Costa SM, Souza LPS, Souza TR, Cerqueira ALN, Botelho BL, Araújo EPP, et al. Práticas de trabalho no âmbito coletivo: profissionais da equipe Saúde da Família. *Cad Saúde Coletiva*. 2014;22(3):292-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400030011>

Orlene Veloso Dias. Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). Montes Claros, MG, Brasil. orlenedias@yahoo.com.br

Flávia Ferreira Araújo. Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). Montes Claros, MG, Brasil. flaviamoc@gmail.com

Rayana Meireles de Oliveira. Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). Montes Claros, MG, Brasil. razinhameireles@hotmail.com

Rosângela Barbosa Chagas. Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). Montes Claros, MG, Brasil. rosachagas@yahoo.com.br

Simone de Melo Costa. Departamento de Odontologia e do Mestrado Profissional em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). Montes Claros, MG, Brasil. smelocosta@gmail.com (*Autora correspondente*)

Relatos médicos sobre formação acadêmica e trabalho na Estratégia de Saúde da Família

Medical reports on academic training and work in Family Health Strategy

Informes médicos acerca de la educación y trabajo en la Estrategia de Salud de la Familia

Jaqueline Santos Barboza, Amanda Batista da Silva Lemos, Bruna Fraga Guimarães Barreiro, Gabriela Bernardes Martins Peixoto

Resumo

Objetivo: Analisar as percepções dos médicos atuantes na Estratégia de Saúde da Família de um município de médio porte no estado de Minas Gerais sobre a formação e atuação neste nível de atenção. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, exploratória e descritiva, que avaliou o universo de significados, crenças, valores e atitudes dos participantes em relação ao tema. Os dados foram coletados mediante entrevista semiestruturada. **Resultados:** Foram realizadas 12 entrevistas com médicos de 11 unidades de saúde. Os sujeitos entrevistados relatam que os conhecimentos referentes à Estratégia de Saúde da Família no currículo da graduação foram satisfatórios e contribuíram com sua formação e atuação profissional. No entanto, a escolha pelo trabalho ainda aparece como um caminho facilitador para entrada na residência médica, principalmente por meio de programas governamentais. **Conclusões:** Ainda que a pesquisa tenha abordado os relatos de uma pequena parcela de médicos, a análise evidencia a importância da educação médica na sensibilização e capacitação em medicina de família e comunidade, bem como a ainda necessária valorização da carreira no nível primário de atenção. Estas temáticas permanecem no bojo das discussões quando se trata da consolidação desta estratégia no país.

Abstract

Objective: To analyze the perception of physicians working in the Family Health Strategy of a medium-sized municipality in the state of Minas Gerais, about the training and work in this field of activity. **Methods:** This is a qualitative, exploratory and descriptive research, which addressed the universe of meanings, beliefs, values and attitudes of the participants towards the subject. **Results:** 12 interviews were conducted with physicians from 11 health units. The subjects interviewed report that the knowledge referring to the Family Health Strategy in their undergraduate curriculum was satisfactory and contributed to their professional training and performance. However, the choice of work still appears as a facilitating pathway to medical residency, mainly through government programs. **Conclusions:** Although the research has addressed the reports of a small number of physicians, the analysis highlights the importance of medical education in sensitizing and training for family and community medicine, as well as the still needed career enhancement in the primary care level. These topics remain in the heart of the discussions when it comes to the consolidation of this strategy in the country.

Palavras-chave:

Medicina de Família e Comunidade
Educação Médica
Estratégia de Saúde da Família

Keywords:

Community Family Practice
Medical Education
Family Health Strategy

Como citar: Barboza JS, Lemos ABS, Barreiro BFG, Peixoto GBM. Relatos médicos sobre formação acadêmica e trabalho na Estratégia de Saúde da Família. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-8. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1393](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1393)

Fonte de financiamento: declaram não haver.

Parecer CEP: 1.070.008 (UNIFENAS), aprovado em 20/05/2015.

Conflito de interesses: declaram não haver.

Procedência e revisão por pares: revisado por pares.

Recebido em: 11/09/2016.

Aprovado em: 15/11/2016.

Resumen

Objetivo: Analizar las percepciones de los médicos que trabajan en la Estrategia de Salud de la Familia de un municipio de tamaño medio en el estado de Minas Gerais, en la formación y trabajo en este nivel de atención. **Métodos:** Se trata de una investigación cualitativa, exploratoria y descriptiva, que abordó el universo de significados, creencias, valores y actitudes de los participantes en el tema. **Resultados:** Se realizaron 12 entrevistas con médicos de 11 unidades de salud. Los entrevistados informan que el conocimiento relativo a la Estrategia de Salud de la Familia en el plan de estudios de licenciatura fue satisfactorio y contribuyó a su formación y desempeño profesional. Sin embargo, la elección del trabajo continúa apareciendo como una forma facilitadora para la entrada en la residencia médica, principalmente a través de los programas de gobierno. **Conclusiones:** Aunque la investigación se ha ocupado de los informes de un pequeño porcentaje de los médicos, el análisis pone de relieve la importancia de la educación médica en la sensibilización y la formación en medicina familiar y comunitaria, así como la mejoría de la carrera sigue siendo necesaria a nivel de atención primaria, cuestiones que quedan en medio de discusiones cuando se trata de la consolidación de esta estrategia en el país.

Palabras clave:

Medicina Familiar
y Comunitaria
Educación Médica
Estrategia de Salud Familiar

Introdução

Neste trabalho apresentamos uma interlocução entre a formação acadêmica e a atuação médica na Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da análise dos relatos dos médicos que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF). A importância da atuação médica no fortalecimento do sistema e no adequado atendimento à população justificou esse trabalho, que buscou delimitar o perfil de graduação de médicos num município de médio porte do Sul de Minas Gerais.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) absorve uma grande parcela de médicos, especialmente na ESF, porta de entrada comum para o mercado de trabalho. Apesar de o médico representar um elemento fundamental nas equipes de saúde da família, algumas barreiras são encontradas na execução de seu trabalho, supostamente calcadas na deficiência curricular em saúde coletiva.

É consensual que a consolidação da ESF depende da efetiva qualificação do profissional de saúde, em especial do médico, que neste contexto não pode se limitar a um atendimento curativo em função de uma emergência qualquer. É preciso integrar-se à equipe com o intuito de tornar sua função proativa: atuando na prevenção de doenças e na promoção da saúde comunitária por meio de atividades comunicativas e das ações técnicas mais diversas.¹

Elemento essencial nas equipes mínimas de Saúde da Família, os médicos compõem um conjunto de agentes capazes de desenvolver ações de saúde, sendo, deste modo, uma importante força de trabalho em saúde.² Portanto, é fundamental que o processo de formação acadêmica e profissional seja capaz de formar profissionais que atuem nos diferentes níveis de atenção à saúde, em especial nos programas que requerem ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo.³

É possível que o ensino na comunidade, adotando a ESF como *locus* de aprendizagem da educação médica, propicie aos médicos recém-formados maior segurança e preparação para atuar na ESF, ao contrário dos profissionais formados em currículos antigos.⁴

Neste sentido, as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Medicina³ enfatizam a necessidade de formar um profissional adequado às necessidades do sistema de saúde pública, além de refletirem um cenário de transição e consolidação de um novo modelo assistencial em saúde no Brasil que preconiza e orienta a organização dos cursos de medicina, de forma a estimular a formação do médico comprometido com as demandas do Sistema Único de Saúde, o SUS.

As reformas no plano curricular nos cursos de graduação em saúde projetaram estratégias que permitem ao aluno experienciar a Atenção Primária em seu contexto mais amplo pela influência direta com os usuários do sistema de saúde, com as equipes de Saúde da Família e nos locais onde essa prática se desenvolve. Isso impulsiona as bases que possibilitam ao estudante de Medicina captar o sentido de toda a formação médica.⁵

Métodos

Tratou-se, portanto, de uma pesquisa de abordagem qualitativa, exploratória e descritiva, que abordou o universo de significados, crenças, valores e atitudes relacionadas ao tema.⁶

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada, que permite maior flexibilidade na sua condução e ao mesmo tempo um levantamento de dados objetivos. As questões abordadas na entrevista enfatizaram a percepção dos entrevistados sobre sua própria formação acadêmica e sobre o seu trabalho na ESF.

O roteiro continha questões como: presença de conteúdos sobre ESF/APS na graduação, suficiência da formação na área, possíveis falhas curriculares e discrepâncias entre graduação e prática. Questionou-se, também, as facilidades e dificuldades no trabalho na APS, a escolha do campo de trabalho e a percepção pessoal sobre atuação na ESF.

As entrevistas, que aconteceram em Unidades de Saúde da Família (USF) do município, durante o turno de trabalho habitual dos profissionais e mediante prévia autorização dos gestores da Secretaria Municipal de Saúde do município, foram individuais e sigilosas, em ambiente reservado para tal.

As entrevistas foram gravadas e os dados passaram (1) organização dos relatos em uma ordem, criando subconjuntos para leitura das homogeneidades e das diferenciações; (2) elaboração transversal do conjunto ou de cada subconjunto do material empírico, com a intenção de organizar tecnicamente subconjuntos separados por assuntos, constituindo já a primeira forma de classificação do material; (3) o material contido nos muitos subconjuntos passou por uma nova leitura e organização, re-arrumado em tópicos que os entrevistados destacaram, sobretudo, por meio da reiteração. A interpretação deste produto final foi feita, sobretudo, por meio do método comparativo, por categorias de análise que emergiram da literatura analisada na revisão da literatura.⁷

Os participantes foram orientados quanto aos objetivos da pesquisa e formalizaram a participação mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer número 1.070.008.

Resultados e Discussão

Foram realizadas 12 entrevistas com médicos de 11 Unidades de Saúde da Família (USF). Apenas um médico de uma unidade de saúde específica se recusou a participar da presente pesquisa. Considerando que a cidade possui 12 Unidades de ESF, essa amostra corresponde a aproximadamente 92%. A grande maioria dos entrevistados (75%) tem formação acadêmica em um mesmo campus de uma mesma universidade, e 67% desses médicos possuem tempo de trabalho na ESF menor que 4 anos, sugerindo, portanto, formação acadêmica recente.

APS/ESF no currículo da graduação médica

Dos médicos entrevistados, todos relataram contato com conteúdos teóricos e práticos da APS na graduação, incluindo procedimentos básicos como aferir pressão, triagem e visitas domiciliares. Além disso, relataram que houve o contato com a estrutura das Unidades de Saúde do primeiro ao último período, em formato de disciplinas práticas, estágios e módulos profissionalizantes.

“Sim, na faculdade desde o primeiro ano, eles já estão fazendo a formação mais voltada, né?, para o atendimento básico, atendimento primário de PSF. Então, desde o primeiro período de faculdade a gente teve tanto a parte prática, onde a gente já tinha contato com o PSF, acompanhava, via a estrutura e tudo. Na parte teórica também, a gente tinha umas aulas voltadas... Então já teve como ter uma base de como é que seria esse trabalho no PSF.” (M3)

Este resultado difere do encontrado por Gonçalves et al.,⁸ em um estudo semelhante com os médicos atuantes na ESF da cidade de Botucatu (SP) entre os anos 2006 e 2007, cujo resultado havia sido unânime em referência ao curso de graduação não ter dado destaque e capacitação aos médicos para escolher e exercer a profissão na APS.

A diferença entre os resultados pode ser atribuída pela consolidação, ainda que tardia, das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, que no ano de 2001 propunham o aprendizado por competências e a formação de um egresso com compreensão ampliada de saúde e consciência da realidade em que atua. A integralidade constituía um dos principais elementos de um currículo baseado em competências, agregado ao Sistema de Saúde (SUS) e à universidade, numa formação em que a Atenção Primária a Saúde é evidenciada como norteadora dessa prática integral.⁹

As novas diretrizes, aprovadas em 2014, continuaram a incorporar novos avanços na educação médica. Um desses avanços foi a inserção de estágio curricular obrigatório de formação em serviço, em regime de internato, com carga horária mínima de 35% da carga horária total do curso de Medicina. Dessa carga horária mínima, 30% deverá ser desenvolvida na Atenção Básica e em Serviços de Urgência e Emergência do SUS com predomínio dos serviços de Atenção Básica. Esses serviços ainda devem ser coordenados e voltados para a área de Medicina Geral de Família e Comunidade.³

Os médicos entrevistados consideraram-se suficientemente preparados pela graduação para atuação na ESF, ainda que alguns destaquem certa sensação de insegurança nos primeiros dias de trabalho. Segundo eles, a existência de estágios na APS durante o curso complementou de forma satisfatória a formação, capacitando-os para exercer sua profissão na ESF.

“(...) Então, nós sentimos na realidade o que é ser médico de família, o que, como que a gente poderia atuar e me deu uma base muito boa para o que eu sou hoje dentro da saúde da família.” (M6)

Os entrevistados apontaram, ainda, níveis crescentes de complexidade dos procedimentos realizados na APS no decorrer da graduação. De fato, as Diretrizes Nacionais do Curso de Medicina de 2001 estabeleciam que na formação médica o estudante deve ser capacitado a atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, assim como de utilizar adequadamente os recursos semiológicos e terapêuticos para cada um desses níveis de atenção.⁹

“À medida que a gente avançava de período nossas atividades em relação à atenção primária se tornavam mais complexas, [...] a partir do quarto ano já atendíamos os pacientes.” (M1)

A maior parte dos entrevistados afirmou que quanto mais o ensino acadêmico priorizar a realização de atividades práticas na Atenção Primária, melhor será para a formação do médico. Além disso, entre as sugestões dos entrevistados para melhorar a qualidade dos atendimentos na ESF, a principal foi intensificar as atividades práticas na disciplina de APS, podendo, por exemplo, mesclar teoria e prática já nos primeiros anos. Em síntese, a maioria dos entrevistados indicou um enfoque curricular na ESF por parte da universidade.

“Eu acho que quanto mais prática, mais você vai ter facilidade na hora de trabalhar sozinho... Porque você vai aprender na prática, vai colocar o que aprende em sala de aula aqui (no PSF)”. (M7)

“Saber diferenciar e dar mais um pouquinho de importância para a preparação clínica do médico que tem interesse em PSF. Porque eu acho que de forma geral nós somos preparados como generalistas, mas esta visão de que o médico do PSF é um clínico diferente fica às vezes um pouquinho a desejar [...]” (M12)

“A gente percebe uma tendência, até mesmo no ponto de vista do próprio governo, de uma correção de grade para focar mais a atenção primária.” (M10)

De modo similar, as diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina enfatizam a necessidade de formar um profissional adequado às necessidades sociais da saúde com ênfase no SUS por intermédio dessa integração ensino-serviço como um espaço de ensino-aprendizagem. As necessidades dos pacientes e da comunidade em geral são norteadoras de uma possível transformação social. Aproximar a formação do médico das realidades de saúde e de trabalho, segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso, tende a formar um profissional competente, ético e comprometido com as necessidades de saúde da população.^{3,4}

O trabalho na APS/ESF: complexidade e desafios

Apesar de a ESF ser um serviço de baixa densidade tecnológica, suas equipes devem ser capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população.¹⁰ O trabalho do médico de Família e Comunidade é bastante complexo, e é essencial o domínio de um grande espectro de conhecimentos, bem como habilidades e atitudes para enfrentar a complexa realidade biopsicossocial dos pacientes, família e comunidade.¹¹

De acordo com Rosa & Labate,¹² a ESF introduz uma nova visão sobre o trabalho em saúde ao colocar a família e a saúde como centros de atenção (e não somente o indivíduo ou a doença), e buscar um modelo de atenção que age de forma preventiva. De fato, a maioria dos médicos entrevistados relataram que o trabalho médico na ESF fundamenta-se em promoção de saúde, ou seja, prevenir doenças e “ver o paciente como um todo”, extrapolando a esfera curativa.

*“Trabalhar numa ESF é justamente a questão de olhar o paciente de uma forma mais abrangente.”
(M2)*

O trabalho médico na ESF excede a esfera da intervenção curativa individual e inclui, principalmente, demandas sanitárias que geram as ações tradicionais da saúde pública (saneamento do meio, desenvolvimento nutricional, a vacinação ou a informação em saúde), as demandas relacionadas a ações clínicas (prevenção, profilaxia e o tratamento de doenças de caráter epidêmico).¹²

“Você conseguir cuidar da saúde desses pacientes de forma preventiva, lá na frente o índice de doença vai ser muito menor.” (M7)

Entretanto, parte disso não parece ser concretizado na prática, fato que a maior parte dos entrevistados aponta como a discrepância entre teoria e prática, justificada, principalmente, pela impossibilidade de se executar nas Unidades de Saúde algumas práticas e diretrizes vistos na teoria.

“É, nada acontece como a teoria né? (...) Mas a gente se vê meio que obrigado a fazer conforme o serviço aqui funciona, a gente não pode agir conforme o que a gente aprende só.” (M4)

“Boa parte do conteúdo não é possível aplicar na prática, (...) como por exemplo a consulta programada, isso não funciona, infelizmente, na prática. O material que se tem disponível para trabalhar é complicado. A gente poderia fazer muito mais coisa na atenção básica para melhorar o atendimento.” (M1)

As dificuldades de aplicar na prática aquilo que é ensinado na teoria aos médicos foram atribuídas à falta de tempo, de infraestrutura, organização do serviço e excesso de demanda, necessitando, por essa razão, adaptarem suas atividades práticas de acordo com o que é possível.

“Se funcionasse realmente como está nas regras, no edital, no próprio SUS... seria tudo lindo, né?” (M3)

A complexidade do trabalho na ESF pode ser relacionada com sua responsabilidade na resolução dos problemas de saúde da comunidade. Já os desafios do trabalho na APS podem ser associados à discrepância entre teoria e prática, e devido à falta de investimentos governamentais para organização plena do serviço.

O desafio da valorização da carreira

Sabe-se que a ESF ocupa lugar de transição na carreira médica, como uma etapa entre a graduação e a especialidade ou o sistema privado. De fato, grande parte dos médicos entrevistados relataram que trabalhar na ESF é um facilitador para entrada em programas de Residência Médica, especialmente se ligados à programas que pontuam o currículo (como PROVAB, por exemplo). Um pequeno grupo afirmou que a escolha pela ESF foi devido a sua importância social, enquanto muitos justificaram a escolha com base na necessidade financeira e as poucas opções para um médico recém-formado.

“Escolhi para contar pontos para residência porque faço parte do programa do PROVAB e também porque ainda não sei no que se especializar para fazer a residência.” (M8)

Nogueira¹ afirma que a falta de valorização e reconhecimento para os médicos dessa área são apontados como fatores que colaboram para a alta rotatividade dos médicos da ESF, e a inexistência de um plano de carreira para o médico na Saúde Pública contribui para esta realidade, como se observam nos relatos:

“Esse ano sim, porque eu não sei o que escolher na residência não. Mas eu não quero seguir com o PSF pro resto da minha vida não.” (M1)

“Não, eu digo que pra trabalhar em PSF deveria ser um médico com residência em PSF, eu acho que é muito triste você colocar um recém-formado num PSF. A gente, aqui a gente pega de tudo, então aqui eu tenho que mexer com ortopedia, urologia, nefro, GO, pediatria, todas as especialidades e a gente tem uma noção durante a faculdade, né? (...)” (M4)

Dessa maneira, ainda há um nítido descompasso entre a retórica oficial, que atribui grande importância à Saúde da Família, e as medidas efetivas de formação e regulação da especialidade no país.¹³ Portanto, far-se-ia necessário principalmente, a criação de um plano de carreira para essa área para maior motivação dos médicos para atuação na área.

Considerações Finais

Os sujeitos entrevistados relatam que os conhecimentos referentes à ESF no currículo da graduação foram satisfatórios e contribuíram com sua formação e atuação profissional, de modo que se pode destacar o papel fundamental do currículo da graduação médica na qualificação profissional dos médicos que atuarão em medicina de família e comunidade.

No entanto, a escolha pelo trabalho na ESF ainda aparece como um caminho facilitador para entrada na residência médica, principalmente por meio de programas governamentais, o que dificulta a permanência desses médicos no local, inviabilizando a continuidade da atenção (longitudinalidade) e a integração com a comunidade.

Ainda que esta pesquisa tenha abordado o universo de uma pequena parcela de médicos atuantes na ESF, a análise dos relatos evidencia a importância da educação médica na sensibilização e capacitação em medicina de família e comunidade, bem como a ainda necessária valorização da carreira no nível primário de atenção, temáticas que permanecem no bojo das discussões quando se trata da consolidação da ESF no país.

Referências

1. Nogueira RP. A questão do médico em saúde da família. Rev Desafios do Desenvolvimento. 2006; 28(3). [Citado 2016 Dez 15]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=853:catid=28&Itemid=23
2. Feuerwerker LCM. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. Rio de Janeiro: Hucitec; 2002.
3. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e outras providências. Brasília: Ministério da Educação; 2014.

4. Nóbrega-Therrien SM, Souza PMM, Pinheiro FMC, Castro VS. Formação para estratégia saúde da família na graduação em medicina. *Rev Bras de Educ Med.* 2015;39(1):112-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n1e02212012>
5. Souza MB, Rocha PM, Sá AB, Uchoa SAC. Trabalho em equipe na atenção primária: a experiência de Portugal. *Rev Panam Salud Publica.* 2013;33(3):190-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892013000300005>
6. Minayo MCS, org. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade.* 28ª ed. Petrópolis: Vozes; 2009.
7. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
8. Gonçalves, RJ, Soares RA, Troll T, Cyrino EG. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Rev Bras Educ Med.* 2009;33(3):382-92. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000300009>
9. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília: Diário Oficial da União; 2001.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. 41 p.
11. Falk JW. A Medicina de Família e Comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2004;1(1):5-10. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf1\(1\)2](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf1(1)2)
12. Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2014;13(6):1027-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000600016>
13. Rodrigues PHA, Ney MS, Paiva CHA, Souza LMBM. Regulação do trabalho médico no Brasil: impactos na Estratégia de Saúde da Família. *Physis.* 2013;23 (4):1147-66. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000400007>

Jaqueline Santos Barboza. Universidade José do Rosário Vellao (UNIFENAS).
Alfenas, MG, Brasil. jaquelinesb_psi@hotmail.com (*Autora correspondente*)

Amanda Batista da Silva Lemos. Universidade José do Rosário Vellao (UNIFENAS).
Alfenas, MG, Brasil. mandinhah_1995@hotmail.com

Bruna Fraga Guimarães Barreiro. Universidade José do Rosário Vellao (UNIFENAS).
Alfenas, MG, Brasil. brunarbdb@hotmail.com

Gabriela Bernardes Martins Peixoto. Universidade José do Rosário Vellao (UNIFENAS).
Alfenas, MG, Brasil. gabibmp@hotmail.com

Fatores de risco e proteção de doenças crônicas em adultos: estudo de base populacional em uma cidade de médio porte no sul do Brasil

Risk and protective factors for chronic diseases in adults: population-based study in a medium-sized town in the South of Brazil

Factores de riesgo y protección para enfermedades crónicas en adultos: estudio de base poblacional en una ciudad de tamaño mediano en el sur de Brasil

Carine Baumgartel, Mihaela Onofrei, Leo Lynce Valle Lacerda, Luciane Peter Grillo, Tatiana Mezadri

Resumo

Introdução: As doenças crônicas constituem sério problema de saúde pública, caracterizadas por uma etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e associadas a deficiências e incapacidades funcionais. **Objetivos:** Determinar a prevalência e a distribuição dos principais fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis na população adulta, estratificada por sexo e faixa etária no município de Itajaí, SC. **Métodos:** A amostra foi constituída por 432 adultos, entre julho de 2013 e junho de 2014. Aplicou-se um questionário, composto por fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis. **Resultados:** A amostra foi composta por 48,4% do sexo masculino e 51,6% do sexo feminino, predominando a faixa etária de 20 a 39 anos (56,2%), estado civil casado e/ou união estável (70,4%) e com nível de escolaridade de até 11 anos (46,3%). Em relação aos fatores de risco, quando comparados com os dados nacional e estadual, os sexos masculino e feminino apresentaram prevalências significativamente superiores, respectivamente, para: tabagismo (22,5%; 17,0%); consumo de refrigerantes ou suco artificial (45,5%; 34,5%), leite integral (72,3%; 70,9%), carne com gordura (58,4%; 49,3%), obesidade (24,2%; 21,3%) e autoavaliação negativa de saúde (19,1%; 30,9%). Quanto aos fatores de proteção verificaram-se valores superiores e significativos para consumo regular de frutas e hortaliças (51,2%; 70,4%) e inferiores para o consumo recomendado de frutas e hortaliças (9,6%; 16,1%), feijão (46,9%; 40,4%) e atividade física (30,1%; 39,0%). **Conclusão:** Os resultados apontaram que as maiores prevalências de fatores de risco estão relacionadas à tríade ingestão alimentar inadequada, inatividade física e tabagismo, destacando-se as elevadas proporções de autoavaliação negativa da saúde.

Abstract

Introduction: Chronic diseases constitute a serious public health problem, characterized by an uncertain aetiology, multiple risk factors, long periods of latency, prolonged course, non-infectious origin and association with disability and functional disability. **Objectives:** To determine the prevalence and distribution of major risk factors and protection for chronic diseases in the adult population, stratified by sex and age group in Itajaí, Santa Catarina. **Methods:** The sample consisted of 432 adults, aged 20-59 years between July/2013 and June/2014. A questionnaire was applied, consisting of risk and protection factors for chronic noncommunicable diseases. **Results:** The sample comprised 48.4% men and 51.6% women with predominant age group 20-39 years (56.2%), being married and/or cohabiting (70.4%) and education level of up to eleven years (46.3%). Regarding risk factors, compared with the national and state data, men and women had significant higher prevalence rates respectively for smoking (22.5%; 17.0%); consumption of sodas or artificial juice (45.5%; 34.5%), whole milk (72.3%; 70.9%), meat with visible fat (58.4%; 49.3%), obesity (24.2%; 21.3%) and negative self-assessed health (19.1%; 30.9%). With regard to protective factors and significant higher values for the regular consumption of fruits and vegetables (51.2%; 70.4%) and lower for the recommended consumption of fruits and vegetables (9.6%; 16.1%), beans (46.9%; 40.4%) and physical activity during leisure time (30.1%; 39.0%). **Conclusions:** The results showed that the highest prevalence of risk factors for chronic diseases is related to triad inadequate food intake, physical inactivity and smoking, specially the high proportions of negative self-rated health.

Como citar: Baumgartel C, Onofrei M, Lacerda LLV, Grillo LP, Mezadri T. Fatores de risco e proteção de doenças crônicas em adultos: estudo de base populacional em uma cidade de médio porte no sul do Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-13. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1248](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1248)

Palavras-chave:

Doença Crônica
Fatores de Risco
Adulto
Inquéritos Epidemiológicos

Keywords:

Chronic Disease
Risk Factors
Adult
Health Surveys

Fonte de financiamento:

declaram não haver.

Parecer CEP:

392.197/13 (Univali), aprovado 25/10/2011.

Conflito de interesses:

declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:

revisado por pares.

Recebido em: 26/11/2015.

Aprovado em: 09/09/2016.

Resumen

Introducción: Las enfermedades crónicas constituyen un problema grave de salud pública, caracterizado por una etiología incierta, múltiples factores de riesgo, largos períodos de latencia, curso prolongado, origen no infeccioso y asociación con deficiencias y discapacidades funcionales. **Objetivos:** Determinar la prevalencia y la distribución de los principales factores de riesgo y protección para enfermedades crónicas no transmisibles en la población adulta, estratificada por sexo y grupo de edad, en la ciudad de Itajaí, Santa Catarina. **Métodos:** La muestra consistió en 432 adultos entre julio de 2013 y junio de 2014. Se aplicó un cuestionario, que consta de factores de riesgo y protección para enfermedades crónicas. **Resultados:** La muestra estuvo constituida por 48,4% hombres y 51,6% mujeres, rango de edad predominante fue de 20-39 años (56,2%), que se casaron y/o unión de hecho (70,4%) y el nivel de educación de hasta once años (46,3%). En cuanto a los factores de riesgo, en comparación con los datos nacionales y estatales, hombres y mujeres mostraron significativa prevalencia más alta, respectivamente, para: fumadores (22,5%; 17,0%); consumo de bebidas gaseosas o jugos artificiales (45,5%; 34,5%), leche entera (72,3%; 70,9%), carne con grasa (58,4%; 49,3%), obesidad (24,2%; 21,3%) y la autoevaluación de salud negativa (19,1%; 30,9%). En cuanto a los factores de protección que se consideren valores superiores y significativos para el consumo regular de frutas y verduras (51,2%; 70,4%) y más baja para la ingesta recomendada de frutas y verduras (9,6%; 16,1%), frijoles (46,9%; 40,4%) y actividad física (30,1%; 39,0%). **Conclusión:** Los resultados mostraron que la mayor prevalencia de factores de riesgo está relacionada con la tríada - ingesta inadecuada de alimentos, inactividad física y tabaquismo, destacando las proporciones altas de autoevaluación negativa de salud.

Palabras clave:

Enfermedad Crónica
Factores de Riesgo
Adulto
Encuestas de Salud

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem sério problema de saúde pública, tanto nos países ricos quanto nos de média e baixa renda.^{1,2} Caracterizam-se por ter uma etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e por estarem associadas a deficiências e incapacidades funcionais,³ sendo responsáveis por 63% das mortes em todo o mundo, segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde,⁴ além de resultarem na necessidade de tratamentos contínuos que, conseqüentemente, sobrecarregam o Sistema Único de Saúde (SUS) com consultas recorrentes e custos elevados de medicamentos para controle.⁵

Mais de 70% das mortes no Brasil foram atribuídas às DCNT (doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes, câncer e outras). Crescimento da renda, industrialização e mecanização da produção, urbanização, maior acesso a alimentos em geral, incluindo os processados, e globalização de hábitos não saudáveis produziram rápida transição nutricional, expondo a população cada vez mais ao risco destas doenças.^{6,7}

Os fatores de risco indicados para monitoramento são aqueles que mais repercutem na morbidade e mortalidade para doenças crônicas, que podem ser modificados mediante intervenção no âmbito da atenção à saúde e que são relativamente simples de serem medidos, tais como: consumo de tabaco e álcool, excesso de peso, inatividade física e alimentação não saudável.⁸

Integrante da atenção básica à saúde, a Saúde da Família é uma estratégia de mudança do Sistema Único de Saúde de um modelo meramente assistencial e hospitalocêntrico para um baseado na atenção básica como sua porta de entrada. Mais abrangente do que o modelo tradicional, a Saúde da Família engloba ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, assistência aos agravos mais prevalentes, recuperação e reabilitação. Por essas características, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem um grande potencial de se integrar à rede de vigilância em saúde voltada para as doenças crônicas.⁹

Desde a década de 1970, estratégias de controle dos fatores de risco dessas doenças, combinadas com educação comunitária e monitoramento dos indivíduos de alto risco, contribuíram para uma queda substancial na mortalidade em quase todos os países desenvolvidos.¹⁰

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, 2011-2022 define e prioriza as ações de investimentos necessárias à preparação do país para enfrentar e deter as DCNT e seus fatores de risco nos próximos dez anos. O documento aborda os quatro principais grupos de doenças (cardiovasculares, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco em comum modificáveis (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade) e define três eixos de atuação: I. Vigilância, informação, avaliação e monitoramento; II. Promoção da saúde; e III. Cuidado Integral de Doenças Crônicas não Transmissíveis.⁴

São escassos os trabalhos existentes sobre a vigilância de fatores de risco e proteção para DCNT em municípios de médio porte. As grandes cidades perderam o posto de principais polos de atração populacional para os municípios de médio porte com população entre 100 mil e 500 mil habitantes. Incentivados pelo processo de descentralização da indústria e pela expansão do agronegócio, as cidades de 100 mil a 500 mil habitantes aumentaram de 23,3% para 25,5% a participação na população brasileira.¹¹

Dessa forma, faz-se necessário o conhecimento das prevalências e distribuições de fatores de risco para doenças crônicas nos municípios brasileiros, com o compromisso de investigar e intervir no âmbito das realidades regionais de forma a auxiliar no monitoramento de ações de redução e controle destes fatores.

A escolha do tema atende ao primeiro eixo de atuação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, 2011-2022 que fomenta e apoia o desenvolvimento e o fortalecimento da vigilância integrada de DCNT e seus fatores de proteção e risco modificáveis, com ênfase nos inquéritos nacionais e locais.¹² O tema proposto também se deve a tendências desfavoráveis na maioria dos principais fatores de risco, constatando a importância de diagnósticos locais amplos e atualizados que deem subsídios ao planejamento de ações de promoção da saúde e prevenção de DCNT de acordo com as especificidades do grupo avaliado.

O objetivo deste trabalho foi determinar a prevalência e distribuição dos principais fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis na população adulta (referência da Organização Mundial da Saúde - OMS), estratificada por sexo e faixa etária, do município de Itajaí, SC, comparando os resultados com aqueles obtidos pela pesquisa via inquérito telefônico (VIGITEL) para o Brasil e, especificamente, Florianópolis, SC, de forma a obter uma caracterização do município em relação ao âmbito estadual e nacional.

Métodos

Desenho, população do estudo e amostragem

O presente estudo foi caracterizado como transversal de base populacional, desenvolvido nas equipes de Estratégia Saúde da Família do município de Itajaí. A cidade de Itajaí está localizada no litoral norte do estado de Santa Catarina a 93 Km de Florianópolis, capital do Estado. Atualmente, possui 183.373 mil habitantes e um contingente de 110.013 adultos.¹¹

A população estudada foi constituída por 110.013 pessoas de ambos os sexos, com idades compreendidas entre 20 e 59 anos. A amostra foi inicialmente representada por 440 indivíduos com idade igual ou superior a 20 anos, garantindo os estimadores dos parâmetros estudados a um erro máximo de

5%, com um grau de confiança de 95% além de margem de perda acima de 10%. Considerando-se que no período da coleta a cobertura da atenção básica no município era de 100%, utilizou-se a distribuição das unidades básicas de saúde como marco amostral, e como unidades amostrais os registros de pessoas nas unidades de saúde.

O sorteio dos indivíduos foi realizado por meio de códigos atribuídos às fichas cadastrais, com a utilização da função de número aleatório disponível no MS Excel. A amostra foi estratificada proporcionalmente por sexo e faixa etária com ajuste por conglomerado, proporcionalmente ao número de pessoas cadastradas por unidade de saúde. Todas as unidades de saúde do município participaram da amostragem, assegurando-se a representatividade geográfica. Estas foram utilizadas como pontos facilitadores de coleta de dados com as entrevistas nas salas de espera anteriormente à consulta. No entanto, para a amostra masculina, foram realizadas visitas domiciliares, tendo em vista a baixa procura deste estrato nas unidades de saúde. Os critérios de inclusão foram: idade entre 20 e 59 anos. O critério de exclusão foi: ser gestante ou nutriz.

Do sorteio inicial dos 440 indivíduos, 27 não puderam ser contatados por incorreção ou desatualização do cadastro. Dos 413 indivíduos, foram recolhidos dados de 397. Dos demais, dez não foram encontrados e seis não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Uma reamostragem de 43 indivíduos foi realizada com novo sorteio de acordo com as unidades de saúde, sexo e faixa etária. Nesta segunda etapa foram contatados 40 indivíduos e destes recolhidos dados de 38, pois dois não aceitaram assinar o TCLE. Ao final da coleta foram descartados dados de três indivíduos devido a inconsistências de coleta, totalizando 432 indivíduos, ou seja, uma amostra 12,6% acima do tamanho mínimo amostral.

Coleta de dados e definição de variáveis

Os dados foram coletados mediante aplicação de um questionário estruturado fechado de múltipla escolha por alunos supervisionados e previamente capacitados para tal fim. Um estudo piloto foi realizado na unidade de maior número de atendimentos para testar o instrumento nas três faixas etárias: 20-39 anos, 40-49 anos e 50-59 anos.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário composto por indicadores monitorados pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.¹³

Dentre os fatores de risco, as seguintes variáveis foram avaliadas: tabagismo, presença de excesso de peso e obesidade, hábito de consumo de refrigerante e suco artificial e de carnes e leite com excesso de gordura, consumo abusivo de bebidas alcoólicas, autoavaliação de estado de saúde ruim, referência a diagnóstico médico de hipertensão arterial, diabetes, dislipidemias. Os fatores de proteção avaliados foram: hábito de consumo regular e recomendado de frutas, legumes, verduras e feijão e atividade física suficiente no tempo livre e/ou deslocamento. A definição desses indicadores é apresentada a seguir:

Foram caracterizados como tabagistas os usuários que mantêm o hábito de fumar cigarros, independentemente da quantidade. Para o excesso de peso, foi considerado o indivíduo com índice de massa corporal maior ou igual 25kg/m,¹⁴ calculado a partir do peso em quilos dividido pelo quadrado da altura, ambos autorreferidos, e para obesidade o indivíduo com índice de massa corporal maior ou igual 30kg/m.¹⁴

Avaliou-se o percentual de adultos que consomem frutas e hortaliças regularmente: consumo em cinco ou mais dias da semana, percentual de adultos que consomem frutas e hortaliças conforme recomendado: consumo de cinco ou mais vezes por dia em cinco ou mais dias da semana. Para o cálculo de frutas e suco de frutas, foi considerada cada fruta ou cada suco de fruta como equivalente a uma porção, limitando-se em três o número máximo de porções diárias computado para frutas e em um o número máximo computado para sucos. No caso de hortaliças, computou-se um número máximo de quatro porções diárias. Também foi verificado o percentual de adultos que costumam consumir carnes com gordura visível, leite com teor integral de gordura, refrigerante ou suco artificial cinco ou mais dias por semana e feijão cinco ou mais dias por semana.

Na questão da atividade física foi considerado o percentual de adultos que praticavam atividades físicas no tempo livre e/ou deslocamento equivalentes a, pelo menos, 150 minutos de atividade física de intensidade moderada por semana, além do percentual de adultos que despendem três ou mais horas diárias vendo televisão.

Foram avaliados o percentual de adultos que consumiram bebidas alcoólicas de forma abusiva. Foi considerado consumo abusivo de bebidas alcoólicas cinco ou mais doses (homem) ou quatro ou mais doses (mulher) em uma única ocasião, pelo menos uma vez nos últimos 30 dias. Uma dose de bebida alcoólica corresponde a uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada.

Para a autoavaliação do estado de saúde, foram avaliados o percentual de adultos que autoavaliaram o estado de saúde como ruim ou muito ruim e o percentual de adultos que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia.

Também foram coletadas informações complementares sobre o nível de escolaridade (0 a 8, 9 a 11 ou ≥ 12 anos de estudo), idade e estado civil (casado, solteiro).

Os resultados obtidos neste estudo foram comparadas com os dados nacional (Brasil) e estadual (Florianópolis) do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico de 2013.¹³

Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí sob protocolo nº 392.197/13. Todos os participantes assinaram o TCLE e receberam orientações de promoção e educação em saúde ao término da entrevista. A partir dos resultados obtidos foram desenvolvidos materiais educativos para serem utilizados nas Unidades Básicas de Saúde.

Análise dos dados

Foram calculadas as proporções, razões de prevalência e seus respectivos intervalos com 95% de confiança dos fatores de risco e de proteção para as doenças crônicas para a amostra geral e de acordo com o sexo. Os dados foram analisados por meio do STATISTICA v. 10, utilizando-se o teste da diferença entre proporções para a comparação das amostras. O nível de significância adotado foi de 5%.

Resultados

Participaram do estudo 432 indivíduos residentes em Itajaí, SC, sendo 209 (48,4%) do sexo masculino e 223 (51,6%) do sexo feminino. A Tabela 1 apresenta as características dos usuários avaliados. Observa-se predominância da faixa etária de 20 a 39 anos, estado civil casado/união estável e com nível de escolaridade de 9 a 11 anos.

Tabela 1. Características dos usuários das Unidades Básicas de Saúde de Itajaí, SC, 2014.

Variável	n	Percentual	
		Masculino	Feminino
Amostra	432	48,38	51,62
Idade			
20-39	243	51,67	60,54
40-49	85	22,49	17,04
50-59	104	25,84	22,42
Estado civil			
Solteiro	128	27,27	31,84
Casado/união estável	304	72,73	68,16
Escolaridade			
0 a 8 anos	187	44,02	42,60
9 a 11 anos	200	45,93	46,64
12 anos ou mais	45	10,05	10,76

As prevalências e intervalos de confiança dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas estão descritos na Tabela 2. Quando se compara os sexos, verificam-se prevalências significativamente superiores para os homens com relação ao tabagismo, consumo de refrigerantes e/ou suco artificial e de carne com gordura visível, excesso de peso, assistir televisão por mais de três horas e consumo abusivo de bebida alcoólica e para as mulheres a autoavaliação negativa do estado de saúde e o consumo regular e recomendado de frutas e hortaliças.

A Tabela 3 descreve as médias e intervalos de confiança dos fatores de risco e proteção para DCNT no sexo feminino comparando com os dados de Florianópolis e do Brasil, provindos da pesquisa VIGITEL 2013.¹³ Observados os fatores de risco, quando se compara a amostra feminina do estudo com o dado estadual, verificam-se prevalências superiores e significativas para as variáveis: tabagismo, consumo de refrigerante e/ou suco artificial, consumo de leite com teor integral de gordura e de carnes com gordura visível, obesidade, autoavaliação negativa do estado de saúde, hipertensão e diabetes autorreferidas e prevalência inferior somente para o excesso de peso.

Ao comparar estas mulheres com dados em nível nacional, constatam-se prevalências superiores para as variáveis: tabagismo, consumo de refrigerante ou suco artificial, leite com teor integral de gordura e carnes com gordura visível, autoavaliação negativa do estado de saúde e foi encontrada prevalência inferior para excesso de peso e dislipidemia autorreferida.

Em relação aos fatores de proteção, a amostra feminina apresentou prevalência superior com relação ao dado nacional para a variável consumo regular de frutas e hortaliças e prevalências significativas inferiores para o consumo recomendado de frutas, hortaliças e feijão e prática de atividade

Tabela 2. Prevalências e respectivos intervalos com 95% de confiança (IC 95%) dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis, segundo o sexo. Itajaí, SC, 2014.

Fator	Prevalência		p*
	Homens % (IC95%)	Mulheres % (IC95%)	
Fator de risco			
Tabagismo	22,49 (16,83-28,15)	17,04 (12,11-21,98)	<0,001
Consumo de refrigerante/suco artificial	45,45 (38,70-52,21)	34,53 (28,29-40,77)	0,018
Consumo de leite integral	72,25 (66,18-78,32)	70,85 (64,89-76,82)	0,747
Consumo de carnes com gordura	48,33 (41,55-55,10)	34,98 (28,72-41,24)	0,005
Excesso de peso (IMC \geq 25kg/m ²)	34,30 (27,83-40,77)	26,54 (20,58-32,50)	<0,001
Obesidade (IMC \geq 30kg/m ²)	24,15 (18,32-29,99)	21,33 (15,80-26,85)	0,492
Assistir TV por mais de três horas	43,06 (36,35-49,45)	25,56 (19,84-31,29)	0,001
Consumo abusivo de bebida	30,62 (24,37-36,87)	13,00 (8,59-17,42)	<0,001
Autoavaliação negativa de saúde	19,14 (6,76-15,25)	30,94 (24,03-36,06)	0,005
Hipertensão autorreferida	28,23 (22,13-34,33)	30,04 (24,03-36,06)	0,679
Diabetes autorreferido	11,00 (6,76-15,25)	9,87 (5,95-13,78)	0,701
Dislipidemia autorreferida	20,57 (15,09-26,05)	16,56 (11,71-21,47)	0,283
Fator de proteção			
Consumo regular de frutas/hortaliças	51,20 (44,42-57,97)	70,40 (64,41-76,39)	<0,001
Consumo recomendado de frutas/hortaliças	9,57 (5,58-13,56)	16,14 (11,31-20,97)	0,042
Consumo de feijão	46,89 (40,12-53,66)	40,36 (33,92-46,80)	0,171
Prática de atividade física	30,14 (23,92-36,36)	39,01 (32,61-45,42)	0,098

* teste de proporções ao nível de 5%.

Tabela 3. Média e intervalo de confiança dos fatores de risco e proteção: dados Brasil, Florianópolis e Itajaí, amostra feminina, 2014.

Fator	Brasil (1)	Florianópolis (2)	Amostra	p (1)	p (2)
Fator de risco					
Tabagismo	8,6 (7,9-9,3)	10,6 (8,4-12,8)	17,0 (12,1-22,0)	<0,001	0,006
Consumo de refrigerante/suco artificial	20,4 (19,4-21,3)	16,3 (13,6-19,0)	34,5 (28,3-40,8)	<0,001	<0,001
Consumo de leite integral	50,9 (49,8-52,0)	42,5 (38,8-46,1)	70,9 (64,9-76,8)	<0,001	<0,001
Consumo de carnes com gordura	22,2 (21,2-23,1)	15,8 (13,1-18,6)	49,3 (42,8-55,9)	<0,001	<0,001
Excesso de peso (IMC \geq 25kg/m ²)	47,4 (46,3-48,5)	41,4 (37,9-45,0)	26,5 (20,6-32,5)	<0,001	<0,001
Obesidade (IMC \geq 30kg/m ²)	17,5 (16,7-18,4)	14,6 (12,2-17,0)	21,3 (15,8-26,9)	0,137	0,013
Assistir TV por mais de três horas	29,0 (28,0-30,0)	22,5 (19,7-25,4)	25,6 (19,8-31,3)	0,265	0,312
Consumo abusivo de bebida alcoólica	9,7 (9,0-10,4)	10,9 (8,5-13,4)	13,0 (8,6-17,4)	0,097	0,361
Autoavaliação negativa de saúde	5,8 (5,3-6,3)	6,4 (4,7-8,2)	30,9 (24,0-36,1)	<0,001	<0,001
Hipertensão autorreferida	26,3 (25,4-27,3)	21,5 (18,9-24,1)	30,0 (24,0-36,1)	0,211	0,005
Diabetes autorreferido	7,2 (6,7-7,7)	6,1 (4,7-7,5)	9,87 (5,9-13,8)	0,125	0,038
Dislipidemia autorreferida	22,9 (22,1-23,8)	20,7 (18,0-23,5)	16,6 (11,7-21,5)	0,026	0,160
Fator de proteção					
Consumo regular de frutas/hortaliças	41,5 (40,4-42,5)	55,8 (52,1-59,4)	70,4 (64,4-76,4)	<0,001	<0,001
Consumo recomendado de frutas/hortaliças	27,3 (26,3-28,2)	35,6 (32,2-39,0)	16,1 (11,3-21)	0,002	<0,001
Consumo de feijão	61,7 (60,6-62,7)	33,8 (30,4-37,3)	40,4 (33,9-46,8)	<0,001	0,057
Prática de atividade física	57,4 (56,3-58,5)	51,5 (47,9-55,1)	39,0 (32,6-45,4)	<0,001	0,006

Nota: valores estaduais e nacionais conforme pesquisa VIGITEL 2013 (Brasil, Ministério da Saúde 2014).¹³ Os valores de p se referem a significância da diferença entre as proporções da amostra e do Brasil (1) e Florianópolis (2), respectivamente. IMC=índice de massa corporal.

física. Os resultados foram semelhantes quando comparados com o resultado estadual, com exceção para o consumo de feijão.

A Tabela 4 apresenta as médias e intervalos de confiança dos fatores de risco e proteção para DCNT no sexo masculino comparando com os dados estadual (Florianópolis) e nacional (Brasil).

Tabela 4. Média e intervalo de confiança dos fatores de risco e proteção: dados Brasil, Florianópolis e Itajaí, amostra masculina, 2014.

Fator	Brasil (1)	Florianópolis (2)	Amostra	p (1)	p (2)
Fator de risco					
Tabagismo	14,4 (13,3-15,5)	14,5 (11,1-17,9)	22,5 (16,8-28,2)	<0,001	0,006
Consumo de refrigerante/suco artificial	26,7 (25,4-28,0)	25,1 (21,0-29,3)	45,5 (38,7-52,2)	<0,001	<0,001
Consumo de leite integral	56,6 (55,2-57,9)	50,4 (45,8-55,0)	72,3 (66,2-78,3)	<0,001	<0,001
Consumo de carnes com gordura	41,2 (39,9-42,6)	35,4 (30,9-39,9)	58,4 (51,7-65,1)	<0,001	<0,001
Excesso de peso (IMC \geq 25 kg/m ²)	54,7 (53,4-56,1)	56,5 (52,0-61,1)	34,3 (27,8-40,8)	<0,001	<0,001
Obesidade (IMC \geq 30kg/m ²)	17,5 (16,5-18,5)	16,4 (13,2-19,7)	24,2 (18,3-30,0)	0,011	<0,001
Assistir TV por mais de três horas	28,1 (26,8-29,3)	27,3 (23,2-31,5)	43,1 (36,4-49,5)	<0,001	<0,001
Consumo abusivo de bebida alcoólica	24,2 (23,0-25,4)	26,4 (22,2-30,7)	30,6 (24,4-36,9)	0,032	0,229
Autoavaliação negativa de saúde	3,8 (3,2-4,3)	3,2 (1,7-4,7)	19,1 (6,8-15,3)	<0,001	<0,001
Hipertensão autorreferida	21,5 (20,4-22,5)	19,4 (16,3-22,5)	28,2 (22,1-34,3)	0,019	0,006
Diabetes autorreferido	6,5 (5,8-7,2)	4,9 (3,5-6,3)	11,0 (6,8-15,3)	0,009	0,001
Dislipidemia autorreferida	17,2 (16,2-18,2)	16,5 (13,5-19,5)	20,6 (15,1-26,1)	0,195	0,167
Fator de proteção					
Consumo regular de frutas/hortaliças	29,6 (28,4-30,8)	38,4 (34,1-42,8)	51,20 (44,4-58)	<0,001	<0,001
Consumo recomendado de frutas/hortaliças	19,3 (18,2-20,4)	23,4 (19,6-27,1)	9,6 (5,6-13,6)	0,004	<0,001
Consumo de feijão	73,0 (71,8-74,2)	47,2 (42,6-51,8)	46,9 (40,1-53,7)	<0,001	0,939
Prática de atividade física	39,9 (38,6-41,3)	33,1 (29,0-37,3)	30,1 (23,9-36,4)	0,004	0,413

Nota: valores estaduais e nacionais conforme pesquisa VIGITEL 2013 (Brasil, Ministério da Saúde 2014).¹³ Os valores de p se referem a significância da diferença entre as proporções da amostra e do Brasil (1) e Florianópolis (2) respectivamente. IMC=índice de massa corporal.

Com relação aos fatores de risco, quando se compara a amostra masculina do estudo com os dados nacional e estadual, verificam-se prevalências superiores para as variáveis: tabagismo, consumo de refrigerante ou suco artificial, leite com teor integral de gordura e carnes com gordura visível, obesidade, assistir TV por mais de três horas, autoavaliação negativa do estado de saúde e prevalência inferior para o excesso de peso. O consumo excessivo de bebida alcoólica foi significativamente superior quando comparado com o dado nacional, mas não quando comparados com o estadual.

Para os fatores de proteção, verifica-se prevalência significativamente superior com relação aos dados nacional para a variável consumo regular de frutas e hortaliças e prevalências inferiores para consumo recomendado de frutas e hortaliças, de feijão e prática de atividade física. Ao comparar estes resultados com o dado estadual, verifica-se prevalência superior para a variável consumo regular de frutas e hortaliças e prevalência inferior para o consumo recomendado.

Discussão

Com base na amostra estudada, percebe-se uma junção de fatores que possibilitam risco considerável ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis em ambos os sexos.

Os homens e mulheres avaliados apresentaram prevalências significativas elevadas quando comparados aos dados nacional e estadual com relação ao tabagismo. Este é um importante fator de risco para o desenvolvimento de uma série de doenças crônicas, tais como câncer, doenças pulmonares e doenças cardiovasculares, de modo que o uso do tabaco continua sendo líder global entre as causas de mortes evitáveis.¹⁵

O *Global Adult Tobacco Survey* é uma pesquisa de monitoramento sistemático do uso do tabaco e já foi implementada em 14 países, favorecendo a produção de informação abrangente e padronizada com representatividade nacional e comparabilidade internacional. O resultado mostrou que existiam no Brasil, em 2008, 24,6 milhões de fumantes nessa população adulta (17,2%), com uma prevalência entre homens de 21,6% e entre as mulheres de 13,1%. Outra constatação foi que os moradores da região Sul apresentaram maiores prevalências comparados com os dados nacionais (19%).¹⁶

O Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico utiliza indicadores do consumo de alimentos considerados marcadores de padrões saudáveis e não saudáveis de alimentação. No primeiro caso, avalia-se a frequência de consumo de frutas, hortaliças (legumes e verduras) e feijão. No segundo caso, avalia-se o hábito de consumir carnes com excesso de gordura (sem remover a gordura visível) e de consumir leite com teor integral de gordura, além do consumo de refrigerantes e sucos artificiais.¹³

Em outro estudo realizado no estado de Santa Catarina, os pesquisadores encontraram prevalências superiores para mulheres e homens com relação ao consumo de frutas/hortaliças e de feijão, respectivamente, ao contrário do constatado no presente trabalho.¹⁷ A OMS recomenda a ingestão diária de pelo menos 400 gramas de frutas e hortaliças,¹⁸ o que equivale, aproximadamente, ao consumo diário de cinco porções desses alimentos.

O Guia Alimentar para a População Brasileira¹⁹ orienta a ingestão de pelo menos uma porção diária de feijão ou outra leguminosa (ervilha seca, grão-de-bico, lentilha, soja), pelo alto teor em fibras encontrado nesses alimentos, além de sua relativa baixa densidade energética (uma porção de feijão corresponde a aproximadamente 5% das calorias diárias), desde que evitadas preparações com alto teor de gordura. O consumo de feijão foi significativamente baixo tanto para homens quanto para mulheres quando comparado com os dados nacionais.

Aliada à alimentação inadequada, a falta de atividade física pode provocar a obesidade e a hipertensão, por exemplo, e ainda pode desencadear a hiperglicemia e aumento dos níveis de colesterol no sangue. Esses fatores, por sua vez, contribuem para o desenvolvimento de mais doenças crônicas, como a doença isquêmica do coração, diabetes e outras cardiovasculares.²⁰ Neste sentido, destaca-se que a prevalência da variável assistir televisão por mais de três horas foi significativamente elevada na população masculina (43,1%) desta pesquisa, comparado ao dado nacional (28,1%) e estadual (27,3%).

A prática de atividade física também foi uma variável estudada e o resultado demonstrou que as mulheres de Itajaí assistidas pela ESF realizam menos atividade física em seu tempo livre (39%) quando comparadas às do Brasil ($p < 0,001$) e às de Florianópolis ($p < 0,006$).

Estudo publicado recentemente² revela que no período de 1980 a 2013 o sobrepeso e a obesidade juntos aumentaram 27,5%, ou seja, de 857 milhões em 1980, para 2,1 bilhões em 2013. Em todo o mundo, a proporção de homens que estavam acima do peso aumentou de 28,8% em 1980 para 36,9%

em 2013, e a proporção de mulheres na mesma condição aumentou de 29,8% para 38%. Os aumentos foram registrados nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, mas com diferenças entre os sexos.

Nos países desenvolvidos há mais homens do que mulheres com sobrepeso e obesidade, enquanto nos países em desenvolvimento o sobrepeso e a obesidade são mais prevalentes em mulheres do que em homens e essa associação persistiu ao longo do tempo. Em 2013, a prevalência de obesidade foi maior nas mulheres em países desenvolvidos e em desenvolvimento do que nos homens.² Vale salientar que na amostra estudada houve diferenças significativas superiores em relação ao sobrepeso e obesidade para os homens quando comparados às mulheres.

Outro fator de risco para doenças crônicas é o consumo abusivo de álcool. Dados demonstram que as estimativas de dependência de álcool variam de 9% a 12% de toda a população adulta, sendo três a cinco vezes maiores em homens em comparação as mulheres.²¹ Em um estudo populacional, realizado em município de pequeno porte no Paraná, observou que 22,5% da amostra relatou abuso de bebida alcoólica.²² Comparando com este estudo a amostra, o sexo masculino apresentou maior prevalência no consumo excessivo de álcool (30,6%).

A autoavaliação do estado de saúde é um indicador válido e relevante do estado de saúde de indivíduos e de populações. Esse indicador está fortemente relacionado a medidas objetivas de morbidade e de uso de serviços, constituindo-se um preditor poderoso de mortalidade, independentemente de outros fatores.²³⁻²⁵

Com relação à autoavaliação negativa do estado de saúde, encontrou-se prevalências muito elevadas em ambos os sexos (19,1% para homens e 30,9% para mulheres) diferindo estatisticamente dos dados nacional e estadual e do estudo realizado com beneficiários da saúde complementar em que o resultado foi satisfatório, apenas 3,8% dos indivíduos estudados consideraram seu estado de saúde como ruim e muito ruim, sendo maior entre as mulheres (5,2%) do que entre os homens (2,1%).²⁶

Peres et al.²⁷ analisaram fatores associados à autoavaliação da saúde em adultos e observaram que, quanto maior o número de morbidades autorreferidas, maior a proporção de indivíduos com autoavaliação de saúde negativa, sendo o efeito das morbidades maior entre as mulheres. Recomenda-se que a autoavaliação de saúde integre o sistema de vigilância à saúde, pois é de obtenção relativamente simples na realização de inquéritos populacionais.

As frequências estimadas de doenças autorreferidas são influenciadas pela cobertura da assistência à saúde local, podendo subestimar, em maior ou menor grau, a prevalência real do fator de risco na população, fornecendo informações úteis para avaliar a demanda por cuidados de saúde originada pela presença do fator.¹³

Dados nacionais representativos referentes a brasileiros de 20 anos de idade ou mais mostram um aumento do diabetes autorrelatado, de 3,3% em 1998 para 5,3% em 2008 e para 5,6% em 2011, sendo 5,2% no sexo masculino e 6,0% no sexo feminino.¹² Conforme os dados atuais do VIGITEL 2013, a diabetes autorreferida foi relatada por 6,5% dos homens e 7,2% das mulheres.¹³ A dislipidemia foi relatada por 80% dos homens adultos de uma amostra de 368 indivíduos em um estudo realizado na região Sul do Brasil.²⁸ A hipercolesterolemia foi relatada por 22% dos adultos e por um terço dos adultos de 45 anos ou mais, em uma amostra representativa de adultos que moravam em cidades com 100.000 habitantes ou mais.²⁹

Conclusão

Os resultados demonstraram que as maiores prevalências de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis nestes usuários do Sistema Único de Saúde estão relacionados à tríade ingestão alimentar inadequada, inatividade física e tabagismo, salientando as proporções elevadas de autoavaliação negativa da saúde, considerando que este indicador provavelmente está relacionado ao número de morbidades adquiridas. Conhecer a situação real desses fatores para cada região possibilita a adoção de medidas específicas eficazes para promoção da saúde e prevenção das DCNT.

Um fator limitante para este estudo refere-se à comparação realizada entre a amostra e o inquérito nacional promovido pelo VIGITEL. A escolha das unidades de saúde como local principal para a coleta das entrevistas pode ter resultado em amostra de participantes de pesquisa com nível socioeconômico mais baixo que a média do município, enquanto que o inquerito VIGITEL, ao realizar sua amostra por meio da telefonia fixa, pode implicar no contrário, visto que a telefonia fixa tem sido preterida pela população de menor poder aquisitivo. Assim, nas significâncias encontradas para as comparações entre os grupos, a condição socioeconômica pode ter sido uma variável confundidora, causando uma maximização das probabilidades de diferenças entre o Brasil e Florianópolis e a amostra.

Estudos como este dão suporte científico para a elaboração de projetos na área de saúde, principalmente na assistência básica, na qual se concentra a maioria das consultas e atendimentos, que trarão melhoria da qualidade dos serviços de assistência à saúde e uma redução tão desejada da incidência e dos gastos públicos com DCNT e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida à população.

Referências

1. Moura EC, Silva AS, Malta DC, Morais Neto OL. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas: vigilância por meio de inquérito telefônico, VIGITEL, Brasil, 2007. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(3):486-96. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300009>
2. Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014;384(9945):766-781. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60460-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60460-8)
3. Yokota RTC, Vasconcelos TF, Ito MK, Dutra ES, Baiocchi KC, Merchán-Hamann E, et al. Prevalência de fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis em duas regiões do Distrito Federal. *Com Ciênc Saúde*. 2007;18(4):289-96.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
5. Silva JDT, Müller MC. Uma integração teórica entre psicossomática, stress e doenças crônicas de pele. *Estud Psicol*. 2007;24(2):247-56. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2007000200011>
6. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GAS, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011;377(9781):1949-61. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9)
7. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas. Brasil. Grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014.
8. Gaziano TA, Galea G, Reddy KS. Scaling up interventions for chronic disease prevention: the evidence. *Lancet*. 2007;370(9603):1939-46. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61697-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61697-3)
9. Brasil. Ministério da Saúde. O Programa Saúde da Família e a atenção básica no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

10. Silva LS, Cotta RMM, Rosa COB. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;34(5):343-50.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Cidades: dados básicos de 2010 [Internet]; 2010. [citado 2012 Maio 20]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=410840>
12. Malta DC, Dimech CPN, Moura L, Silva Junior JB; Grupo Técnico de Monitoramento do Plano de DCNT. Balanço do primeiro ano de implantação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol Serv Saúde*. 2013;22(1):171-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100018>
13. Brasil. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2013: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 120 p.
14. World Health Organization. *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Geneva: World Health Organization; 2005.
15. World Health Organization. *Overweight and obesity*. Geneva: World Health Organization; 2011.
16. Facina T. Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab) - Relatório Brasil. *Rev Bras Cancerol*. 2011;57(3):429-30.
17. Longo GZ, Neves J, Castro TG, Pedrosa MRO, Matos IB. Prevalência e distribuição dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre adultos da cidade de Lages (SC), sul do Brasil, 2007. *Rev Bras Epidemiol*. 2011;14(4):698-708. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2011000400016>
18. World Health Organization. *Diet, nutrition and the prevention chronic diseases*. Geneva: World Health Organization; 2003. PMID: 14564933
19. Brasil. Ministério da Saúde. *Guia Alimentar para a População Brasileira: Promovendo a alimentação saudável* [Internet]. Brasília; 2008. [citado 2014 Mar 25]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2008.pdf
20. Novais M, Leite F. Hábitos de vida - Uma análise da alimentação, do sedentarismo e do tabagismo. Instituto de Estudos de Saúde Complementar [Internet]. São Paulo; 2011. [citado 2014 Mar 28]. Disponível em: <http://documents.scribd.com/s3.amazonaws.com/docs/3bf6qpfzuo3oglic.pdf>
21. Laranjeira R, Pinsky I, Sanches M, Zaleski M, Caetano R. Alcohol use patterns among Brazilian adults. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32(3):231-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009005000012>
22. Yokota RTC, Iser BPM, Andrade RLM, Santos J, Meiners MMMA, Assis DM, et al. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças e agravos não transmissíveis em município de pequeno porte, Brasil, 2010. *Epidemiol Serv Saúde*. 2012;21(1):55-68. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000100006>
23. Halford C, Wallman T, Welin L, Rosengren A, Bardel A, Johansson S, et al. Effects of self-rated health on sick leave, disability pension, hospital admissions and mortality. A population-based longitudinal study of nearly 15,000 observations among Swedish women and men. *BMC Public Health*. 2012;12:1103. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-12-1103>
24. Franks P, Gold MR, Fiscella K. Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US. *Soc Sci Med*. 2003;56(12):2505-14. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00281-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00281-2)
25. Ilder EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*. 1997;38(1):27-37.
26. Malta DC, Oliveira MR, Moura EC, Silva SA, Zouain CS, Santos FP, et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários da saúde suplementar: resultados do inquérito telefônico Vigitel, Brasil, 2008. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(3):2011-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300035>
27. Peres MA, Masiero GZ, Longo GZ, Rocha GC, Matos IB, Najnie K, et al. Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(5):901-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000500016>
28. Borba E, Philipi A, Nascimento F, Guimarães A, Boff R, Spada P, et al. Perfil lipídico e obesidade em homens de um município da Região Sul do Brasil. *Sci Med*. 2012;22(1):18-24.
29. Nascimento Neto RM; Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Atlas Corações do Brasil* [Internet]. São Paulo; 2010. [citado 2014 Maio 21]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/programas/Atlas_CoracoesBrasil.pdf

Carine Baumgartel. Curso de Nutrição, Universidade do Vale do Itajaí.
Itajaí, SC, Brasil. carine_baumgartel@hotmail.com

Mihaela Onofrei. Curso de Nutrição, Universidade do Vale do Itajaí.
Itajaí, SC, Brasil. iubimic2002@yahoo.com

Leo Lynce Valle Lacerda. Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho,
Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí, SC, Brasil. leolynce@univali.br (*Autor correspondente*)

Luciane Peter Grillo. Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho,
Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí, SC, Brasil. grillo@univali.br

Tatiana Mezadri. Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho,
Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí, SC, Brasil. mezadri@univali.br

Tratamento da Insônia em Atenção Primária à Saúde

Treatment of Insomnia in the Primary Health Care

Tratamiento del Insomnio en Atención Primaria

Nelson Ferreira Ribeiro

Resumo

A insônia é uma das perturbações do sono mais comuns, sendo uma das principais queixas dos pacientes que recorrem aos cuidados médicos. A perturbação de insônia está associada a aumento da morbimortalidade por doenças cardiovasculares, psiquiátricas e acidentes, estando igualmente associada a maior absentismo laboral e maiores custos em saúde. Foram pesquisadas normas de orientação clínica, revisões sistemáticas, meta-análises e estudos originais, publicados entre 2010 e 15 de maio de 2015, relacionados com o tratamento da insônia. O tratamento da insônia pode iniciar-se por terapia cognitivo-comportamental, tratamento farmacológico ou associação dos dois. A terapia cognitivo-comportamental é considerada por várias sociedades médicas como tratamento padrão, sendo que os estudos comprovam a sua eficácia no tratamento da insônia sem ou com comorbilidades e com manutenção a longo prazo dos seus efeitos. Esta compreende múltiplas estratégias, como controle de estímulo, restrição do sono, relaxamento, terapia cognitiva e intenção paradoxal. A farmacoterapia deve ser considerada em situações agudas com necessidade de redução imediata dos sintomas. Os fármacos hipnóticos têm indicação no tratamento da insônia quando os sintomas assumem caráter patológico. Os antidepressivos sedativos, apesar de comumente utilizados, não reúnem evidência da sua eficácia, com exceção da insônia associada a sintomas depressivos ou de ansiedade ou em pacientes com abuso de substâncias. Assim, dada a prevalência de queixas de insônia em atenção primária à saúde, o médico de família deve conhecer a melhor abordagem para o seu tratamento, quer seja farmacológico ou não farmacológico, e os critérios de referência.

Abstract

Insomnia is one of the most common sleep disorders and one of the main complaints of patients that search for medical care. Insomnia disorder is associated with increased morbidity and mortality from accidents, cardiovascular and psychiatric diseases and it is associated with increased absenteeism and higher healthcare costs. We conducted a survey of clinical guidelines, systematic reviews, meta-analyzes and original studies published between 2010 and May 15 2015, concerning insomnia treatment. Treatment of insomnia can begin by cognitive behavioral therapy, pharmacologic treatment or a combination of both. Cognitive behavioral therapy is considered by several medical societies as the standard treatment of insomnia, and studies prove its effectiveness in treating insomnia with or without comorbidities and long-term maintenance of its effects. This comprises multiple strategies such as stimulus control, sleep restriction, relaxation, cognitive therapy and paradoxical intention. Pharmacologic therapy should be considered in acute situations requiring immediate reduction of symptoms. Hypnotic drugs are indicated when insomnia symptoms assume pathological nature. Sedative antidepressants, although generally used, lack evidence of effectiveness, with the exception of insomnia associated with depressive symptoms or anxiety or substance abuse users. Thus, given the prevalence of insomnia symptoms in primary health care, the family physician must know the best approach to its treatment, either pharmacologic or non-pharmacologic, and referral criteria.

Palavras-chave:

Insônia
Terapêutica
Atenção Primária à Saúde

Keywords:

Insomnia
Therapeutics
Primary Health Care

Como citar: Ribeiro NF. Tratamento da Insônia em Atenção Primária à Saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-14. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1271](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1271)

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: 02/02/2016.
Aprovado em: 09/09/2016.

Resumen

El insomnio representa uno de los trastornos del sueño más comunes y una de las principales quejas de los pacientes que recurren a la atención médica. El insomnio está asociado al aumento de morbilidad por enfermedades cardiovasculares, psiquiátricas y accidentes, estando asociado de la misma forma a mayor absentismo laboral y mayor gasto en salud. Se procedió a la revisión de todas las directrices clínicas, meta-análisis, revisiones sistemáticas y estudios originales, publicados entre 2010 y 15 de mayo de 2015, relacionados con el tratamiento del insomnio. La intervención en el insomnio puede comenzar con la terapia cognitivo-conductual, tratamiento farmacológico o una combinación de ambos. La terapia cognitiva conductual es considerada por varias sociedades médicas como tratamiento estándar del insomnio. Los estudios demuestran su eficacia en el tratamiento de esta condición con o sin comorbilidades asociadas, bien como el mantenimiento a largo plazo de sus efectos. Ella incluye estrategias como el control de estímulos, restricción del sueño, la relajación, la terapia cognitiva y los consejos paradójicos. Por otra parte, la terapia farmacológica se debe considerar en situaciones agudas que requieren reducción inmediata de los síntomas. Fármacos hipnóticos están indicados cuando los síntomas del insomnio asumen carácter patológico. Antidepresivos sedantes, aunque comúnmente utilizados, no tienen pruebas de su eficacia, con la excepción del insomnio asociado con síntomas depresivos, ansiedad o en los consumidores de sustancias. Por este motivo, dada la prevalencia de quejas de insomnio en la atención primaria de salud, el médico de familia debe conocer el mejor enfoque para su tratamiento, ya sea farmacológico o no farmacológico, y criterios de derivación.

Palabras clave:

Insomnio
Terapéutica
Atención Primaria de Salud

Introdução

A insônia pode ser definida como uma experiência subjetiva de sono inadequado, com dificuldade em iniciar ou na manutenção do sono, despertares precoces e “sono não reparador”, com repercussão no funcionamento sócio-ocupacional diurno.¹⁻³ Esta é uma das perturbações do sono mais comuns,¹ sendo uma das queixas principais dos pacientes que recorrem aos cuidados médicos.⁴ Estudos transversais estimam uma prevalência de insônia entre 10 e 50% dos pacientes da Atenção Primária à Saúde.⁵ As perturbações do humor e da ansiedade estão presentes em 30 a 50% dos doentes com insônia, as doenças médicas e o abuso de substâncias em 10%, sendo apenas 10% resultante de perturbações primárias do sono.² No DSM-5 é eliminado o termo de insônia primária, não existindo diferenciação entre insônia primária e secundária, passando-se a designar por perturbação de insônia.⁶

Assim, esta revisão tem como objetivo sistematizar a informação disponível sobre a melhor abordagem no tratamento da insônia em Atenção Primária à Saúde.

Estratégia de Busca

Revisão clássica com pesquisa de artigos, em maio de 2015, nas bases de dados PubMed, *UpToDate*, Direção-Geral da Saúde, sites de medicina baseada em evidência (*National Guidelines Clearinghouse*, *The Cochrane Library*, *TRIP*) e referências bibliográficas dos artigos selecionados. Foram pesquisadas normas de orientação clínica, revisões sistemáticas, meta-análises e estudos originais. Utilizaram-se as palavras-chave *insomnia* e *treatment*.

Foram selecionados artigos publicados entre 2010 e 15 de maio de 2015, nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola, que se referem ao tratamento da insônia no adulto e idoso. Foram incluídos artigos sobre insônia associada à depressão, ansiedade e abuso de álcool, tendo sido excluídos artigos sobre insônia associada às restantes patologias psiquiátricas e sobre insônia na criança e adolescência.

Obtiveram-se um total de 2101 artigos, tendo sido excluídos 2028 por não se adequarem ao objetivo desta revisão por meio da análise do título do artigo, do resumo ou por se encontrarem repetidos. Dos 73 artigos selecionados, 42 foram integrados nesta revisão.

Recomendações

O tratamento da insônia depende do tipo de insônia, devendo ser individualizado de acordo com as preferências do paciente, disponibilidade de recursos, gravidade e os riscos, benefícios e custos do tratamento (Figura 1).⁴

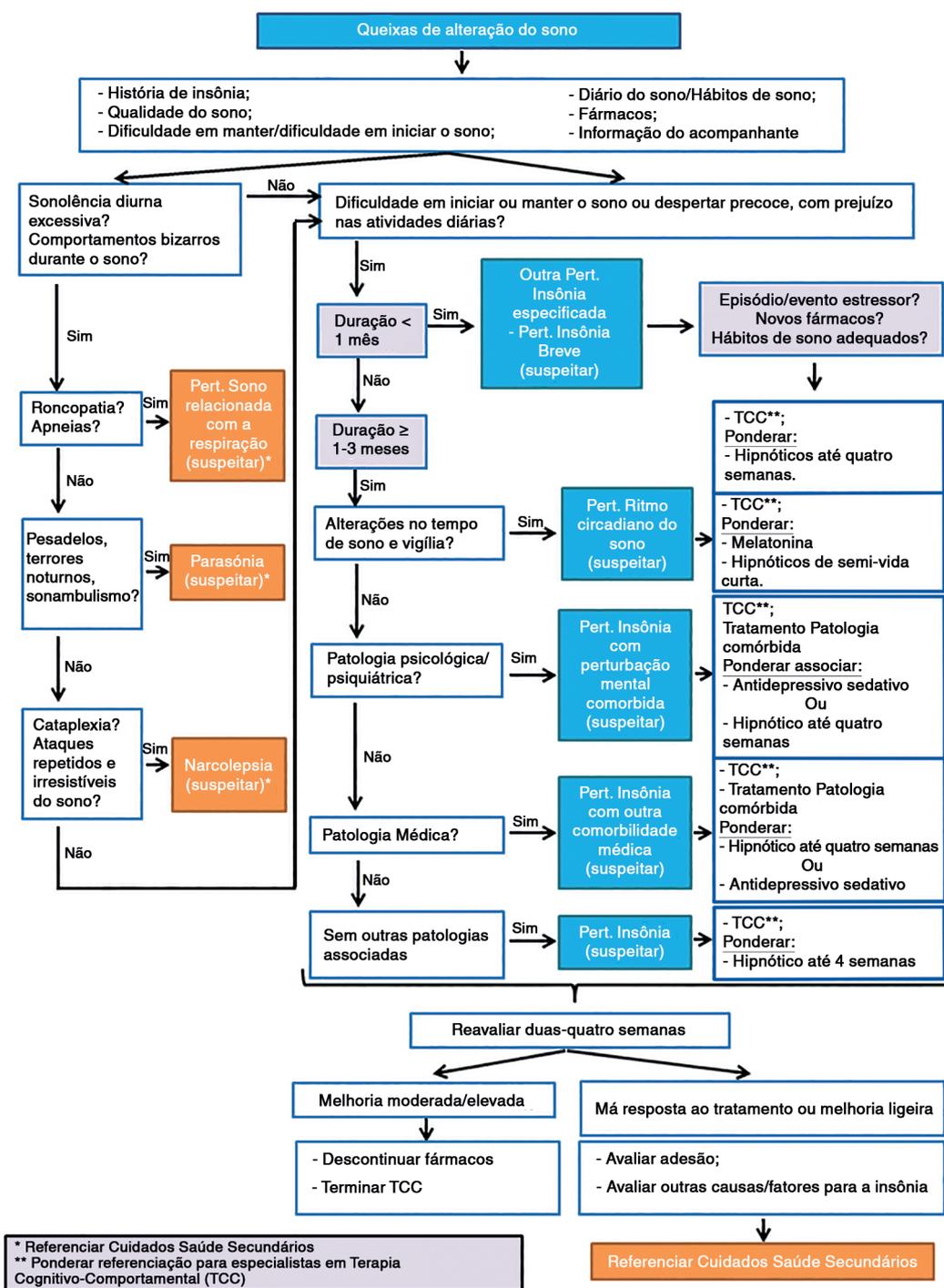


Figura 1. Proposta de algoritmo de diagnóstico, tratamento e follow-up da perturbação de insônia.

Tratamento não farmacológico

Diversos estudos demonstram a eficácia da terapia cognitivo-comportamental (TCC) no tratamento da insônia, sendo que esta é considerada por várias sociedades médicas como o tratamento padrão.^{1,7,8}

A TCC tem revelado:

- Eficácia comparável aos hipnóticos a curto-prazo, mas mais eficaz a longo-prazo (> seis meses), com manutenção dos ganhos alcançados (o que não se verificou com os hipnóticos).^{4,9,10}
- Eficácia comprovada no tratamento da insônia em pacientes jovens, idosos e na insônia associada a outras patologias, nomeadamente depressão.⁹⁻¹¹

Higiene do Sono

A higiene do sono inclui um conjunto de hábitos comportamentais que facilitam o adormecer e a manutenção do sono, sendo um denominador comum em todas as intervenções terapêuticas utilizadas para as perturbações do sono.⁹ Esta é útil como coadjuvante de outras terapias cognitivas e/ou farmacológicas,^{1,4,9} não existindo dados sobre a sua utilidade no tratamento da insônia aguda (Quadro 1).⁹

Terapia Cognitivo-Comportamental

A TCC inclui diferentes estratégias, com o objetivo de identificar pensamentos, crenças e atitudes disfuncionais que perpetuam ou precipitam a insônia e substituí-los por comportamentos e cognições mais adequadas.^{1,2,7,8}

Normalmente, consiste num programa de quatro a oito sessões, por meio de uma abordagem com múltiplas estratégias, que inclui o controle de estímulo, restrição do sono, relaxamento, terapia cognitiva e intenção paradoxal. Alguns autores incluem a higiene do sono nas estratégias da TCC.^{1,8}

A TCC tem eficácia comprovada no tratamento da insônia sem ou com comorbilidades, com manutenção a longo prazo dos seus efeitos,¹² sendo, assim, recomendada como primeira linha de tratamento na insônia sem comorbilidades.¹³

A TCC em grupo tem-se mostrado eficaz no tratamento da insônia,^{4,12,14} assim como a TCC *self-help*. Este último tenta diminuir a dificuldade de acesso dos pacientes a esta terapia, diminuindo a necessidade de sessões presenciais com o terapeuta, utilizando, em substituição, livros, folhetos, vídeos ou *internet*.^{4,15-17}

Controle de Estímulo

O objetivo desta estratégia é auxiliar o indivíduo a associar a cama apenas ao sono ou atividade sexual e não a sentimentos negativos (como o medo de não conseguir dormir) ou outras atividades que possam interferir no sono.^{1,2,4,8} O controle de estímulo aumenta a qualidade do sono e tem efeitos mantidos a longo prazo (Quadro 1).⁴

Restrição do Sono

Alguns indivíduos com insônia permanecem mais tempo na cama para tentarem recuperar o “sono perdido”. Isto acarreta uma maior dificuldade a iniciar o sono na noite seguinte e uma maior necessidade

Quadro 1. Tratamento Não Farmacológico.

Higiene do Sono	<ul style="list-style-type: none"> • Dormir o tempo necessário para se sentir descansado (usualmente 7-8h nos adultos) e posteriormente levantar-se da cama; • Evitar olhar constantemente para as horas ao deitar; • Evitar excesso de líquidos ou refeições pesadas à noite; • Evitar cafeína, nicotina e álcool quatro a seis horas antes de ir para a cama, e minimizar o seu uso diário; • Manter um ambiente calmo, escuro, seguro e confortável no quarto quando for se deitar; • Evitar um ambiente ruidoso, com luz e temperatura adequada durante o sono; • Evitar o uso prolongado de TV, <i>tablet</i>, computadores ou celulares antes de dormir; • Tentar resolver as “preocupações” antes de se deitar; • Deitar e acordar todos os dias à mesma hora (± 30min), incluindo fins-de-semana; • Evitar exercício vigoroso três a quatro horas antes de se deitar; • Evitar dormir durante o dia, especialmente se durar >20-30 minutos.
Controle de Estímulo	<ul style="list-style-type: none"> • Ir para a cama apenas quando sentir sono; • Usar a cama/quarto só para dormir e para a atividade sexual; • Não ler, comer, ver TV, fazer telefonemas na cama; • Se não conseguir adormecer em 15-20 minutos, o paciente deve levantar-se e deslocar-se para outro cômodo da casa e realizar tarefas calmas. Só deverá regressar à cama quando sentir sono. Repetir este passo todas as vezes necessárias; • Colocar o despertador/alarme para despertar à mesma hora todos os dias, incluindo fim-de-semana; • Não realizar sestas durante o dia.
Restrição do Sono	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar o tempo de sono médio do paciente a partir do diário do sono; • Utilizar este tempo médio de sono como o novo período de sono concedido em cada noite; • Definir um tempo de vigília consistente com base no tipo de insônia e necessidade do paciente; • Evitar realizar sestas durante o dia; • Se a eficiência do sono aumentar acima de 90%, aumentar o tempo na cama de 15 a 30 minutos; • Se a eficiência do sono diminuir abaixo de 85%, em seguida, reduzir o tempo na cama de 15 a 30 minutos.
Relaxamento	<ul style="list-style-type: none"> • Relaxamento muscular progressivo <ul style="list-style-type: none"> • Relaxamento e tensão de diferentes grupos musculares do corpo. • Respiração profunda <ul style="list-style-type: none"> • Inclui respiração diafragmática. • Treino autogênico <ul style="list-style-type: none"> • Visualização de uma cena/imagem calma e repetição de frases que acalmem o paciente. • Meditação • <i>Biofeedback</i>

Fonte: ^{1,2,4,9} h: horas; TV: televisão; Min: minutos.

de permanecer na cama nas manhãs seguintes.^{1,2,4,8,9} Por meio desta estratégia, induz-se uma privação do sono temporária, reduzindo voluntariamente o tempo passado na cama até a um nível que o paciente não está habituado. Esta restrição não deve ser, contudo, inferior a 5-5,5h.^{1,2,4,8,9} Esta estratégia está, geralmente, indicada para pacientes em que a razão entre o tempo total que passam a dormir e o tempo total que passam na cama é inferior a 85% (esta razão é intitulada eficiência do sono), ou seja, naqueles que, apesar de estarem muitas horas na cama, têm tempo total de sono baixo.^{1,2,4,8,9}

Como efeitos adversos potenciais, a restrição do sono pode aumentar a sonolência diurna e diminuir o tempo de reação (Quadro 1).⁴

Relaxamento

As técnicas de relaxamento podem ser eficazes para reduzir a excitação fisiológica e psicológica e, assim, promover o sono.^{1,2,9} Estas são mais eficazes com o intuito de melhorar a fase inicial do sono,^{1,2,9} e deverão ser utilizadas durante o dia, antes de deitar e no meio da noite se o paciente não conseguir dormir (Quadro 1).^{1,8}

Terapia Cognitiva

As crenças, atitudes disfuncionais, preocupações ou expectativas irrealistas sobre o sono podem perpetuar a insônia, levando mesmo a um ciclo vicioso.^{1,2,8,9} O objetivo da terapia cognitiva é identificar essas crenças e atitudes disfuncionais e substituí-las por outras mais adequadas. Esta estratégia deve ser aplicada por profissionais especializados em terapia cognitiva.^{1,2,4,8,9}

Intenção Paradoxal

A intenção paradoxal tem como objetivo diminuir a ansiedade associada ao medo de não conseguir adormecer ou não dormir o suficiente. O paciente é instruído a tentar não adormecer e manter-se acordado o maior tempo possível. Isto faz com o paciente relaxe e acabe por adormecer.^{2,8,9}

Exercício Físico

O exercício físico parece ter um efeito benéfico na qualidade do sono, diminuindo as queixas de insônia¹⁸ e o uso de medicação hipnótica.¹⁹

O exercício “agudo” (apenas uma sessão de atividade física) parece ter benefícios leves a moderados na qualidade do sono, diminuindo a latência do sono e a ansiedade prévia a adormecer e aumentando a eficiência do sono e o tempo total de sono. Estes benefícios parecem ocorrer apenas após a prática de exercício aeróbio moderado (exemplo, uma caminhada) e não para exercícios aeróbicos intensos (exemplo, corrida) ou exercícios de resistência moderados (exemplo, musculação).¹⁸

Programas de exercício regular parecem mostrar, nas meta-análises, melhorias semelhantes às encontradas para os hipnóticos, sendo que a maioria dos estudos se referem ao exercício aeróbio moderado.^{18,19} Todavia, deve-se evitar a sua realização duas horas antes de deitar.^{4,13}

Acupuntura

Estudos mostram que tem benefícios no tratamento da insônia, ao melhorar a manutenção e eficiência do sono. Contudo, devido à baixa qualidade metodológica dos estudos, a evidência atual não permite que se recomende a acupuntura como um tratamento eficaz.^{11,13,20,21}

Tratamento farmacológico

A farmacoterapia deve ser considerada em situações agudas com necessidade de redução imediata dos sintomas.² A seleção do fármaco deve ter em consideração diferentes fatores como os sintomas, objetivos do tratamento, resposta a tratamentos prévios, preferências do paciente, custos, comorbidades, contraindicações e efeitos secundários.^{2,9}

Fármacos Hipnóticos

As benzodiazepinas (BZD) e fármacos análogos têm indicação no tratamento da insônia quando os sintomas assumem caráter patológico, pelo que não devem ser utilizadas por rotina no tratamento sintomático de insônias leves a moderadas. Não devem utilizar-se simultaneamente mais do que uma BZD hipnótica ou fármaco análogo.²²

Previamente à prescrição de fármacos hipnóticos, o doente deverá ser informado sobre o risco de habituação, risco de síndrome de privação, risco de toxicidade com a ingestão concomitante de álcool e/ou sedativos, risco de interferir com as funções psicomotoras e risco de quedas (especialmente nos idosos).²²

Agonista dos recetores das benzodiazepinas

Estes fármacos produzem um efeito hipnótico semelhante às benzodiazepinas, tendo como exemplo o zolpidem (Quadro 2).^{2,4,9,23}

Quadro 2. Agonista dos recetores da benzodiazepinas.

Substância Ativa	Dose diária (mg)	Início de ação	Duração de ação	Semi-vida (horas)	Contraindicações	Precauções
Zolpidem	5-10*	Rápido	Curta	1,5 a 2,4	- SAOS - Insuficiência pulmonar - Depressão respiratória - Miastenia <i>gravis</i> - IH grave - Psicose - Gravidez e aleitamento	- Depressão - História de abuso de tóxicos - IH ou IR - Idosos

Fonte:^{4,13,25} SAOS: Síndrome apneia obstrutiva do sono; IH: insuficiência hepática; IR: insuficiência renal. * Na mulher 5mg devido a risco aumentado na condução.

O uso deste fármaco está recomendado no tratamento da insônia a curto prazo, especialmente na insônia inicial.²³ O zolpidem diminui a latência do sono e o número de despertares noturnos e aumenta a duração e a qualidade do sono.⁴ O tratamento com este fármaco deve ser curto, com duração média inferior a quatro semanas.^{13,22}

Um ensaio clínico randomizado²⁴ mostrou eficácia do zolpidem até oito meses de tratamento, mas sem melhoria nos parâmetros subjetivos relativamente ao placebo.

Os efeitos secundários mais comuns são cefaleias, tonturas e sonolência.⁴ Em 2013, a *US Food and Drug Administration* recomendou o uso de uma dose menor que os 10mg/dia, especialmente em mulheres, visto que doses mais elevadas podem estar associadas a uma diminuição da capacidade de conduzir. Estudos mostraram que concentrações sanguíneas de 50ng/ml serão capazes de diminuir a capacidade de dirigir, sendo que estas doses encontram-se em cerca de 15% das mulheres que tomaram zolpidem 10mg oito horas antes.⁴

Benzodiazepinas

As BZD estão recomendadas apenas na fase aguda das queixas de insônia, na menor dose possível, com duração de duas a quatro semanas.²⁶

Estes fármacos diminuem a latência do sono e número de despertares noturnos, aumentando a duração e qualidade do sono. Adicionalmente, as BZD podem diminuir as queixas de ansiedade.¹⁵

Previamente à prescrição de BZD, dever-se-á avaliar a presença de causalidade ou comorbilidade física, abuso de álcool ou outras substâncias, miastenia gravis, insuficiência respiratória grave, apneia do sono, insuficiência hepática grave.²²

Nos pacientes com queixas de insônia inicial dever-se-á utilizar uma BZD de curta ação e nos pacientes com queixas de dificuldade de manutenção do sono é preferível uma BZD com ação mais prolongada (Quadro 3).⁴ O diazepam não deve ser utilizado, pois é de longa duração de ação e pode levar à acumulação de metabolitos ativos.⁴

Quadro 3. Benzodiazepinas.

Substância Ativa	Dose diária (mg)	Dose diária idoso (mg)	Início de ação	Duração de ação	Semi-vida (horas)	Interação CYP450
Triazolam	0,125 - 0,5	0,0625 - 0,125	Rápido	Curta	2 - 3	Sim
Brotizolam	0,125 - 0,25	0,125	Rápido	Curta	-	-
Estazolam	1 - 2	0,5	Rápido	Intermediário	10 - 24	Limitado
Loprazolam	1 - 2	0,5 - 1	Rápido	Intermediário	-	-
Lorazepam	2 - 4	0,5 - 1	Intermediária	Intermediário	10 - 20	Não
Temazepam	10 - 20	10	Intermediário	Intermediário	3 - 19	Não
Flurazepam	15 - 30	15	Rápido	Longo	47 - 100	Limitado
Diazepam*	5-10	5	Rápido	Longo	20-50	Limitado

Fonte: ^{2,4,23,25}. * Deve ser evitado devido a sua longa duração de ação e possibilidade de acumulação de metabolitos.

Os efeitos adversos mais comuns são sedação matinal, incoordenação motora, perturbações mnésicas, sonolência excessiva, atraso de tempo de reação, redução da libido e desinibição comportamental.^{12,23} Após duas a quatro semanas de utilização, aumenta o risco de desenvolver tolerância, dependência física e psicológica e síndrome de privação.⁹

Esta síndrome pode durar até três semanas após a suspensão de BZD de longa ação e caracteriza-se pela presença de sintomas de ansiedade, perda de apetite, tremor, sudorese e alterações perceptuais.²² A maioria dos hipnóticos são depressores respiratórios, pelo que podem agravar a síndrome da apneia obstrutiva do sono ou hipoventilação.^{4,23}

Antidepressivos

Os antidepressivos sedativos (Quadro 4) são fármacos comumente prescritos para o tratamento da insônia, embora conclusões que comprovem a sua eficácia sejam limitadas.²⁶ Geralmente, as doses utilizadas para indução do sono são inferiores às utilizadas no tratamento da depressão.²⁶

No momento atual, não há evidência que sustente a sua eficácia na insônia sem comorbilidades médicas ou psiquiátricas,¹¹ contudo, podem estar indicados como primeira linha quando a insônia está associada a sintomas depressivos ou de ansiedade ou em pacientes com abuso de substâncias.^{2,4,11,25}

Trazodona

Atualmente, não existe evidência sustentada da eficácia da trazodona no tratamento da insônia.^{13,27}

Quadro 4. Antidepressivos com efeito sedativo.

Substância Ativa	Dose inicial (mg)	Dose máxima diária (mg)	Início de ação (horas)	Duração de ação (horas)	Contraindicações e precauções
Agomelatina	25	50	-	-	- Disfunção hepática - Inibidores potentes CYP1A2 (ex. fluvoxamina, ciprofloxacina) - Monitorizar as transaminases séricas durante o tratamento
Amitriptilina	10-20	150	2-4	17-40	- Infarto Agudo do Miocárdio recente - Arritmias - Fase maníaca da doença bipolar - Doença hepática grave
Mianserina	30-40	90	-	-	- História de epilepsia - Deve-se fazer controle do hemograma ao fim de quatro semanas nos primeiros três meses
Mirtazapina	15	15	1,2-1,6	20-40	- Epilepsia - Alterações da função hepática e renal - Hipotensão - História de retenção urinária - Glaucoma de ângulo aberto - Psicose - História de doença bipolar - Gravidez e aleitamento
Trazodona	50	150	0,5-2	8	- Contraindicado - EAM recente - Epilepsia - Insuficiência hepática ou renal - Angina <i>pectoris</i> , distúrbios de condução ou bloqueios AV - Hipertireoidismo - Glaucoma de ângulo fechado agudo

Fonte: 2,4,23,29. EAM: enfarte de agudo do miocárdio; AV: auriculoventricular.

Um estudo randomizado concluiu que a trazodona ao final de uma semana de utilização melhorou a latência do sono, duração total do sono e número de despertares noturnos quando comparado com o placebo, contudo, na segunda semana de utilização não se verificaram diferenças entre a trazodona e o placebo.^{4,11,25}

Por outro lado, na depressão com insônia comórbida, estudos verificaram melhoria da qualidade do sono e do número de despertares noturnos.¹³

Mirtazapina, Amitriptilina, Mianserina

Não há evidência sustentada para a eficácia destes antidepressivos, não existindo estudos a longo prazo. Eles têm um potencial efeito benéfico na insônia associada à depressão.¹³

Agomelatina

Tem um efeito potencial na regulação do ritmo circadiano nos pacientes com depressão.^{26,28} Verifica-se uma melhoria da qualidade do sono, redução da latência do sono e redução dos despertares noturnos em pacientes com depressão comorbida.^{28,29} Aparentemente, tem menos efeitos secundários que outros antidepressivos, nomeadamente na disfunção sexual ou sintomas de descontinuação.³⁰

Antipsicóticos

Não estão recomendados em pacientes sem psicose, dado que não há evidência comprovada da sua eficácia.¹¹ Em relação à quetiapina, os benefícios no tratamento da insônia não superam os riscos potenciais da utilização do fármaco, mesmo em doentes com condições comórbidas, que possam justificar o seu uso.^{11,31}

Anti-histamínicos

Não há evidência que os anti-histamínicos melhorem as queixas de insônia.^{13,25} Por outro lado, podem causar sedação no dia seguinte, assim como estão associados a efeitos secundários como diminuição do tempo de reação, diminuição da capacidade cognitiva, delírio, alterações visuais, retenção urinária e constipação intestinal.¹³

Valeriana

Atualmente, existe uma baixa evidência do benefício da utilização de valeriana no tratamento da insônia.¹³ Contudo, o uso deste fármaco, em alguns estudos, parece ter algum efeito benéfico ao melhorar subjetivamente a qualidade do sono dos pacientes.^{13,32}

Melatonina

A melatonina apresenta efeitos modestos no tratamento da insônia sem comorbilidades, parecendo diminuir a latência do sono, aumentar o tempo total de sono e a qualidade do sono.^{27,31,33} Todavia, os efeitos observados são inferiores ao de outros tratamentos farmacológicos. A melatonina poderá ser uma escolha de tratamento na perturbação do sono relacionada com o ritmo circadiano.³³

Insônia em Situações Específicas

Existem algumas especificidades relativamente ao tratamento da insônia no idoso, durante a gravidez, em pacientes com abuso crônico de álcool e em pacientes com depressão (Quadro 5).^{4,34-36}

Critérios de Referência

São critérios de referência para os cuidados de saúde secundários a perturbação do sono relacionada com a respiração, sonolência diurna excessiva, narcolepsia, parassônias, dúvidas de diagnóstico, má resposta ao tratamento adequado (farmacológico ou não farmacológico) e referência para realização de TCC por profissionais especializados.^{2,9,45}

Conclusão

As queixas de insônia são muito prevalentes nos cuidados de saúde primários, pelo que o médico de família deve conhecer a melhor abordagem para o seu tratamento. Numa sociedade cada vez mais medicalizada, é importante que o médico de família reconheça e aplique a terapêutica não farmacológica.

Quadro 5. Tratamento da Insônia em Situações Específicas.

Idoso	<ul style="list-style-type: none"> • TCC é eficaz no tratamento da insônia do idoso.^{25,36-39} <ul style="list-style-type: none"> • Eficácia a longo prazo, tanto na melhoria subjetiva como objetiva da qualidade e tempo de sono.^{36,39} • Mais custo-efetiva que os hipnóticos e reduz a necessidade de utilização deste tipo de fármacos.³⁶ • Deverá ser considerada como terapêutica de 1ª linha na insônia crônica do idoso.^{25,36,37} • Hipnóticos: <ul style="list-style-type: none"> • Utilização com precaução, não estando recomendado o uso superior a um mês.^{37,38} • A utilização de benzodiazepinas de longa duração de ação deve ser evitada, devido ao aumento de risco de sedação diurna, quedas e confusão. Quando existir necessidade de as utilizar, dever-se-á usar a dose menor possível.³⁷ • Segundo os <i>2012 Beers Criteria da American Geriatrics Society</i>,⁴⁰ não está recomendada a utilização de BZD e o zolpidem não deverá ser utilizado mais do que 90 dias. • Outros Fármacos: <ul style="list-style-type: none"> • A melatonina parece ser eficaz, mas apresenta resultados contraditórios entre diferentes estudos.³⁶ <ul style="list-style-type: none"> • O consenso da <i>British Association for Psychopharmacology</i> recomenda que quando há indicação para o uso de um hipnótico num paciente com mais de 55 anos de idade, a melatonina de libertação prolongada deve ser utilizada previamente a outros fármacos.²⁵ • Atualmente, existe evidência fraca que recomende o uso de antidepressivos sedativos em idosos com insônia comórbida.^{36,37} • Relativamente aos anti-histamínicos, não existe evidência da sua eficácia, pelo que estes devem ser evitados devido aos efeitos secundários.^{36,37}
Gravidez	<ul style="list-style-type: none"> • Maioria dos hipnóticos e sedativos utilizados no tratamento da insônia são categorizados com nível C, D ou X.³⁴ • TCC é eficaz e mais custo-efetiva do que a farmacoterapia.³⁴ • Nota: Mulheres medicadas cronicamente com BZD ou fármacos análogos não devem suspender abruptamente quando confirmada a gravidez devido ao efeito de <i>rebound</i>. Dever-se-á elaborar um plano de descontinuação.⁴¹
Abuso Crônico do Álcool	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento da dependência do álcool é o tratamento de primeira linha para a insônia relacionada com abuso do álcool.³⁵ • Pode persistir durante meses a anos após cessação dos consumos.⁴² • Durante a abstinência alcoólica: <ul style="list-style-type: none"> • TCC é o preferível pois tem efeitos a longo prazo.³⁵ • Trazodona é dos fármacos mais utilizados e estudados, deve ser evitada em pacientes com dificuldade em manter a abstinência alcoólica.^{35,42} • Gabapentina é frequentemente utilizada, particularmente útil em doentes com componente ansioso.³⁵ • Mirtazapina poderá ser útil nos pacientes deprimidos.³⁵ • Benzodiazepinas e fármacos análogos são geralmente evitados devido ao potencial risco para o abuso crônico, dependência e uso excessivo em combinação com álcool.³⁵ Estes fármacos são frequentemente utilizados na síndrome de abstinência alcoólica.²²
Depressão	<ul style="list-style-type: none"> • TCC e farmacoterapia são eficazes no tratamento da insônia e depressão.^{2,43} • Os antidepressivos com efeitos sedativos são eficazes em monoterapia no tratamento dos sintomas de insônia e depressão, como por exemplo a trazodona, mianserina, agomelatina.⁴⁴ • É preferível iniciar o tratamento com a utilização de apenas um fármaco que possa melhorar a sintomatologia da depressão e da insônia.⁴³ <ul style="list-style-type: none"> • Trazodona e a mirtazapina mostraram benefício no tratamento da insônia com depressão comórbida.⁴³ • Agomelatina mostrou benefício no tratamento dos sintomas de depressão e de insônia em pacientes com depressão major.^{28,44} • Coadministração de dois antidepressivos em pacientes com resposta inadequada ao tratamento em monoterapia.⁴⁴ • Adição de zolpidem ou BZD se a prescrição de um antidepressivo sedativo não for apropriada para o paciente.⁴³

Quando é necessária a utilização de medidas farmacológicas, o médico deve adequar o tratamento a cada situação específica e às características de cada paciente. É importante ter em conta todas as comorbidades do paciente e praticar uma Medicina apoiada também na prevenção quaternária.

Referências

1. Siebern AT, Suh S, Nowakowski S. Non-pharmacological treatment of insomnia. *Neurotherapeutics*. 2012;9(4):717-27. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s13311-012-0142-9>
2. Cavadas LF, Ribeiro L. Abordagem da insônia secundária do adulto nos Cuidados de Saúde Primários. *Acta Med Port*. 2011;24(1):135-44.
3. Marques-Teixeira J. Consensos Psiquiátricos: Manual Prático para Clínicos Gerais. 2a ed. Linda-a-velha: VVKA; 2014.
4. Bonnet MH, Arand DL. Overview of insomnia. UpToDate 2015. [citado 2016 Set 20]. Disponível em: <http://www.uptodate.com>
5. Falloon K, Arroll B, Elley CR, Fernando A 3rd. The assessment and management of insomnia in primary care. *BMJ*. 2011;342:d2899. PMID: 21622505 DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d2899>
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association Publishing; 2013.
7. Riemann D, Nissen C, Palagini L, Otte A, Perlis ML, Spiegelhalder K. The neurobiology, investigation, and treatment of chronic insomnia. *Lancet Neurol*. 2015;14(5):547-58. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(15\)00021-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(15)00021-6)
8. Pinto Jr LR, Alves RC, Caixeta E, Fontenelle JA, Bacellar A, Poyares D, et al. New guidelines for diagnosis and treatment of insomnia. *Arq Neuropsiquiatr*. 2010;68(4):666-75. PMID: 20730332 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2010000400038>
9. Spain. Ministry of Science and Innovation/Ministry of Health and Social Policy. Clinical Practice Guidelines for the Management of Patients with Insomnia in Primary Care. Madrid: Ministry of Health and Social Policy; 2009.
10. Mitchell MD, Gehrman P, Perlis M, Umscheid CA. Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review. *BMC Fam Pract*. 2012;13:40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-13-40>
11. Roehrs T, Roth T. Insomnia pharmacotherapy. *Neurotherapeutics*. 2012;9(4):728-38. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s13311-012-0148-3>
12. Buysse DJ. Insomnia. *JAMA*. 2013;309(7):706-16. PMID: 23423416 DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2013.193>
13. University of Texas at Austin School of Nursing, Family Nurse Practitioner Program. Clinical guideline for the treatment of primary insomnia in middle-aged and older adults. University of Texas at Austin School of Nursing, Family Nurse Practitioner Program. Austin: University of Texas; 2014.
14. Koffel EA, Koffel JB, Gehrman PR. A meta-analysis of group cognitive behavioral therapy for insomnia. *Sleep Med Rev*. 2015;19:6-16. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.smr.2014.05.001>
15. Ho FY, Chung KF, Yeung WF, Ng TH, Kwan KS, Yung KP, et al. Self-help cognitive-behavioral therapy for insomnia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep Med Rev*. 2015;19:17-28. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.smr.2014.06.010>
16. Cheng SK, Dizon J. Computerised cognitive behavioural therapy for insomnia: a systematic review and meta-analysis. *Psychother Psychosom*. 2012;81(4):206-16. PMID: 22585048 DOI: <http://dx.doi.org/10.1159/000335379>
17. Morgan K, Kucharczyk E, Gregory P. Insomnia: evidence-based approaches to assessment and management. *Clin Med (Lond)*. 2011;11(3):278-81. DOI: <http://dx.doi.org/10.7861/clinmedicine.11-3-278>
18. Passos GS, Poyares DL, Santana MG, Tufik S, Mello MT. Is exercise an alternative treatment for chronic insomnia? *Clinics (Sao Paulo)*. 2012;67(6):653-60. DOI: [http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2012\(06\)17](http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2012(06)17)
19. Yang PY, Ho KH, Chen HC, Chien MY. Exercise training improves sleep quality in middle-aged and older adults with sleep problems: a systematic review. *J Physiother*. 2012;58(3):157-63. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S1836-9553\(12\)70106-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1836-9553(12)70106-6)

20. Cheuk DK, Yeung WF, Chung KF, Wong V. Acupuncture for insomnia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(9):CD005472. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD005472.pub3>
21. Lan Y, Wu X, Tan HJ, Wu N, Xing JJ, Wu FS, et al. Auricular acupuncture with seed or pellet attachments for primary insomnia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Complement Altern Med.* 2015;15:103. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12906-015-0606-7>
22. Direção-Geral da Saúde. Tratamento Sintomático da Ansiedade e Insônia com Benzodiazepinas e Fármacos Análogos. Norma nº 055/2011 de 27/10/2011 atualizada a 21/01/2015. [citado 2016 Set 20]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0552011-de-27122011.aspx>
23. Infarmed. *Prontuário Terapêutico online* - 2016. Infarmed/Ministério da Saúde. Internet [citado 2016 Set 20]. Disponível em: <http://www.infarmed.pt/prontuario/index.php>
24. Randall S, Roehrs TA, Roth T. Efficacy of eight months of nightly zolpidem: a prospective placebo-controlled study. *Sleep.* 2012;35(11):1551-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.5665/sleep.2208>
25. Wilson SJ, Nutt DJ, Alford C, Argyropoulos SV, Baldwin DS, Bateson AN, et al. British Association for Psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders. *J Psychopharmacol.* 2010;24(11):1577-601. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0269881110379307>
26. Morin CM, Benca R. Chronic insomnia. *Lancet.* 2012;379(9821):1129-41. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60750-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60750-2)
27. Ramar K, Olson EJ. Management of common sleep disorders. *Am Fam Physician.* 2013;88(4):231-8. PMID: 23944726
28. Cardinali DP, Srinivasan V, Brzezinski A, Brown GM. Melatonin and its analogs in insomnia and depression. *J Pineal Res.* 2012;52(4):365-75. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-079X.2011.00962.x>
29. Laudon M, Frydman-Marom A. Therapeutic effects of melatonin receptor agonists on sleep and comorbid disorders. *Int J Mol Sci.* 2014;15(9):15924-50. DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/ijms150915924>
30. Srinivasan V, Brzezinski A, Pandi-Perumal SR, Spence DW, Cardinali DP, Brown GM. Melatonin agonists in primary insomnia and depression-associated insomnia: are they superior to sedative-hypnotics? *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2011;35(4):913-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pnpbp.2011.03.013>
31. Anderson SL, Vande Griend JP. Quetiapine for insomnia: A review of the literature. *Am J Health Syst Pharm.* 2014;71(5):394-402. PMID: 24534594 DOI: <http://dx.doi.org/10.2146/ajhp130221>
32. Fernández-San-Martín MI, Masa-Font R, Palacios-Soler L, Sancho-Gómez P, Calbó-Caldentey C, Flores-Mateo G. Effectiveness of Valerian on insomnia: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Sleep Med.* 2010;11(6):505-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sleep.2009.12.009>
33. Ferracioli-Oda E, Qawasmi A, Bloch MH. Meta-analysis: melatonin for the treatment of primary sleep disorders. *PLoS One.* 2013;8(5):e63773. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0063773>
34. Jones CR. Diagnostic and management approach to common sleep disorders during pregnancy. *Clin Obstet Gynecol.* 2013;56(2):360-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/GRF.0b013e31828f2717>
35. Brower KJ. Assessment and treatment of insomnia in adult patients with alcohol use disorders. *Alcohol.* 2015;49(4):417-27. PMID: 25957855 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.alcohol.2014.12.003>
36. Wennberg AM, Canham SL, Smith MT, Spira AP. Optimizing sleep in older adults: treating insomnia. *Maturitas.* 2013;76(3):247-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.05.007>
37. Rodriguez JC, Dzierzewski JM, Alessi CA. Sleep problems in the elderly. *Med Clin North Am.* 2015;99(2):431-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2014.11.013>
38. Alessi C, Vitiello MV. Insomnia (primary) in older people. *BMJ Clin Evid.* 2011;2011 pii: 2302.
39. Buysse DJ, Germain A, Moul DE, Franzen PL, Brar LK, Fletcher ME, et al. Efficacy of brief behavioral treatment for chronic insomnia in older adults. *Arch Intern Med.* 2011;171(10):887-95. PMID: 21263078 DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2010.535>

40. American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60(4):616-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.03923.x>
41. Okun ML, Ebert R, Saini B. A review of sleep-promoting medications used in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2015;212(4):428-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2014.10.1106>
42. Kolla BP, Mansukhani MP, Schneekloth T. Pharmacological treatment of insomnia in alcohol recovery: a systematic review. *Alcohol Alcohol.* 2011;46(5):578-85. PMID: 21715413 DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/alcalc/agr073>
43. Murphy MJ, Peterson MJ. Sleep Disturbances in Depression. *Sleep Med Clin.* 2015;10(1):17-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsmc.2014.11.009>
44. Staner L. Comorbidity of insomnia and depression. *Sleep Med Rev.* 2010;14(1):35-46. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.smr.2009.09.003>
45. Romero CA. Trastornos del sueño. In: semFYC, ed. *Guía de actuación en atención primaria.* 4a ed. Barcelona: semFYC; 2011.

Nelson Ferreira Ribeiro. Unidade de Saúde Familiar Santa Clara,
ACES Grande Porto IV Póvoa de Varzim. Vila do Conde, Portugal.
nelson_f_ribeiro@hotmail.com (*Autor correspondente*)

Gestão de cuidados ao idoso dependente: Relato de um caso

Care management of the dependent elderly: A case report

Gestión de la atención a los ancianos dependientes: Relato de un caso clínico

Dalila Teixeira. Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM). Matosinhos, Distrito do Porto, Portugal.
dalilateixeira21@hotmail.com (*Autora correspondente*)

Resumo

O presente caso enfatiza o papel do médico de família como gestor de cuidados assistenciais ao doente sem autonomia funcional; salientando-se a importância da abordagem sistêmica no planejamento da intervenção. Maria e José, ambos octogenários, formam uma família nuclear na fase VIII, do ciclo de Duvall. Na sequência de uma hospitalização prolongada, Maria ficou acamada, verificando-se na primeira visita domiciliar que José executava de forma praticamente isolada a função de cuidador. Perante esta situação, a médica de família coordenou uma rede apoios formais e informais, que permitiram aliviar a sobrecarga de José e a recuperação da capacidade de marcha de Maria. A relevância deste caso prende-se com o fato de constituir um exemplo paradigmático da atividade distintiva do médico de família, enquanto agente executor de uma abordagem globalizante, capaz de aglutinar os múltiplos aspectos fundamentais ao bem-estar integral dos doentes.

Abstract

This case emphasizes the role of the family doctor as a care manager for patients without functional autonomy, emphasizing the importance of a systemic approach to planning the intervention. José and Maria, both octogenarians, form a nuclear family in stage VIII of the Duvall cycle. Subsequent to a prolonged hospitalization, Maria became completely dependent on José for basic daily activities due to the loss of walking ability. During the first home visit after discharge, the family doctor verified that José had single-handedly taken over the role of Maria's caregiver. Faced with this situation, the family doctor coordinated a network of formal and informal support that reduced the workload on José and facilitated the recovery of Maria's walking ability. This case is important in showing the distinctive action of the family doctor as an executive agent of a holistic approach and one who is capable of bringing together various aspects integral to the well-being of patients.

Resumen

El presente caso subraya la importancia del papel del médico de familia como gestor de cuidados asistenciales al paciente sin autonomía funcional; destacándose la importancia del enfoque sistémico, en la planificación de la intervención. Maria y José, ambos octogenarios, forman una familia nuclear en la fase VIII, del ciclo de Duvall. A consecuencia de una hospitalización prolongada Maria se vio obligada a guardar cama, comprobándose en la primera visita domiciliar que José desempeñaba la función de cuidador prácticamente sin ayudas. Ante esta situación, lo médico de familia coordinó una red de apoyos formales e informales que se tradujo en un alivio de la sobrecarga de José y en la recuperación de la capacidad de marcha de Maria. La relevancia de este caso reside en que constituye un ejemplo paradigmático de la actividad distintiva del médico de familia, como agente ejecutor de un enfoque integrador y comprensivo, susceptible de aglutinar los múltiples aspectos fundamentales para el bienestar integral de los pacientes.

Palavras-chave:

Atenção Primária à Saúde
Idoso
Dependência (Psicologia)
Cuidados Médicos
Medicina de Família
e Comunidade

Keywords:

Primary Health Care
Aged
Dependence (Psychology)
Medical Care
Family Practice

Palabras clave:

Atención Primaria de Salud
Anciano
Dependencia (Psicología)
Atención Médica
Medicina Familiar
y Comunitaria

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: 23/03/15.

Aprovado em: 26/01/16.

Como citar: Teixeira D. Gestão de cuidados ao idoso dependente: Relato de um caso. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-7. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1103](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1103)

Introdução

O fenômeno mundial de crescimento da população idosa dependente,¹ associado à ausência de um número suficiente de estruturas e serviços de suporte, bem como a crescente desresponsabilização da família no cuidado aos seus membros dependentes tem criado crescentes dificuldades na gestão desta problemática. De fato, o surgimento de novos modelos de organização familiar decorrentes das mudanças estruturais, socioeconômicas e culturais na sociedade, tais como a organização social do trabalho, a entrada maciça da mulher no mercado de trabalho, a existência de novos valores socioculturais, as transformações de mentalidades, tem contribuído para a diminuição dos tempos dedicados ao trabalho e à partilha das responsabilidades familiares.

É, por isso, crescente o papel do médico de família na supervisão da funcionalidade da família, principalmente na presença de situações clínicas e/ou socioeconômicas complexas; bem como na promoção de medidas que promovam o seu amparo, numa ótica de prestação contínua de cuidados; premissas estas que nos remetem para a necessidade de ter acesso às famílias, de obter pleno conhecimento acerca deste “microssistema comunitário”, numa lógica de identificar prioridades na assistência e planeamento de ações.

De fato e de acordo com Silva e Santos,² trabalhar com famílias é uma arte que se desenvolve por meio da compreensão e exploração das estruturas familiares, com a finalidade de elaborar uma estratégia personalizada a cada conjunto familiar.

Tarefa esta que para profissionais cuja formação foi, e ainda é, prioritariamente técnica se revela difícil, pois o envolvimento com conflitos pessoais e situações psicossociais que influenciam no diagnóstico e tratamento da família, seja de forma consciente ou inconsciente, exige, além da capacidade técnica, a capacidade relacional, ou seja, um profissional de ajuda.³

É neste panorama que se define a importância que podem assumir instrumentos que proporcionem uma síntese dos dados das famílias, identificando dificuldades e facilidades em relação ao processo saúde-doença.⁴

Pretende-se, assim, descrever um caso paradigmático, desta crescente realidade, no sentido de suscitar uma reflexão nos profissionais de saúde, relativamente ao crescente desafio que o cuidar do idoso dependente no paradigma da desinstitucionalização representa. Salientando-se a necessidade de implementar uma abordagem holística, com exploração/avaliação sistemática do contexto sociofamiliar do idoso, apoiada num referencial teórico, capaz de identificar e mobilizar os recursos necessários à prestação de cuidados assistenciais ao doente sem autonomia, como estratégia fundamental para garantir o seu bem-estar e dignidade.

Descrita na literatura como a relação mais importante na meia-idade e velhice, a importância da relação marital no caso que se descreve obrigou a uma abordagem do casal como uma unidade.

Identificação

Maria e José (nomes fictícios) de 86 e 81 anos, respectivamente, formam um casal há mais de 6 décadas. Ambos residentes numa cidade do norte de Portugal, há vários anos, constituem atualmente uma família nuclear na fase VIII, do ciclo de Duval. Durante a sua vida ativa, Maria dedicou-se à vida doméstica; José, por sua vez, trabalhou como operário fabril.

Estado cognitivo e funcional

José mantém-se cognitivamente íntegro e totalmente independente nas atividades instrumentais de vida diária, exceto a dificuldade na gestão da medicação. Em contrapartida, Maria, na sequência da evolução da sua doença demencial (*Mini Mental State* = 7 pontos), apresenta-se dependente nas atividades básicas de vida diária. Mantém, no entanto, capacidade de marcha preservada, com apoio de uma bengala.

Contexto econômico

O casal vive em casa própria, num primeiro andar, sem elevador, dotada de água canalizada, eletricidade e saneamento básico. A aposentadoria de José constitui a única fonte de rendimento do casal, suficiente apenas para suprir as necessidades básicas (índice de Grafar 17 - Classe média).

Contexto sociofamiliar

O casal vive sozinho, estabelecendo uma relação distante com os 4 filhos, apesar de coabitarem na mesma cidade, dos quais praticamente não recebe qualquer tipo de suporte. Não existem igualmente relações significativas com vizinhos ou amigos.

José e Maria frequentam, há 5 anos, um Centro de Dia, espaço onde foram bem acolhidos e integrados. Este centro excede as funções de um espaço de convívio e estímulo, assumindo responsabilidade nos cuidados alimentares do casal, e, no caso específico de Maria, os cuidados de higiene. Esta entidade exerce ainda um papel essencial de auxílio na gestão da terapêutica, aspecto no qual José revelava grandes dificuldades e que foi suprido pelo contato que a médica de família estabeleceu com a responsável do Centro de Dia, solicitando o seu envolvimento nessa função. Sendo estas duas entidades - Centro de Saúde e Centro de Dia, que José considera ser a principal fonte de apoio (Figure 1 e Tabela 1).

Escalas/Instrumentos de avaliação familiar

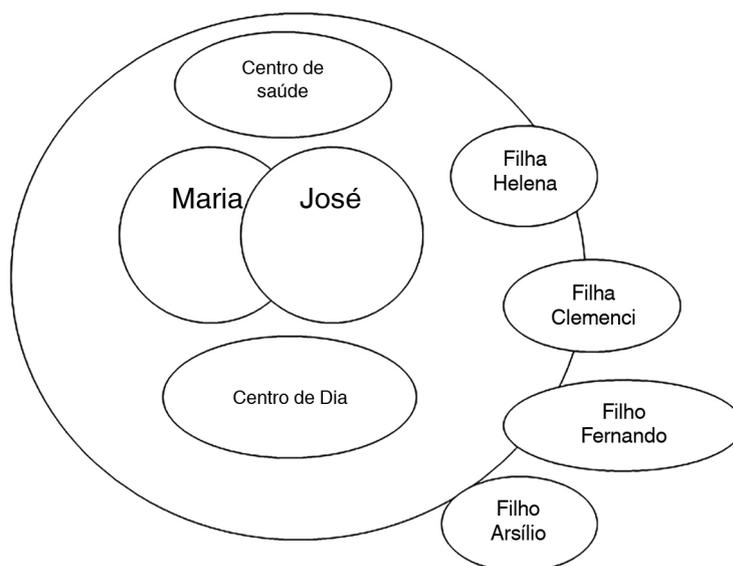


Figura 1. Ecomapa.

Tabela 1. Apgar familiar.

	Apgar familiar	Sempre (2)	Às vezes (1)	Nunca (0)
Adaptação	Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família sempre que alguma coisa me preocupa			X
Comunicação	Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo o meu estilo de vida			X
Crescimento	Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida			X
Afeto	Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor			X
Dedicação	Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família			X

Discussão

O ciclo vital representa o processo evolutivo pelo qual a família passa ao longo da vida, incluindo etapas com problemas previsíveis e tarefas específicas a serem cumpridas. Manejar adequadamente esses problemas promove o bem-estar e o crescimento de todos os seus membros.^{5,6}

Tendo por base estes princípios figurou-se como essencial enquadrar esta família na fase do seu ciclo de desenvolvimento, verificando-se pertencer à fase VIII, ou seja, ao último estágio da história de desenvolvimento, caracterizado por questões relacionadas como a velhice - perdas de habilidades e aumento dos índices de dependência.²

O Apgar familiar é um instrumento que se propõe aferir o grau de funcionalidade familiar. O resultado desta escala foi obtido por autopreenchimento, espelhando a pouca satisfação expressa de forma espontânea ao longo da entrevista.

Apesar de, sob a forma de discurso, José explicar com clareza a distância relacional entre os diferentes elementos do seu meio, quando solicitado a fazer a tradução gráfica do que explicava, hesitava, mostrando incompreensão. A insistência e explicação de forma mais acessível, com fornecimento de exemplos permitiu, no entanto, superar a dificuldade inicial, permitindo obter a representação gráfica exposta, na Figura 1.

A dificuldade em conseguir obter dos doentes este exercício de tradução gráfica, alerta para as limitações que a aplicação deste instrumento representa muitas vezes ao nível da população com baixa literacia, idosos... A virtude de concentrar tão grande riqueza informativa num esquema de extraordinária facilidade em termos de leitura, justifica, no entanto, o esforço de o tentar obter junto dos doentes, ainda que em muitos casos um forte investimento tenha de ser realizado para que o conceito seja percebido e o indivíduo se torne apto a desenvolvê-lo. Feita esta ressalva, importa agora focar a atenção na análise do resultado obtido e do qual sobressai a relação de plena comunhão que José considera ter com Maria. Quando confrontado com essa constatação, José comenta “sou eu o único que lhe valho”, “se não fosse eu”...

Merece ainda referência a proximidade e destaque atribuído ao Centro de Dia e ao Centro de Saúde; de fato, José coloca estas duas instituições numa posição cimeira, que surge nomeadamente à frente dos quatro filhos do casal.

Contexto clínico

Maria, portadora de múltiplas comorbidades (*diabetes mellitus* tipo 2; hipertensão arterial; dislipidemia; síndrome demencial, incontinência urinária e fecal), é internada em 14 de julho de 2014 para estudo de lesões

cutâneas dispersas, tipo vesículas, com tamanho variável entre 1-3cm de diâmetro, inicialmente localizadas no dorso, com posterior extensão para a face anterior do tronco e membros. Durante o internamento de 9 dias, no serviço de Medicina foi observada por dermatologia, tendo sido estabelecido o diagnóstico de pênfigo bolhoso, de provável etiologia iatrogênica (furosemida). Foi instituída corticoterapia sistêmica, com melhoria do quadro clínico, tendo a doente tido alta com prednisolona, 30mg, em esquema de desmame.

Em 30 de julho de 2014, retorno da utente ao serviço de urgência (SU) por hiperglicemia. Constatado que a doente tinha incorporado a prednisolona, 30mg, na sua medicação habitual, não tendo realizado o esquema de desmame preconizado. A doente manteve-se internada durante 12 dias, período em que foi realizado ajuste terapêutico, com insulino terapia. Na data de alta, um filho e uma filha disponibilizaram-se para administrar a insulina (o filho) e ajudar o marido na alimentação e restantes cuidados (ambos). Foi contactada a médica assistente para continuação de cuidados.

Na primeira visita domiciliar, realizada pela médica de família, foi verificada resolução das lesões cutâneas, permitindo progredir no desmame da corticoterapia; mas manutenção de um inadequado controlo metabólico.

Tendo-se ainda constatado que Maria tinha perdido a capacidade de marcha, pelo que passava os dias limitada ao leito, sendo cuidada pelo marido, que assumiu isoladamente o papel de vigilância e apoio a Maria (exceto a preparação de refeições e higiene que continuou a ser assegurada pelo Centro de Dia, que passou a prestar estes cuidados no domicílio).

Face a esta situação, José expressava a sua profunda tristeza pelo abandono a que os filhos os votavam (Apgar familiar 0 - família severamente disfuncional (Tabela 1), bem como a sua apreensão relativamente a um futuro que augurava desamparado.

Problemas identificados

- Situação de dependência de Maria, nas atividades básicas de vida diária, sem suporte sociofamiliar adequado.
- Sobrecarga de José, também ele idoso e sem condições físicas para desempenhar as funções de cuidador principal.
- Situação financeira frágil que compromete a contratação de apoio privado que auxilie na prestação de cuidados a Maria.

Intervenção

Perante à problemática de agravamento do estado de dependência funcional de Maria, considerou-se essencial atuar no sentido de conjugar uma rede de apoios formais e informais (que ultrapassa-se a figura do marido), na convicção de que os cuidados ao doente sem autonomia funcional deve resultar de um esforço conjunto da família e da sociedade.

Foram assim levadas a cabo as seguintes ações:

Ativação do serviço de ação social, com várias intervenções no sentido de envolver os filhos no cuidado à utente, responsabilizando-os. Perante o insucesso desta tentativa, marcado pela recusa destes em colaborar na assistência à mãe (potenciado por conflitos interpessoais entre os irmãos), foi decido comunicar a situação ao Ministério Público, que determinou, que de forma rotativa, cada um dos filhos participaria na prestação diária de cuidados à utente.

Encaminhamento da utente para a Unidade de Cuidados Continuados Integrados -estrutura funcional da responsabilidade dos cuidados de saúde primários, formada por uma equipe multidisciplinar que visa a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que se encontram em situação de dependência. Pretendendo-se com esta orientação integrar a utente num programa de reabilitação motora, no âmbito do domicílio, visando restabelecer a sua capacidade de marcha.

Monitorização regular do cumprimento do plano de cuidados, nomeadamente vigilância ativa relativamente a possíveis situações de maus tratos ou violência (exercidos pelos filhos, dada a existência de história prévia de conflitos, distanciamento afetivo e falta de motivação para atuarem como cuidadores).

Progressivo ajustamento do esquema de insulino terapia.

Evolução

- Resolução do pênfigo, sem necessidade de corticoterapia sistêmica;
- Melhoria progressiva do controle metabólico, da DM tipo 2;
- Manutenção do apoio diário prestado pelos filhos, sem registro de incidentes;
- Melhoria da força muscular e de equilíbrio da utente, com recuperação da capacidade de marcha, permitindo a sua reintegração na atividade de centro de dia.

Considerações finais

Do que foi exposto, depreende-se que o médico de família deverá assumir em termos de atuação um modelo integrador do doente no seu contexto familiar e social, tomando-o em consideração na mobilização de recursos que ajudem a superar a crise. De fato, perante a nova realidade socioeconômica do país, crescentes desafios se colocam ao médico de família, ao qual cada vez mais é exigido um papel ativo, ao nível da gestão de meios/recursos comunitários, e, também, se necessário de defesa do doente na interface de cuidados,^{7,8} nomeadamente na responsabilização da família na obrigação de cuidar dos seus membros. Isto numa lógica de que a solidariedade pública e a solidariedade familiar se consubstanciam num movimento circular e sinérgico entre gerações, tradutor de uma lógica de complementaridade e não de concorrência ou exclusividade.⁹

Reconhece-se, no entanto, que o processo de negociação entre os diferentes elementos da rede de parentesco é condicionado por diversos princípios, lógicas e critérios, que orientam a interação e influenciam o tipo de estratégias a adotar para viabilizar o apoio.¹⁰

Fenômeno este enfatizado no caso particular acima relatado, no qual ficou evidente o obstáculo que o evidente distanciamento afetivo entre filhos e pais constituiu na criação de uma rede de apoio adequada às necessidades da utente.

Da análise reflexiva deste caso, ressalta ainda o papel de relevo que assumiu a aplicação dos instrumentos de avaliação familiar, ferramentas que Silveira Filho conceitualizou como tecnologias relacionais, oriundas da sociologia e da psicologia, que visam estreitar a relação entre profissionais e família, promovendo a compressão em profundidade do funcionamento do indivíduo e das suas relações com a família e a comunidade.¹¹

Trabalhar com esta família exigiu compreender a complexidade subjacente à dinâmica relacional dos seus membros, ponto-chave no reconhecimento da situação de vulnerabilidade, que levou à implementação de intervenções sociais e programas de saúde, cujo papel se viria a revelar crucial no processo de recuperação de Maria.

Outro aspecto que importa relevar prende-se com a importância de perceber a dependência como um processo dinâmico. De fato, situações há, em que a sua evolução se pode modificar mediante uma intervenção adequada, como bem exemplificou o caso relatado. Como tal, é fundamental que o médico de família incorpore na sua prática clínica uma avaliação funcional, visando à identificação dos casos com potencial de reabilitação, no sentido de proporcionar as condições necessárias à recuperação da autonomia.

Em suma, enfatiza-se a necessidade do médico de família atuar como agente promotor da cooperação/articulação entre os diferentes grupos-formais e informais, no sentido de melhorar o apoio aos idosos dependentes, potencializando-os numa resposta eficaz. Neste âmbito, a necessidade de corresponsabilizar a família pela prestação de cuidados, enquanto núcleo privilegiado para o equilíbrio e bem-estar da pessoa idosa em situação de dependência, não pode ser esquecido. Pelo que nestas circunstâncias se revela imprescindível proceder ao estudo sistemático da estrutura e dinâmica familiar, no sentido de identificar recursos e implementar as intervenções necessárias à proteção dos seus membros mais vulneráveis. Alerta-se, no entanto, para a necessidade de supervisionar de perto a prestação de cuidados realizados por familiares pouco motivados, devido ao risco de maus tratos ou negligência.

Referências

1. Areosa SVC, Areosa AL. Envelhecimento e dependência: desafios a serem enfrentados. *Textos Contextos* (Porto Alegre). 2008;7(1):138-50.
2. Silva JV, Santos SMR. Trabalhando com famílias utilizando ferramentas. *Rev APS*. 2003;6(2):77-86.
3. Machado H, Soprano ATB, Machado C, Lustosa ACP, Lima MH, Mota ACG. Identificação de riscos na família a partir do genograma. *Fam Saúde Desenv*. 2005;7(2):149-57.
4. Mello F, Vieira S. Genograma e ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2005;15(1):81-91.
5. Falceto OG, Fernandes CLC, Wartchow ES. O médico, o paciente e sua família. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.115-24.
6. Elsen I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização. In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRS, orgs. *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. 2a ed. Maringá: Eduem; 2004. p.11-24.
7. Sampaio D, Resina T. *Família: Saúde e Doença*. Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul; 1994.
8. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P, et al. *A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral/Medicina Familiar): versão reduzida*. Lisboa: EURACT; 2005.
9. Attias-Donfut C. *Les solidarités entre générations. Vieillesse, familles, État*. Paris: Nathan; 1995.
10. Pimentel LG, Albuquerque CP. Solidariedades familiares e o apoio a idosos. *Limites e Implicações*. *Textos Contextos* (Porto Alegre). 2010;9(2):251-63.
11. Silveira Filho AD, Oliveira CA, Ribeiro EM, Lopes MGD. Programa Saúde da Família em Curitiba: estratégia de implementação da vigilância à saúde. In: Ducci L, Pedotti MA, Simão MG, Moysés SJ. *Curitiba: a saúde de braços abertos*. Rio de Janeiro: CEBES; 2001. p.239-51.

Quando a preguiça é sinônimo de doença - um caso de doença de McArdle

When laziness unveils the disease - a case of McArdle disease

Quando la pereza es sinónimo de enfermedad - un caso de enfermedad de McArdle

Vera Fernanda Mesquita Amaral. Unidade de Saúde Familiar Santa Clara (USF) - Agrupamento de Centros de Saúde Grande Porto IV, Portugal. veraamaral_@hotmail.com (*Autora correspondente*)

Aníbal Alberto Sá Martins. Unidade de Saúde Familiar Santa Clara (USF) - Agrupamento de Centros de Saúde Grande Porto IV, Portugal. anibalasmartins@gmail.com

Resumo

A doença de McArdle é uma doença rara, autossômica recessiva, manifestando-se com intolerância ao exercício, mialgias e crises de mioglobinúria por rabdomiólise. Pode complicar-se com insuficiência renal e isquemia muscular associada a anestésicos inalados e relaxantes musculares. Relata-se um caso clínico de um homem de 38 anos que apresentava queixas repetidas de cansaço, palpitações e “sensação de que o músculo bloqueava e encolhia” (*sic*) durante o exercício, obrigando-o a parar para recuperar. Este quadro estava presente desde a adolescência e cessava com redução do exercício. Foi avaliado, apresentando uma CPK de 554mcg/L, sem outras alterações, pelo que foi referenciado pela médica de família para consulta em Neurologia. Nesta foi solicitada uma biópsia muscular, que revelou doença de McArdle. O médico de família deve ser capaz gerir os casos que se apresentam inespecificamente, valorizando queixas específicas e persistentes no tempo, estando alerta para as situações que possam sugerir uma doença incomum.

Abstract

McArdle's disease is a rare, autosomal recessive disease, manifesting through exercise intolerance, myalgia and myoglobinuria crises by rhabdomyolysis. Renal failure and muscular ischemia associated with inhaled anesthetics and muscle relaxants may occur. This is a case of a 38-year-old man who presented repeated complaints of fatigue, palpitations and “feeling that the muscle blocked up and shrunk” (*sic*) during exercise, forcing him to stop. These complaints occurred since adolescence and ceased with exercise reduction. The patient was evaluated and had a CPK of 554mcg/L, without other alterations in the exams, thus being referred to a Neurology appointment by his family doctor. He then was submitted to a muscular biopsy which later revealed McArdle's disease. The family doctor should be able to manage cases that arise nonspecifically, valuing specific and persistent complaints over time and remain alert for situations that suggest an uncommon disease.

Resumen

La enfermedad de McArdle es una enfermedad rara, autosómica recessiva, manifestándose como intolerancia al ejercicio, mialgias y crisis de mioglobinuria por rabdomiolisis. Puede complicarse con insuficiencia renal e isquemia muscular asociada con anestésicos inhalatorios y relajantes musculares. Presentamos un caso de un hombre de 38 años que había repetidas quejas de fatiga, palpitaciones y “sensación de músculo bloqueado y encogido” (*sic*) durante el ejercicio físico, lo que le obligó a parar para recuperarse. Este marco estaba presente desde la adolescencia y desaparecía con el cese de ejercicio. El paciente fue evaluado y mediante la presentación de una CPK de 554mcg/L, sin otras alteraciones, se hace referencia a la consulta de Neurología. En esta se ha hecho una biopsia de músculo que reveló la enfermedad de McArdle. El médico de familia debe ser capaz de manejar los casos que se presentan de manera inespecífica, dando importancia a las quejas específicas y persistentes en el tiempo y estar alerta para situaciones que podrían sugerir una enfermedad poco frecuente.

Como citar: Amaral VFM, Martins AAS. Quando a preguiça é sinônimo de doença - um caso de doença de McArdle. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-6. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1277](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1277)

Palavras-chave:

Doença do Depósito do Glicogênio Tipo V
Médicos
Atenção Primária à Saúde
Doenças Raras

Keywords:

Glycogen Storage Disease Type V
Physicians
Primary Health Care
Rare Diseases

Palabras clave:

Enfermedad del Almacenamiento de Glucógeno Tipo V
Médicos
Atención Primaria de Salud
Enfermedades Raras

Fonte de financiamento:

declaram não haver.

Parer CEP:

não se aplica.

Conflito de interesses:

declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:

revisado por pares.

Recebido em: 07/02/2016.

Aprovado em: 19/07/2016.

INTRODUÇÃO

Relata-se um caso de doença de McArdle, afecção rara, de hereditariedade autossômica recessiva, resultante de uma mutação em dois alelos que codificam a enzima miofosforilase no músculo-esquelético.¹ Na sua ausência, há um comprometimento da degradação de glicogênio e da formação de ATP, o que causa diminuição da tolerância ao exercício.

A doença manifesta-se classicamente na adolescência ou início da idade adulta, com intolerância ao exercício, mialgias, câimbras e crises de mioglobínúria por rabdomiólise. Como precipitantes, incluem-se os esforços breves que requerem uma contração isométrica ou o exercício aeróbio sustentado.¹⁻³

A doença apresenta geralmente um curso benigno, no entanto, poderão surgir complicações como rabdomiólise, insuficiência renal, hiperuricemia, gota, cálculos renais e risco de isquemia muscular associada a anestésicos inalatórios e relaxantes musculares.

A prevenção dos sintomas e complicações assenta em evitar exercício físico extenuante, sendo preferível manter uma atividade física regular submáxima e na ingestão de bebidas que contenham hidratos de carbono simples ou sacarose cerca de 5 minutos antes do exercício, como proteção contra a rabdomiólise induzida pelo esforço muscular.^{2,4}

Detalhamento do caso

O caso refere-se a um paciente do sexo masculino, 38 anos, caucasiano, arquiteto, casado e com um filho (família nuclear na fase III do ciclo de *Duvall*). Reside em Vila do Conde, Portugal.

Não apresenta antecedentes patológicos de relevo. Pratica exercício físico há mais de 10 anos, de intensidade moderada a alta (45 minutos de natação 4 vezes/semana, 60 minutos de futebol 2 vezes/semana e 60 minutos de tênis 2 vezes/semana), e refere hábitos de exercício desde a infância. Sem medicação habitual e sem história de doenças hereditárias ou consanguinidade na família (genograma nas Figuras 1 e 2).

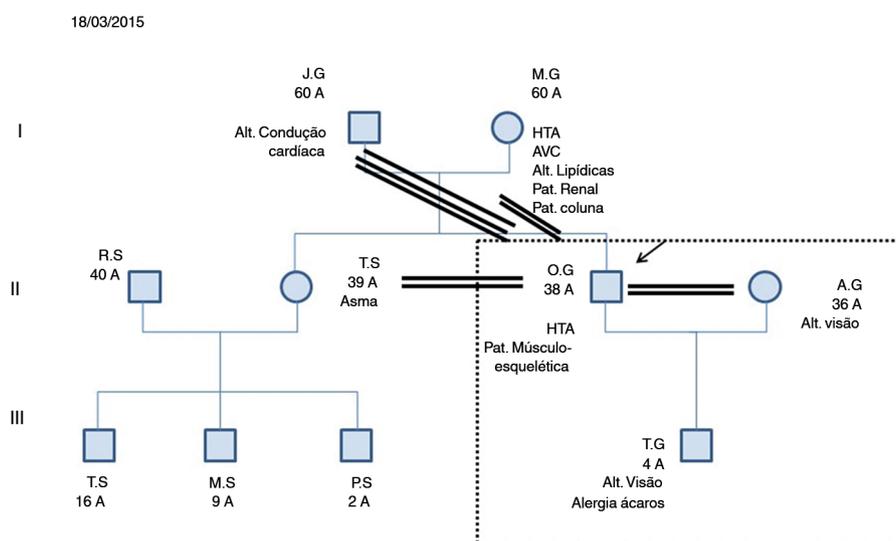


Figura 1. Genograma familiar.

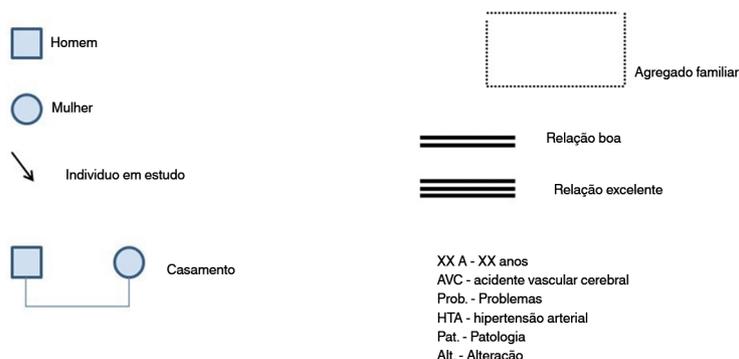


Figura 2. Legenda do Genograma Familiar.

Em janeiro de 2008, o doente recorreu a sua médica de família com queixas de “cansaço e palpitações” (*sic*), quando fazia corrida, negando dor pré-cordial. Apresentava pressão arterial de 130/96mmHg, sem outras alterações no exame objetivo. Perante o quadro, foram solicitados um ecocardiograma e ECG com prova de esforço.

Em fevereiro de 2008, voltou acrescentando uma sensação de que “o músculo não respondia ao esforço” (*sic*) quando fazia exercício continuado. O ecocardiograma realizado estava normal e a prova de esforço revelou “*prova interrompida aos quatro minutos por fadiga. Resposta cronotrópica e tensional ao esforço normal. Baixa capacidade funcional e prova de esforço máxima sem sinais de isquemia*”. Perante este resultado, foi solicitado um estudo analítico com hemograma, função renal, hepática e tireóidea, glicose, ácido úrico e análise sumária de urina tipo II. Foi prescrito um suplemento de magnésio durante um mês, para alívio das queixas musculares e agendada nova consulta.

Em abril de 2008 retornou já sem queixas, tendo, no entanto, reduzido drasticamente o exercício físico. Nesta consulta, acrescentou que desde a adolescência tinha queixas musculares, sempre associadas ao exercício contínuo ou extenuante, chegando mesmo a ter alguns conflitos nas aulas de educação física porque era apelidado de “preguiçoso” (*sic*). No entanto, enfatizava que sempre gostou de fazer exercício. Ao exame objetivo, encontrava-se normotenso, com pulsos pediosos normais e auscultação cardíaca e pulmonar sem alterações. O estudo analítico pedido era normal. Foi recomendada a realização de exercício físico de baixa intensidade com aumento progressivo consoante tolerância e reagendada consulta em seis meses.

No entanto, o paciente voltaria à consulta em maio de 2012, justificando a sua ausência por compromissos profissionais exigentes, por estar trabalhando a 85Km da sua residência. Nesta consulta referiu o ressurgimento de palpitações e sensação de que o músculo “bloqueia no aquecimento do exercício e encolhe de tamanho e fica rígido” (*sic*), o que o obrigava a parar por falta de força, recuperando totalmente passados poucos minutos. Tomou a iniciativa de marcar consulta no cardiologista particular para esclarecimento das queixas, tendo este pedido “análises e ECG” (*sic*). Apresentava ainda valores ambulatoriais de pressão arterial superiores a 140/90mmHg, o que foi confirmado no exame objetivo. Foi estabelecido o diagnóstico de hipertensão arterial, tendo sido medicado com lercanidipina 10mg.

Em junho de 2012, o paciente contactou por telefone a sua médica de família. Mantinha as queixas musculares e acrescentava fasciculações e “falta de sensibilidade transitória nas mãos” (*sic*) durante o

exercício. Na consulta de Cardiologia privada foi excluída afecção cardíaca, no entanto, apresentava valores de CPK de 554mcg/L. Perante esta informação, foi pedida consulta de Neurologia no Hospital Pedro Hispano e agendada nova consulta.

Na consulta de Neurologia, em agosto de 2012, mantinha as mesmas queixas, e quando questionado referiu episódios de “urina cor de vinho do porto” (*sic*) em duas situações de exercício físico muito intenso, durante a adolescência. A avaliação neurológica encontrava-se normal e notou-se uma assimetria do volume muscular, menor nos membros inferiores em relação aos membros superiores.

Nesta consulta é colocada a hipótese de miopatia metabólica, sendo pedidas análises com CPK, mioglobina, aldolase, pesquisa de mioglobina na urina e eletromiografia. As enzimas revelaram-se aumentadas (CPK 697U/L; mioglobina 87µg/L; aldolase 15,8U/L) e a pesquisa de mioglobina em duas amostras de urina foi negativa.

Em reavaliação de Neurologia em outubro de 2012, foram obtidos valores de CPK de 2794mcg/L. Após a obtenção destes resultados, o paciente foi aconselhado a diminuir a intensidade do exercício físico e foi agendada nova consulta após a realização de eletromiografia.

Em maio de 2013, retornou à consulta de Neurologia com menos queixas por ter diminuído a intensidade e frequência do exercício. Analiticamente, apresentava um estudo negativo para VIH, vasculites e patologia tireóidea. Mantinha CPK elevada (de 800mcg/L). Em função do resultado eletromiográfico normal, decidiu-se prosseguir para biópsia muscular (que seria realizada em março de 2014, no Centro Hospitalar do Porto).

Durante este período, o paciente recorreu semestralmente à consulta programada com a médica de família para estudo e seguimento da hipertensão arterial e reavaliação das queixas musculares. Detetou-se neste período uma hiperuricemia assintomática (9,3mg/dl).

Em maio de 2014, o paciente telefona à sua médica de família, referindo ter sido informado de que a biópsia tinha revelado uma doença de McArdle, e que seria observado em consulta de Genética Médica.

Em consulta de Genética Médica no Centro Hospitalar do Porto (novembro de 2014), foi informado sobre a doença de McArdle, do seu curso benigno, da possibilidade de surgimento de complicações e da importância de evitar as crises. Foi ainda informado da condição do seu filho em relação à doença (portador saudável), da não indicação para diagnóstico pré-natal (na eventualidade de nova gravidez) e da não existência de antecedentes familiares suspeitos da doença. Os pais do paciente teriam, no entanto, indicação para estudo genético e deveriam ser referenciados à consulta de Genética por meio dos cuidados de saúde primários. Um relatório detalhado da situação clínica do paciente foi enviado à médica de família.

O paciente tem mantido o acompanhamento em cuidados de saúde primários para seguimento da hipertensão arterial e reavaliação dos sintomas musculares. Em relação à doença, referiu que o diagnóstico teve um impacto positivo na sua vida, uma vez que lhe permitiu validar as suas queixas e perceber a origem dos seus sintomas. Percebeu ainda que poderá manter a atividade física com alguns cuidados.

Atualmente, pratica futebol (60 minutos, 1 vez/semana), ténis (60 minutos, 1 vez/semana) e bicicleta (entre 2 a 3 vezes/semana). Mantém cuidados em relação à alimentação (bebendo bebidas açucaradas antes do exercício) e realiza pequenas pausas quando pratica exercício continuado (principalmente futebol). A percepção da condição de portador assintomático do seu filho foi tranquilizadora para o paciente e sua esposa. Atualmente, este considera que a sua condição não representa um problema para a família.

Discussão

Neste caso clínico, estavam presentes três pontos-chave para o diagnóstico de doença de McArdle: intolerância ao exercício físico presente desde a adolescência; níveis basais de CPK sérico elevados; e a presença do fenômeno de “segundo fôlego”, patognomônico desta doença. Este fenômeno é descrito como uma melhoria da tolerância ao esforço após um curto período de repouso, devendo-se ao aumento da vasodilatação minutos após o início do exercício, que aumenta a disponibilidade de glicose no sangue para ser utilizada no músculo, criando assim um mecanismo de bypass ao bloqueio da glicogenólise.^{3,5}

Na maioria dos pacientes com doença de McArdle, o diagnóstico é feito apenas na segunda ou terceira década de vida.² Neste caso clínico o diagnóstico foi mais tardio, contribuindo para isto o fato de se tratar de uma doença rara, que cursa com sintomas que podem ser inespecíficos e relativamente frequentes, muitas vezes interpretados como má condição física ou como polimiosite, já que o espectro de apresentação pode ser semelhante.⁴

Neste caso em particular, além da raridade da doença e da apresentação inespecífica, o fato de o paciente se encontrar a trabalhar a cerca de 85Km da sua unidade de saúde familiar, contribuiu para uma descontinuidade de cuidados e dificuldade em manter uma investigação progressiva do quadro clínico, o que terá contribuído para o atraso do diagnóstico.

Por outro lado, a abordagem e o processo de decisão a nível dos cuidados de saúde primários têm estreita relação com a prevalência e incidência das doenças na comunidade, sendo que o médico de família lida habitualmente com problemas frequentes. Adicionalmente, o conhecimento extenso de afecções pouco frequentes ou raras é incomportável a este nível. No entanto, cabe ao médico de família fazer a gestão dos casos que se apresentam de forma inespecífica ou indiferenciada e estar alerta para as situações em o quadro clínico possa sugerir uma doença menos comum.⁶

Neste relato de caso, a presença de queixas musculares especificamente associadas ao esforço e a existência de CPK elevada (indicativa de destruição muscular) foram elementos chave que fizeram pensar em patologia orgânica e originaram um pedido de referenciação para Neurologia.

Embora se trate de uma doença de evolução benigna, o diagnóstico foi da maior importância. No que diz respeito à equipa de saúde, o conhecimento do diagnóstico de doença de McArdle implica uma atenção redobrada às queixas do paciente, sendo que crises de dor muscular deverão ser interpretadas como sinal de alarme pela possibilidade de rabdomiólise e progressão para insuficiência renal, implicando a necessidade de referenciação para cuidados urgentes.

A existência da doença implica ainda uma planificação de cuidados mais minuciosa, principalmente no que diz respeito à função renal (também pela coexistência de hipertensão arterial). Na eventualidade futura de uma intervenção cirúrgica, a condição do paciente deverá ser explicitada, de forma a serem tomadas as devidas precauções para evitar complicações como a hipertermia maligna ou rabdomiólise associada a isquemia. A introdução de fármacos deve ser feita com especial atenção, principalmente se interferirem com a atividade muscular, como no caso das estatinas.

O diagnóstico foi acima de tudo fundamental para o paciente. A sintomatologia da doença é muitas vezes incompreendida, quer pelo próprio, quer pelos restantes pares. Neste caso, o paciente relembra situações de conflito nas aulas de educação física, onde era apelidado de “preguiçoso” (*sic*), sendo esta

uma situação comum entre os indivíduos afetados pela doença e que pode comprometer a *performance* social e autoestima.

No entanto, apesar de confrontado com uma doença rara, o conhecimento da existência de uma condição subjacente permitiu ao paciente validar as suas queixas, que desde a adolescência foram desvalorizadas por professores, amigos e inclusive profissionais de saúde. Além disso, a possibilidade de continuar a praticar exercício, um dos hábitos que mais lhe dava prazer, permitiu-lhe encarar esta fase da sua vida de forma positiva.

O médico de família tem nestes casos um papel fundamental, reconhecendo manifestações clínicas menos comuns, orientando o paciente para uma investigação dirigida a nível dos cuidados hospitalares e ajudando a lidar com a incerteza, prestando apoio ao paciente mesmo antes da realização de um diagnóstico.

O relato deste caso pretende dar a conhecer uma doença rara e alertar para a importância da valorização de certas queixas, que inicialmente podem parecer inespecíficas mas que, quando são continuadas e causam impacto significativo na vida do doente, devem ser melhor exploradas.

Referências

1. Leite A, Oliveira N, Rocha M. McArdle disease: a case report and review. *Int Med Case Rep J*. 2012;5:1-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.2147/IMCRJ.S28664>
2. Quinlivan R, Buckley J, James M, Twist A, Ball S, Duno M, et al. McArdle disease: a clinical review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2010;81(11):1182-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.2009.195040>
3. Santalla A, Nogales-Gadea G, Ørtenblad N, Brull A, de Luna N, Pinós T, et al. McArdle disease: a unique study model in sports medicine. *Sports Med*. 2014;44(11):1531-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s40279-014-0223-5>
4. Papazian O, Rivas-Chacón R. Miopatías metabólicas. *Rev Neurol*. 2013;57(Supl 1):S65-73.
5. Braakhekke JP, de Bruin MI, Stegeman DF, Wevers RA, Binkhorst RA, Joosten EM. The second wind phenomenon in McArdle's disease. *Brain*. 1986;109(Pt 6):1087-101. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/brain/109.6.1087>
6. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P, et al.; WONCA Europe. The European Definition of General Practice/ Family Medicine. Ljubljana: WONCA Europe; 2011.

Atrofia de Múltiplos Sistemas: gestão de caso complexo em uma Unidade de Saúde da Família

Multiple System Atrophy: complex case management in a Family Health Team

Atrofia multissistêmica: gestão de caso complejo en una Unidad de Salud Familiar

Natália Rocha Henriques Magela. Associação de Apoio a Projetos Comunitários de Jaboticabal (AAPROCOM). Jaboticabal, SP, Brasil. nataliarocha7@gmail.com.

Luciane Loures dos Santos. Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. luloures@fmrp.usp.br (*Autora correspondente*)

Tiago Batistella. Núcleo de Saúde da Família II da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. tatobatato@bol.com.br

Marcela Stábile da Silva Fukui. Núcleo de Saúde da Família II da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. marcelastabile@hotmail.com

Janise Braga Barros Ferreira. Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. janise@fmrp.usp.br

Resumo

A Atrofia de Múltiplos Sistemas é uma doença neurodegenerativa grave, caracterizada por falência autonômica progressiva, com características parkinsonianas, cerebelares e piramidais em diferentes combinações. É a terceira causa de Parkinsonismo, atingindo 7,8% dos maiores de 40 anos, de evolução rápida e com média de 6 a 10 anos de vida após o início dos sintomas. O objetivo do estudo foi relatar um caso complexo de Atrofia de Múltiplos Sistemas acompanhado em uma Unidade de Saúde da Família. Reforça a importância da longitudinalidade para a coordenação do cuidado, o diagnóstico diferencial e a integralidade da atenção. O olhar global da equipe de saúde da família influenciou o manejo do caso, favorecendo o trabalho em rede com a abordagem especializada. Destaca a magnitude da gestão do cuidado praticada na Atenção Primária à Saúde na condução dos casos complexos.

Abstract

Multiple System Atrophy is a severe neurodegenerative disorder characterized by progressive autonomic failure with parkinsonian features, pyramidal and cerebellar in different combinations. It is the third leading cause of parkinsonism, reaching 7.8% of those over 40 years old, of rapid development and an average lifespan of 6 to 10 years after the onset of symptoms. The aim of the study was to report a complex case of Multiple System Atrophy monitored in a Family Health Team. It reinforces the importance of longitudinality for the coordination of care, the differential diagnosis, and comprehensive care. The overall look of the family health team influenced the handling of the case favoring networking with the specialized approach. It highlights the magnitude of the care management practiced in Primary Health Care in the conduction of complex cases.

Palavras-chave:

Parkinsonismo
Atrofia de Múltiplos Sistemas
Administração de Caso
Atenção Primária à Saúde
Estratégia de Saúde da Família
Diagnóstico Diferencial

Keywords:

Parkinsonian Disorders
Multiple System Atrophy
Case Management
Primary Health Care
Family Health Strategy
Diagnosis, Differential

Como citar: Magela NRH, Santos LL, Batistella T, Fukui MSS, Ferreira JBB. Atrofia de Múltiplos Sistemas: gestão de caso complexo em uma Unidade de Saúde da Família. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-6. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1328](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1328)

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: 29/04/2016.
Aprovado em: 24/08/2016.

Resumen

La Atrofia Multisistémica es una enfermedad neurodegenerativa grave caracterizada por insuficiencia autonómica progresiva con características parkinsonianas, piramidal y del cerebelo en diferentes combinaciones. Es la tercera causa de parkinsonismo, alcanzando el 7,8% de los mayores de 40 años, de rápido desarrollo y de vida media de 6 a 10 años después de la aparición de los síntomas. El objetivo del estudio fue reportar un complejo caso de Atrofia Multisistémica en una Unidad de Salud Familiar. Se refuerza la importancia de longitudinalidad para la coordinación de la atención, el diagnóstico diferencial y la atención integral. El aspecto general del equipo de salud de la familia influyó en el manejo del caso a favor de la creación de redes con enfoque especializado. Destaca la magnitud de la Gestión de la Atención practicada en la atención primaria de salud en la gestión de casos complejos.

Palabras clave:

Trastornos Parkinsonianos
Atrofia Multisistémica
Manejo de Caso
Atención Primaria de Salud
Estrategia de Salud Familiar
Diagnóstico Diferencial

Introdução

O trabalho de uma equipe de Atenção Primária à Saúde (APS) tem como características a assistência integral à pessoa e sua família, pautado no cuidado longitudinal, frente a queixas e problemas de saúde vagos, inespecíficos e prevalentes.¹ Muitas vezes, são necessários vários contatos com o paciente para definição e resolução de suas queixas e problemas indiferenciados. Ainda que bastante variado, cerca de 5% dos atendimentos clínicos necessitam de cuidados partilhados com especialistas focais em outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) tanto para confirmação, elucidação diagnóstica, realização de exames complementares, quanto para dar continuidade ao tratamento do paciente.^{1,2}

Neste sentido, o Parkinsonismo é uma síndrome clínica bastante representativa desta necessidade de cuidado interdisciplinar, dada a sua elevada prevalência entre os idosos, a variedade de diagnósticos diferenciais e o acometimento de diversos sistemas, que exigem um olhar atento dos profissionais de saúde.^{2,3} A primeira causa de Parkinsonismo é a Doença de Parkinson Idiopática (DPI), seguida da Paralisação Supranuclear Progressiva e da Atrofia de Múltiplos Sistemas (AMS).⁴

AAMS é uma doença neurodegenerativa, com prevalência de 3,4 a 4,9 casos por 100.000 habitantes, atingindo 7,8 em 100.000 maiores de 40 anos, sendo mais comum entre aqueles com mais de 60 anos, em ambos os sexos. Após o início dos sintomas, a média de vida dos pacientes é de 6 a 10 anos.³

É caracterizada por falência autonômica progressiva, apresentando características parkinsonianas, cerebelares e piramidais em diferentes combinações, sendo classificada em subtipos de acordo com os sintomas predominantes. É denominada Degeneração Estriatonigral, quando predominam os sintomas parkinsonianos; quando os cerebelares são mais comuns é conhecida como Atrofia Olivopontocerebelar e quando os sintomas mais típicos são os autonômicos, denomina-se síndrome de Shy-Drager.³⁻⁵

AAMS apresenta o Parkinsonismo como principal déficit motor, sendo muito confundida com a DPI em estágios iniciais. Cerca de metade dos pacientes com AMS morrem diagnosticados como portadores de DPI.^{3,5}

Clinicamente, em comum com a DPI, a AMS possui uma fase prodrômica motora em 20 a 75% dos casos, incluindo disfunção sexual, retenção ou incontinência urinária e hipotensão ortostática.³

Falência autonômica grave e precoce é uma característica fundamental para o diagnóstico de AMS, afetando principalmente os sistemas urogenital e cardiovascular, descritos na Tabela 1. A disfunção erétil ocorre tipicamente no início da doença.^{3,5}

Sintomas motores de Parkinsonismo, como lentidão de movimentos, rigidez e tendência à queda, caracterizam o subtipo parkinsoniano da doença. A degeneração progressiva da via estriatonigral ocasiona pouca ou ausência da resposta à levodopa, sendo um critério diagnóstico obrigatório.^{3,5}

Tabela 1. Sintomas e diagnóstico diferencial da falência autonômica.

Falência autonômica	Sintomas	Diagnóstico diferencial
Urogenital	Disfunção erétil	HPB em homens
	Urgência, polaciúria e incontinência	Prolapso uterino ou flacidez perianal em mulheres
Cardiovascular	Hipotensão postural com síncope, tonturas, fraqueza e cefaleia	

HPB: hiperplasia prostática benigna.

Quedas recorrentes, disfonia, disartria, disfagia e salivação excessiva são características dos estágios mais avançados da doença. Constipação e diarreia também podem ocorrer como disfunção do Sistema Nervoso Autônomo. Além disso, alterações comportamentais como depressão, ansiedade, ataques de pânico, e ideação suicida são descritos em cerca de 1/3 dos casos.³⁻⁵

O diagnóstico da AMS deve ser considerado na presença de Parkinsonismo ou ataxia cerebelar, acompanhado por ao menos uma característica de falência autonômica e, pelo menos, uma das características adicionais, como marcha parkinsoniana ou uma síndrome cerebelar, conforme Figura 1. O diagnóstico definitivo é dado por análise patológica.³

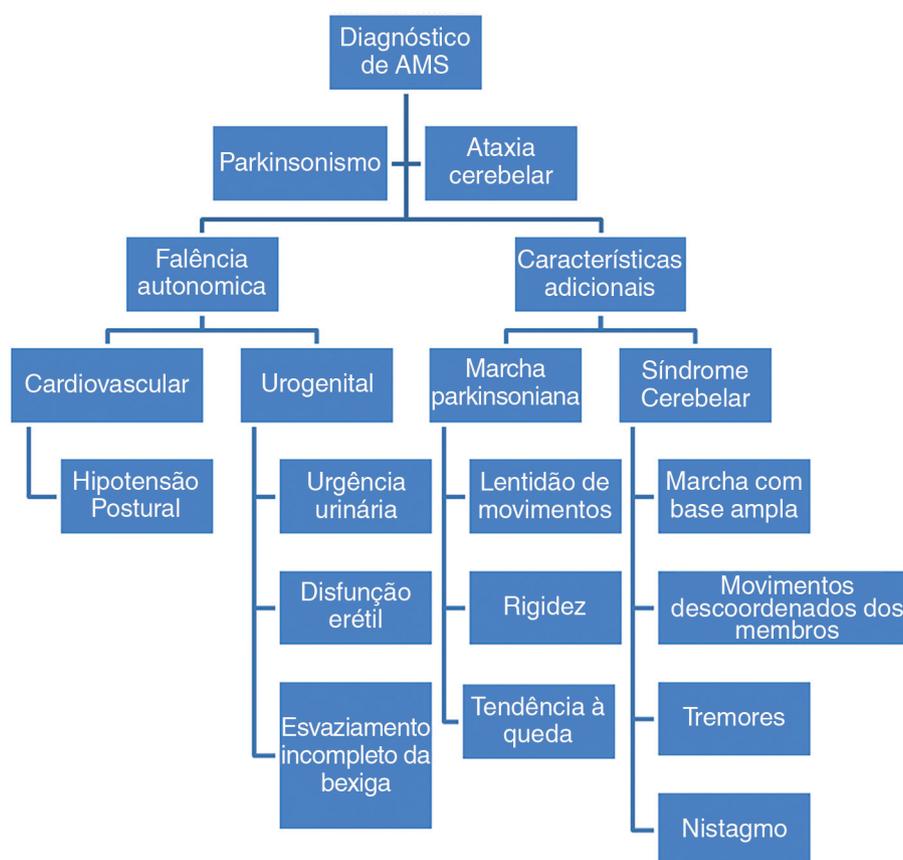


Figura 1. Características do diagnóstico da Atrofia de Múltiplos Sistemas (AMS).

O objetivo deste relato foi apresentar um caso complexo de Atrofia de Múltiplos Sistemas acompanhado pela equipe de uma Unidade de Saúde da Família (USF).

Detalhamento de caso

Paciente do sexo masculino, 71 anos, contador, casado, procurou a Unidade de Saúde da Família com queixa de diminuição de força e dor em membros inferiores (MMII), do tipo queimação. Dois meses após o início do quadro, a dor se estendeu para os membros superiores (MMSS), associada à dificuldade para pegar e segurar os objetos. Paciente relatava dificuldade de iniciar o sono devido à dor e referia ter hiperplasia prostática benigna (HPB) em seguimento na urologia. No exame físico não apresentava sinais neurológicos, apenas discreta diminuição de força contra a resistência em MMII. Foram solicitados os exames laboratoriais: glicemia, eletrólitos, sorologias, avaliação renal e TSH. Todos apresentaram resultados normais.

Diante do quadro, o paciente foi encaminhado para avaliação no serviço secundário de Neurologia do município, onde realizou outros exames, cujos resultados estão descritos na Tabela 2.

Tabela 2. Resultados dos exames iniciais solicitados após avaliação neurológica.

Exames	Resultados
Eletroneuromiografia de membros	Comprometimento pré-ganglionar crônico das raízes cervicais C3 a C7 dir e esq, mais evidente em C4 e C5 onde havia evidência de perda axonal; Comprometimento pré-ganglionar crônico das raízes lombo-sacras L3 a S1 dir e esq, mais evidentes em L4 e L5, com sinais discretos a moderados de perdas axonal
Ultrassom com Doppler de MMII	Sem alterações
Tomografia computadorizada de crânio	Pequenos infartos lacunares e atrofia cerebral
Ressonância magnética de coluna e lombar	Espondilose lombar com degeneração discal, sem sinais de hérnias discais ou compressões radiculares.
Ressonância magnética de coluna cervical	Espondilose cervical com degeneração de múltiplos discos, protusão discal entre C4-C5 com compressão de saco dural.

A partir dos resultados dos exames complementares, o neurologista prescreveu carbamazepina para controle de dor neuropática e o encaminhou para seguimento na ortopedia e fisioterapia.

Em acompanhamento na USF, o paciente referia melhora parcial das dores nos MMII com a realização de fisioterapia, mas queixava-se de ansiedade, depressão, diminuição do apetite e insônia. Foi reorientado quanto à utilização da carbamazepina, pois estava fazendo uso irregular.

A avaliação ortopédica incluiu a realização da ressonância magnética de coluna cervical e lombar, cujos resultados encontram-se na Tabela 2.

A partir dos resultados, o paciente recebeu o diagnóstico de *Dor neuropática secundária à polineuropatia por espondiloartrose* e continuou o seguimento no serviço de Neurologia e na USF. Recebeu alta da Ortopedia porque foi descartada qualquer alteração na coluna lombar que justificasse hiperalgesia nos membros inferiores.

Em nova consulta na USF (7 meses após início do quadro) o paciente se dizia cada vez mais desanimado, apático, com desejo de permanecer deitado durante todo dia. Referia desesperança, falta de vontade de trabalhar, sentimento de menos valia. Relacionava parte desses sentimentos à limitação física que as dores em membros lhe causavam e por estresse de cunho familiar. Paciente apresentava exames laboratoriais normais (TSH, eletrólitos, glicemia e lipidograma).

Foi levantada a hipótese de Episódio Depressivo Maior, iniciando o uso de sertralina e agendada consulta conjunta com o psiquiatra por meio do matriciamento em Saúde Mental na própria USF. Os demais medicamentos foram mantidos. Cabe pontuar que atendimentos e visitas domiciliares foram realizados por profissionais da equipe de referência da USF e por nutricionistas, fisioterapeutas e fonoaudiólogos da Residência Multiprofissional durante a condução do caso.

Passados aproximadamente um ano e meio do início dos sintomas, e quatro meses após última consulta na USF, o paciente retornou referindo não estar tomando nenhuma medicação prescrita por não perceber melhora de suas queixas. Continuava realizando fisioterapia, porém não percebia retorno da força nos MMII. Além disso, referia piora da apatia, perda de apetite, desânimo, vontade de permanecer deitado.

Já não conseguia mais trabalhar. Tentou iniciar atividade física em academia, tendo melhora das dores logo após os exercícios, porém desistiu rapidamente. O tratamento para depressão foi reiniciado com citalopram, já que o mesmo referia não ter se adaptado à sertralina por efeitos colaterais.

Cerca de 3 meses após, iniciou uso de fraldas devido à incontinência urinária, permanecendo os exames laboratoriais normais, inclusive urocultura. Foi levantada a hipótese de demência vascular e incontinência de origem neurogênica pelo serviço de Neurologia. Em retorno, no atendimento clínico em conjunto com a Psiquiatria, observou-se piora da marcha, com característica Parkinsoniana, tremores de extremidade discretos e presença de roda denteada bilateralmente em MMSS.

Foi sugerida a hipótese de Episódio Depressivo Maior, interrogada doença de Parkinson Idiopática ou outra causa de doença neurodegenerativa. Reforçou-se a importância do uso correto da medicação antidepressiva, além de encaminhamento para o ambulatório de Neurogeriatria para dar continuidade à investigação da causa orgânica que justificasse esse conjunto de sinais e sintomas.

Nos retornos subsequentes com a equipe de saúde ampliada, na USF, observou-se piora do quadro, com incontinência também fecal, dificuldade de marcha com incapacidade para deambular sozinho e desequilíbrio acentuado. A dor tornou-se incapacitante nos membros superiores e inferiores e com dificuldade para movimentos finos, tornando o paciente dependente para atividades básicas de vida diária. No ambulatório de Neurogeriatria foi realizado o diagnóstico de Parkinsonismo, e como diagnóstico diferencial, interrogada a hipótese de AMS. Com o uso de levodopa, ele apresentou efeitos colaterais (alucinações visuais), sendo necessária a redução da dose, com pouca melhora dos sintomas parkinsonianos. Permaneceu com sintomas inalterados, cada vez mais dependente dos familiares - evolução esperada da AMS.

Ressalta-se que o paciente recebeu atenção domiciliar e na USF durante a progressão da doença, evoluindo com infecção do trato urinário, necessitando de internação hospitalar, vindo a óbito por falência de múltiplos órgãos secundária à sepse, três anos e meio depois dos primeiros sintomas.

Discussão

O relato apresentado descreve a evolução de um quadro grave e raro que teve início com uma queixa de disfunção autonômica urogenital (HPB), associado à dor e diminuição da força nos membros. Evoluiu com a associação de sintomas depressivos, comum em um terço dos casos de AMS e na presença de sintomas de marcha parkinsoniana, arresponsiva ao uso de levodopa, indo a óbito.

Cabe ao Médico de Família e Comunidade (MFC) e a equipe da USF, a partir do cuidado longitudinal, ter um contato próximo com o paciente e seus familiares, dentro de seu território, permitindo um vínculo diferenciado. Neste relato, nota-se que o paciente manteve ativo o seu vínculo à USF e a equipe de saúde. Pôde-se observar que a natureza da interação entre profissionais de diferentes campos do conhecimento proporcionou a continuidade do cuidado, contrapondo-se às relações tradicionais hierarquizadas.^{6,7}

De outro modo, evidencia-se que o exercício da longitudinalidade permitiu o alcance de ações integrais, que foram determinantes para o manejo de um caso complexo e diagnóstico diferencial. É sabido que as queixas inespecíficas são muito frequentes na APS, correspondendo aproximadamente a 30% das consultas.⁸ Frente a este desafio, uma estratégia interessante pode ser o uso da espera permitida, quando a observação longitudinal do paciente permite o conhecimento de novas informações acerca do caso, facilitando a intrincada construção do diagnóstico de muitas condições na APS que envolvem situações clínicas de maior prevalência e casos mais raros e complexos.

Para fazer a gestão do cuidado integral e longitudinal, o MFC dispõe de formação que permite a prática da clínica ampliada, primando pela organização da assistência e a coordenação da atenção. O MFC é o responsável direto pela gestão do cuidado do paciente, mesmo quando é necessário o encaminhamento para os outros pontos da RAS, verificando se houve acesso às metodologias diagnósticas e terapêuticas, situação favorecida por ações regulatórias nas redes de saúde, tais como o sistema de referência e contrarreferência.

Desta forma, a análise deste caso pôde ilustrar a complexidade da clínica da APS articulada à operação dos seus principais conceitos e características, como a longitudinalidade, a coordenação do cuidado, integralidade da atenção e o foco na pessoa e na família.

Referências

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2004. 726 p.
2. Falk JW, Gusso G, Lopes JMC. Medicina de Família e Comunidade como especialidade médica e profissão. In: Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 12-18.
3. Fanciulli A, Wenning GK. Multiple-system atrophy. *N Engl J Med*. 2015;372(3):249-63. PMID: 25587949 DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMra1311488>
4. Knopp DB, Barsottini OGP, Ferraz HB. Avaliação fonoaudiológica na Atrofia de Múltiplos Sistemas. Estudo com cinco pacientes. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2002;60(3A):619-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2002000400019>
5. Albuquerque AV, Freitas MR, Cincinatus D, Harouche MB. Clinical-radiological correlation. Report of two cases. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2007;65(2B):512-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2007000300029>
6. Gusso G. A especialidade Medicina de Família e Comunidade. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2011. [citado 2016 Mar 4]. Disponível em: <http://www.apmfc.org.br/images/artigos/especialidade.pdf>
7. Matuda CG, Pinto NRS, Martins CL, Frazão P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(8):2511-21. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015208.11652014>
8. Landsberg GAP, Savassi LCM, Sousa AB, Freitas JMR, Nascimento JLS, Azagra R. Análise de demanda em 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>

Três médicos e uma mãe

Three doctors and a mother

Tres médicos y una madre

Micaela Amaral Prata, Mariana Fonseca, Mafalda Gonçalves, Margarida Sousa, Lia Rocha

Resumo

A papilomatose laríngea, doença rara potencialmente fatal, caracteriza-se pela proliferação de papilomas no trato respiratório, múltiplos, recorrentes, cuja etiologia é a infecção por papilomavírus humano (HPV). Menina, 21 meses, filha de mãe com serologia positiva para vírus da imunodeficiência humana (VIH) e HPV. Em acompanhamento nas consultas de Pediatria do Desenvolvimento do Hospital, Pediatra Particular e Médico de Família (MF). Aos 18 meses, na consulta de acompanhamento do MF, a mãe preocupada salienta a fala sussurrada e choro rouco da filha com diagnóstico frequente de laringite aguda no Pediatra e MF nos últimos 3 meses, motivando a referência à Otorrinolaringologia e posterior diagnóstico de papilomatose laríngea. A abordagem da disfonia na criança evita o uso inadequado de corticoides, inibidores da bomba de prótons e antibioticoterapia. Neste relato sobressai a desvantagem associada ao seguimento por múltiplos médicos, sendo o MF fundamental para reunir e integrar a informação clínica, permitindo a continuidade de cuidados.

Abstract

Laryngeal papillomatosis is a rare and potentially fatal disease characterized by the proliferation of recurrent respiratory papillomas, whose etiology is human papillomavirus (HPV) infection. We report a clinical case of a 21-month girl, whose mother is sero-positive to human immunodeficiency virus (HIV) infection and HPV. This girl attended multiple medical consultations: Development Pediatrics (at the hospital), private Pediatrician and General Practitioner (GP). At 18 months, in the GP surveillance consultation, the concerned mother referred whispered talking, hoarse crying and frequent diagnosis of acute laryngitis at the Pediatrician in the last 3 months. She was referenced to otorhinolaryngology with subsequent diagnosis of laryngeal papillomatosis. The approach to childhood dysphonia avoids inappropriate use of corticosteroids, proton pump inhibitors and antibiotics. This report highlights the disadvantage of the surveillance by multiple doctors and the key role of the GP in gathering and integrating clinical information, allowing the continuity of care.

Resumen

La papilomatosis laríngea, una enfermedad rara y potencialmente mortal, se caracteriza por la proliferación de papilomas respiratorios recurrentes, cuya etiología es la infección por el virus del papiloma humano (VPH). Se relata el caso de una niña de 21 meses, hija de una madre seropositiva al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y VPH. Vigilada en las consultas de Pediatría de Desarrollo del Hospital, Pediatría Privada y Médico de la Familia (MF). A los 18 meses, en la consulta de vigilancia del MF, la madre preocupada destaca habla susurrada, llanto ronco y diagnóstico frecuente de la laringitis aguda en la pediatra en los últimos 3 meses. Se referenció a otorrinolaringología con posterior diagnóstico de papilomatosis laríngea. El enfoque de la disfonía infantil evita el uso inadecuado de los corticosteroides, inhibidores de la bomba de protones y antibioterapia. En este informe se destaca la desventaja asociada al seguimiento por parte de varios médicos, y el papel clave del MF para reunir e integrar la información clínica, lo que permite la continuidad de la atención.

Palavras-chave:

Disfonia
Papilomaviridae
Controle de Acesso
Referência e Consulta

Keywords:

Dysphonia
Papilomaviridae
Gatekeeping
Referral and consultation

Palabras clave:

Disfonía
Papilomaviridae
Control de acceso
Remisión y consulta

Como citar: Prata MA, Fonseca M, Gonçalves M, Sousa M, Rocha L. Três médicos e uma mãe. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-7. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1330](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1330)

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: 17/05/2016.
Aprovado em: 26/09/2016.

Introdução

A papilomatose laríngea caracteriza-se pela proliferação de papilomas no trato respiratório, geralmente múltiplos e com tendência à recorrência. O local mais frequentemente afetado é a laringe, em especial as cordas vocais, a epiglote e as pregas vestibulares. Em 30% dos casos, pode afetar também locais extralaringeos, tais como a cavidade oral e a traqueia.¹

A etiologia da papilomatose é a infecção por papilomavírus humano (HPV), mais frequentemente os tipos 6 e 11. A infecção por HPV-11 é associada a doença mais grave e de pior prognóstico.¹

A papilomatose laríngea tem uma distribuição etária bimodal, com um pico na infância e outro na idade adulta (entre os 20 e 30 anos), sendo classificada em forma juvenil ou forma adulta. Tem incidência de 1,8 por 100 mil habitantes na forma adulta e de 4 em 100 mil na forma juvenil, sendo a forma adulta mais frequente no sexo masculino e a juvenil com igual acometimento em ambos os sexos.¹

A transmissão ocorre principalmente por via sexual no adulto e na criança é o resultado da transmissão vertical da infecção genital materna por HPV. Contudo, a transmissão ao feto não ocorre em todas as grávidas com infecção HPV positivo, existindo alguns fatores de influência, tais como a condição imunológica materna e fetal, a carga viral, a existência de condilomas genitais e o parto por via vaginal.¹⁻³

Um amplo estudo de coorte retrospectivo demonstrou um risco 231 vezes maior de papilomatose respiratória em crianças nascidas de mães com antecedentes de verrugas genitais. Apesar disso, o risco de papilomatose laríngea juvenil foi de apenas 1%.¹ A transmissão pode ainda ocorrer através do contacto de feridas cutâneas, pele ou objetos contaminados, nomeadamente durante atividades rotineiras como a troca de fraldas ou o banho.²

A literatura diz ainda que a cesariana eletiva por rotina é inadequada e não previne por si só a transmissão do vírus.²⁻⁴ No entanto, é o procedimento adequado na obstrução do canal do parto pelas lesões condilomatosas ou quando as dimensões das lesões ou a sua localização sugiram risco hemorrágico.⁴

A maioria das crianças apresenta a primeira manifestação da doença entre os 2 e os 4 anos de vida, sendo o sintoma mais comum a disфонia. O crescimento progressivo das lesões pode resultar em dispneia e estridor, e em casos raros a doença é fatal devido à obstrução severa das vias aéreas, disseminação broncopulmonar ou degenerescência maligna.

Esta doença é tanto mais agressiva quanto mais precoce for a primeira manifestação, portanto, nas crianças o quadro clínico é mais agressivo, especialmente se os primeiros sintomas aparecem antes dos 3 anos de idade. Este aspecto traduz-se na necessidade de um maior número de intervenções cirúrgicas para controle da doença e numa maior exuberância de sintomas na vida adulta. O tratamento consiste na exérese dos papilomas, a fim de manter a via aérea patente e melhorar a qualidade vocal.⁵

Detalhamento do Caso

Identificação

Relata-se o caso de uma criança do sexo feminino, com 21 meses de idade, natural e residente em Espinho, Portugal. Inserida numa família nuclear, na Fase II do Ciclo de vida familiar de Duvall⁶ e pertencente à Classe II da Classificação socioeconômica de Graffar (Figura 1).⁷

História da Doença Atual

Em maio de 2014, com 15 meses de idade e durante a consulta de saúde infantil e juvenil com o MF, a mãe refere queixas compatíveis com disfonia: “voz e choro roucos” (*sic*) desde a véspera, após episódio prolongado de choro. Nega febre, rinorreia, tosse, estridor, dispneia e sem noção de ingestão de corpo estranho. Ao exame objetivo, a criança apresenta-se pouco colaborante, com choro rouco, sem outras alterações. Os parâmetros antropométricos mantêm-se nos mesmos percentis (P) desde a nascença (estatura P<3; peso P3-15; PC P15-50). Assume-se o diagnóstico de laringite aguda e propõe-se terapêutica com ibuprofeno 5mg/kg/dose.

Dez dias após este episódio, recorre à consulta aberta da Unidade de Saúde Familiar com quadro compatível com gastroenterite aguda, sendo registado ao exame objetivo choro rouco e desidratação ligeira.

Aos 18 meses, na consulta de acompanhamento de saúde infantil com o MF, a mãe mostra-se bastante preocupada e relata várias idas ao Pediatra nos últimos três meses, com diagnóstico de laringite aguda. Descreve episódios frequentes de disfonia “voz rouca mesmo sem estar constipada” (*sic*), e refere fala sussurrada desde as primeiras palavras e, recentemente, noção de fadiga da voz.

A disfonia apresentava agravamento com o esforço da voz, melhora em clima quente e seco, ausência de relação com o período do dia ou com infeções respiratórias. Quando questionada, a mãe assume que o choro da filha é rouco desde há aproximadamente três meses. Nega tosse, pieira, estridor, dispneia, rinorreia, esternutos de repetição, antecedentes de regurgitação, assim como exposição a irritantes ambientais, alergênicos ou medicação. Objetivamente, verifica-se uma subida no percentil do peso comparativamente às consultas anteriores (Estatura P3-15; Peso P15-50; PC P15-50), sem alterações de relevo.

Portanto, estávamos perante um quadro progressivo de disfonia intermitente de longa data inexplicado, o que motivou a referenciação da criança para a consulta externa de Otorrinolaringologia com prioridade urgente. Aos 21 meses, realizou laringoscopia, tendo sido detectada uma neoformação das cordas vocais e diminuição da fenda glótica, pelo que foi agendado bloco operatório para laringoscopia terapêutica prioritária. A presença de papilomas levou à realização de cordectomia vocal por laser, cuja histologia confirmou o diagnóstico de Papilomatose Laríngea Juvenil.

Discussão

A Papilomatose Laríngea é uma doença rara, mas potencialmente fatal. Na pesquisa efetuada da literatura foi possível constatar que estão publicados relatos de caso sobre papilomatose laríngea recorrente juvenil, no entanto, a maioria deles descreve apresentações da doença numa fase avançada, nomeadamente com sinais de alarme como primeira manifestação e mesmo após o desenvolvimento de complicações tardias, tais como degenerescência maligna.¹⁰⁻¹² Deste modo, a maioria destes relatos dizem respeito à perspectiva dos cuidados de saúde secundários.

Se por um lado o papel de *gatekeeping* (controle de acesso) do MF protege o paciente de procedimentos desnecessários e de complicações iatrogênicas,¹³ associando-se mesmo a melhores desfechos comparativamente com a referenciação autônoma pelo paciente,¹⁴ por outro lado, pode estar associado ao risco de subtratamento na ausência de um encaminhamento adequado e atempado aos

cuidados de saúde secundários. No entanto, existe uma fraca evidência que suporte a associação entre o *gatekeeping* e piores desfechos.¹⁵

Neste sentido, o MF deve estar familiarizado com esta afecção, estar apto a identificar sinais de alerta e orientar, sendo de elevada importância a correta abordagem da disфония na criança. A anamnese e o exame objetivo, especialmente a avaliação da qualidade da voz e do choro, têm um papel fundamental na realização dos diagnósticos diferenciais da disфония na criança.

Alguns dos mais frequentes são a laringite crônica (infeciosa, alérgica, refluxo laringofaríngeo), a paresia/paralisia das cordas vocais, as malformações laríngeas congênitas, os nódulos das cordas vocais e os tumores, nomeadamente os papilomas e hemangiomas.^{1,5}

Neste contexto é fundamental conhecer a idade de início (no recém-nascido ou posteriormente) e tempo de evolução (aguda, crônica, rapidamente progressiva); fatores de agravamento (matinal, sazonal, infecções vias aéreas superiores); sintomas associados (tosse, pieira, estridor, sinais de dificuldade respiratória, regurgitação, vômitos, disfagia) e os antecedentes pessoais e familiares (parto, intubação, cirúrgicos, medicação, perda auditiva).

Existem alguns sinais de alarme que devem motivar a referência ao serviço de urgência e que o MF deve conhecer, nomeadamente a presença de disфония no recém-nascido, sinais de dificuldade respiratória, disфония após trauma, sintomas rapidamente progressivos (<2 semanas), presença de dor ou estridor e a ingestão de corpo estranho.⁵

Excluídos os sinais de alarme e perante a limitação do MF na realização do exame objetivo completo, a criança com disфония deve ser referenciada para realizar laringoscopia, se a disфония for socialmente inadequada, ou perante um quadro progressivo ou de longa duração inexplicado (>3 meses).⁵

Neste relato de caso estamos perante um quadro progressivo de disфония intermitente de longa duração. A idade de início do quadro, assim como o seu caráter intermitente, afastam a hipótese de doença congênita. Tratava-se de uma criança que não frequenta o infantário, cuja disфония não tinha relação com o período do dia e sem sintomas acompanhantes. Deste modo e perante um exame objetivo sem alterações, foram afastadas as hipóteses de asma, rinite, sinusite e refluxo laringofaríngeo. Portanto, a laringoscopia foi fundamental para prosseguir a investigação deste quadro de longa duração inexplicado.

No entanto, nos três meses precedentes a criança recorreu várias vezes ao pediatra particular, com queixas compatíveis com disфония, sendo várias vezes diagnosticada com laringite aguda e medicada com corticoterapia oral. A abordagem correta da disфония na criança permite o diagnóstico de patologias graves, assim como a diminuição do uso inapropriado de corticoides, inibidores da bomba de prótons e de antibioticoterapia.¹⁶

Está patente neste caso a importância dos antecedentes familiares no raciocínio clínico. O genograma⁸ é um instrumento de avaliação familiar que, apesar de ter pouca aplicabilidade em famílias pouco numerosas, constitui um bom método de diagnóstico, nomeadamente pelo destaque dos antecedentes familiares. No entanto, este caso mostra-nos que conhecer os antecedentes familiares pode não ser suficiente para chegar ao diagnóstico. É igualmente importante conhecer as possíveis consequências para a descendência dos problemas diagnosticados nos progenitores, permitindo reconhecer de forma precoce as manifestações durante o acompanhamento da criança, jovem ou mesmo do adulto.

O título deste relato de caso advém do fato de que, apesar da criança ser acompanhada por três médicos, a preocupação da mãe foi o elemento fundamental para a realização do diagnóstico. A mãe conseguiu perceber que existia um problema com a sua filha não valorizado pelos médicos nessa altura, apesar de ser a primeira filha do casal e se encontrar na fase II do ciclo de vida familiar de *Duvall*.

A psicofigura de Mitchell⁹ revelou um bom suporte familiar e uma relação próxima entre os pais e a criança, o que pode ter constituído uma vantagem para chegar ao diagnóstico, lidar com os exames complementares de diagnóstico invasivos, assim como promover a futura adesão terapêutica, nomeadamente a terapia da fala.

Por outro lado percebemos que podem surgir algumas desvantagens associadas ao fato do paciente ser seguido em vários médicos, nomeadamente o tipo de queixas em cada uma das consultas ser diferente. Além disso, os registros clínicos encontram-se dispersos pelos diferentes médicos, podendo simular a diminuição da frequência de determinada queixa ou mesmo a sua inexistência.

O MF encontra-se numa posição privilegiada para a reunir e integrar a informação clínica, permitindo a continuidade de cuidados. Neste sentido, a plataforma de dados da saúde, o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil e os registros informáticos são instrumentos chave à prática clínica.

O risco dos cuidados fragmentados é a divisão da responsabilidade, podendo levar ao que Ballint chamava de “conluio de anonimato”, referindo-se a decisões tomadas sobre o doente sem a clara compreensão de quem é o responsável por ele.¹⁷ Deste modo, sem a continuidade de cuidados e a responsabilidade do MF, os cuidados fragmentados podem ser um desperdício e perigosos.¹⁷

Nesta faixa etária, a consulta de acompanhamento está bastante orientada para a deteção de problemas relacionados com o desenvolvimento psicomotor da criança, mas neste relato de caso sobressai a importância da questão básica que o MF faz “Como passou desde a última consulta?” ou “Neste último período houve algo de novo?”. O MF deve, portanto, questionar e registrar a existência de intercorrências, a recorrência ao serviço de urgência, à consulta aberta, a outros médicos e a eventual necessidade de tratamentos.

Referências

1. Zalvan CH, Jones J. Hoarseness in children: Etiology and management. In: UpToDate. 2015 [cited 2015 may 5]. Available from: www.uptodate.com
2. Lacour DE, Trimble C. Human papillomavirus in infants: transmission, prevalence, and persistence. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2012;25(2):93-7. doi: 10.1016/j.jpag.2011.03.001
3. Smith EM, Parker MA, Rubenstein LM, Haugen TH, Hamsikova E, Turek LP. Evidence for vertical transmission of HPV from mothers to infants. *Infect Dis Obstet Gynecol.* 2010;2010:326369. doi: 10.1371/journal.pone.0066368
4. Moutinho JAF. Consenso sobre infeção por HPV e neoplasia intraepitelial do colo da vulva e vagina. Sociedade Portuguesa de Ginecologia - Secção Portuguesa de Colposcopia e Patologia Cervico-vulvovaginal. Coimbra; 2014.
5. Zalvan CH, Jones J. Hoarseness in children: Evaluation. In: UpToDate. 2015 [cited 2015, may 5]: Available from: http://www.uptodate.com/contents/hoarseness-in-children-evaluation?source=search_result&search=Hoarseness+in+children&selectedTitle=2%7E150
6. Duvall EM, Miller BC. Marriage and family development. 6th ed. New York: Harper & Row; 1985.
7. Graffar M. Une methode de classification sociales d'echantillons de population. *Courrier.* 1956;6:445-59.
8. Rebelo L. Genograma familiar. O bisturi do médico de família. *Rev Port Clin Geral.* 2007;23(3):309-17. doi: <http://hdl.handle.net/10451/5655>

9. Rebelo L. A família em Medicina Geral e Familiar: conceitos e práticas. Lisboa: Verlag Dashofer; 2011.
10. Boo WH, Rajan P, Ching SM, Lee PY. Juvenile recurrent respiratory papillomatosis: A rare masquerade of asthma. *Malays Fam Physician*. 2015;10(2):45-8.
11. Egambaram S, Abdulla G. Juvenile Laryngeal Papillomatosis: An Unexpected Cause of Stridor. *Phys Pract*. 2008 [Internet] [citado 2016 Nov 28]. Disponível em: <http://www.physicianspractice.com/articles/juvenile-laryngeal-papillomatosis-unexpected-cause-stridor>
12. Rastogi M, Srivastava M, Bhatt MLB, Srivastava K, Bhatia N. Laryngeal carcinoma in a 13-year-old child. *Oral Oncol Ext*. 2005;41(9):207-10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ooe.2005.06.002>
13. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*. 1994;344(8930):1129-33. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)90634-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(94)90634-3)
14. Roos NP. Who should do the surgery? Tonsillectomy-adenoidectomy in one Canadian province. *Inquiry*. 1945;16(1):73-83.
15. Franks P, Clancy CM, Nutting PA. Gatekeeping revisited--protecting patients from overtreatment. *N Engl J Med*. 1992;327(6):424-9. doi: 10.1056/NEJM199208063270613
16. Schwartz SR, Cohen SM, Dailey SH, Rosenfeld RM, Deutsch ES, Gillespie MB, et al. Clinical practice guideline: hoarseness (dysphonia). *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2009;141(3 Suppl 2):S1-S31.
17. Freeman T, ed. *McWhinney's Textbook of Family Medicine*. 4th ed. New York: Oxford University Press; 2016.

Micaela Amaral Prata. Unidade de Saúde Familiar Anta; Agrupamento de Centros de Saúde Grande Porto VIII - Espinho/Gaia. Portugal. miprata@gmail.com (*Autora correspondente*)

Mariana Fonseca. Unidade de Saúde Familiar Anta; Agrupamento de Centros de Saúde Grande Porto VIII - Espinho/Gaia. Portugal. marianapereirafonseca@gmail.com

Mafalda Gonçalves. Unidade de Saúde Familiar Anta; Agrupamento de Centros de Saúde Grande Porto VIII - Espinho/Gaia. Portugal. mafaldaferreiragoncalves@gmail.com

Margarida Sousa. Unidade de Saúde Familiar Anta; Agrupamento de Centros de Saúde Grande Porto VIII - Espinho/Gaia. Portugal. fmargarida.usf.anta@gmail.com

Lia Rocha. Unidade de Saúde Familiar Anta; Agrupamento de Centros de Saúde Grande Porto VIII - Espinho/Gaia. Portugal. lia.usf.anta@gmail.com

Vida e morte na atenção primária à saúde: reflexões sobre a vivência do médico de família e comunidade ante a finitude da vida

Life and death in primary care: family and community physician's reflections before the finitude of life

Vida y muerte en el nivel primario de atención: reflexiones sobre la experiencia del médico familiar con la finitud de la vida

Renata Regina Vieira, Amália Rocha Robortella, Amanda Brólio de Souza, Gustavo Shikanai Kerr, Janaine Aline Camargo de Oliveira

Resumo

A Atenção Primária à Saúde (APS) possui capacidade para contribuir para que o cuidado ao final da vida seja sistêmico, humanizado e promotor de autonomia. Contudo, prestar assistência em cuidados paliativos requer da equipe um olhar complexo e multidimensional, sobretudo pela proximidade com reflexões sobre morte, perspectivas existenciais, sociais, religiosas e pessoais. Desse modo, perguntas sobre como lidar com as dimensões subjetivas de pacientes, familiares e profissionais surgem como desafio na prática clínica. Sob a perspectiva dos médicos assistentes, relatamos caso de paciente em cuidados paliativos acompanhado por uma equipe de estratégia saúde da família. Ao refletir sobre a dimensão pessoal e existencial dos profissionais, discutimos fatores que favorecem ou dificultam a assistência integral em cuidados paliativos na APS. Observamos que, apesar do desafio da assistência em termos de recursos e tempo, o diálogo na equipe e a abordagem biopsicossocial-espiritual permitiram a ressignificação do processo de cuidado, adoecimento e morte.

Abstract

Primary Care has the ability to enable the end of life care to be systemic, humanized and autonomy promoting. However, working at palliative care requires that the team develop a complex and multidimensional point of view, especially due to the proximity with reflections about death and existential, social, religious and personal perspectives. In this way, questions about how to deal with the subjective dimension of patients, families and professionals emerge as a challenge in clinical practice. Reporting the family physicians' perspectives, we present the case of a patient in palliative care accompanied by a Family Health Strategy team, an unusual scenario for palliative care in Brazil. Thinking about the personal and existential dimensions of the professionals, we discuss factors that favor or hinder the comprehensive care towards the end of a life. We noticed that, despite the challenge of care in terms of resource and time, the dialogue among the team and the biopsychosocial-spiritual approach enabled the redefinition of the process of care, disease and death.

Palavras-chave:

Atenção primária à saúde
Medicina de família
e comunidade
Cuidados paliativos

Keywords:

Primary health care
Community Family Practice
Palliative Care

Como citar: Vieira RR, Robortella AR, Souza AB, Kerr GS, Oliveira JAC. Vida e morte na atenção primária à saúde: reflexões sobre a vivência do médico de família e comunidade ante a finitude da vida. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-7. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1281](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1281)

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: 24/02/2016.
Aprovado em: 27/09/2016.

Resumen

La atención primaria de salud (APS) tiene la capacidad de contribuir con el cuidado al final de la vida de modo sistémico, humanizado y promotor de la autonomía. Sin embargo, un equipo de cuidados paliativos requiere una mirada compleja y multidimensional de sus profesionales, especialmente para hablar sobre la muerte y las perspectivas personales, sociales y religiosas de la vida. Por lo tanto, las preguntas sobre cómo discutir las dimensiones subjetivas de los pacientes, familias y profesionales emergen como un reto en la práctica clínica. Desde la perspectiva de los médicos familiares asistentes, relatamos el caso de un paciente en cuidados paliativos acompañado por un equipo de estrategia de salud de la familia, un escenario poco usual para los cuidados paliativos en Brasil. Desde la reflexión sobre las dimensiones personal y existencial de los profesionales, se discuten los factores que favorecen o dificultan la atención integral de los cuidados paliativos en la APS. Observamos que, a pesar del reto de la asistencia en términos de recursos y tiempo, el diálogo con el equipo y el enfoque biopsicosocial-espiritual permitieron la re-significación del proceso de atención, experiencia de la enfermedad y muerte.

Palabras clave:

Atención Primaria de Salud
Medicina Familiar
y Comunitaria
Cuidados Paliativos

Introdução

O papel da Atenção Primária à Saúde (APS) na rede de atenção passa pelo primeiro contato, coordenação do cuidado, longitudinalidade e atenção integral.¹ Prestar assistência contínua, resolutiva e de qualidade exige da APS uma crescente complexidade no cuidado.

Com o envelhecimento e maior prevalência de doenças crônico-degenerativas, cada vez mais, o médico de família de comunidade (MFC) se depara com situações clínicas que seguirão seu curso letal inexoravelmente, provocando diferentes graus de sofrimento físico, emocional, social e espiritual às pessoas e suas famílias.

Perante essas situações, é preciso que a equipe mantenha seu compromisso, prestando assistência de modo a promover qualidade de vida, dignidade e autonomia a essas pessoas.² Esse processo de cuidado integral é chamado de cuidado paliativo *“uma abordagem que promove a qualidade de vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento de natureza física, psicossocial e espiritual”*.³

Cada vez mais cresce o papel da APS na assistência a pessoas em cuidados paliativos. Com isso, as equipes se deparam com a necessidade de desenvolver competências para lidar com a finitude da vida, o sofrimento pela aproximação da morte e o estreitamento dos vínculos com pacientes e familiares.⁴

Este artigo relata de modo narrativo e reflexivo a experiência dos médicos assistentes ao acompanharem paciente em cuidados paliativos devido à neoplasia gástrica com carcinomatose. O caso foi acompanhado de março de 2014 a fevereiro de 2015, por uma equipe de Estratégia Saúde da Família da rede municipal de São Paulo, na Unidade Básica de Saúde Parque Regina, campo de estágio do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Hospital Israelita Albert Einstein. A publicação teve consentimento livre e esclarecido da família e foi isentada de parecer pelo Conselho de Ética da Instituição em 9 de novembro de 2015.

Narrativa do caso

Conhecê-la foi como ver uma andorinha insegura no ninho... Vinha emagrecida, pele marcada pelo esmorecer e com olhos que ansiavam por entender: “O que se passava com aquela dor no estômago?”. Havia eliminado sangue... Não foi preciso ser sagaz para compreender os sinais do corpo físico. A endoscopia digestiva foi certa e a biópsia não deixou dúvidas: adenocarcinoma gástrico penetrando paredes e antro do órgão que alimenta a vida.

Recebeu o diagnóstico sozinha, com um pouco de entendimento e um muito de fé. Com uma segurança que não tínhamos, falávamos-lhe sobre os próximos passos. A família se aproximou após o diagnóstico. Vinham do interior de Pernambuco para buscar sobreviver em São Paulo. Viviam em um pequeno cortiço... casa pequena, simples, mas sempre muito bem cuidada. Sofriam por saber que não dispunham de recursos para auxiliar no tratamento. Juntos, aguardaram ansiosos a cirurgia nunca realizada e a quimioterapia da qual esperavam a cura. Não faltaram preces, visitas do pastor evangélico e, claro, a garrafada da vizinha: conhaque, mel e babosa já curaram muitas feridas no estômago.

Seis meses se foram céleres. Nossa equipe, sem receber informações do centro de tratamento, não sabia bem o que esperar. A família agora estava insegura. A andorinha já não tinha mais forças para voar. Emagrecia, passava a ter dores permanentes no epigastro, já não tolerava o alimento. O que mais era possível fazermos? Fomos à primeira visita em seu ninho.

Já estava com sonda nasoentérica, mas não aceitava a dieta. O marido brigava para forçá-la a comer: queria seu bem e não era por mal que negava a doença. Além disso, a pouca instrução dos anos primários lhe traziam dificuldade de lidar com a infusão do preparado industrial. Mas não... A questão da hiporexia era a falta de fome de sua alma. Foi a primeira vez em que falamos sobre o significado de tantos acontecimentos: “Não quero mais comer, pois tudo que eu como, serve de alimento primeiro para essa ferida, que só cresce...”. Primeiro mostrou-nos sua ideia sobre o que “alimentava a doença” e, depois, a nova tomografia.

Pudemos perceber o estadiamento tumoral e compreendemos o adiamento da cirurgia. Nenhum médico havia sido claro sobre seu prognóstico. Mas a vida é verdade que não se esconde: ela começava a sentir sua despedida. Sim... Cabia à APS coordenar o cuidado: acompanhar a pessoa em seu diagnóstico e tratamento, curativo ou não. Vimo-nos diante da incerteza sobre nosso papel: sim, ela precisava de cuidados paliativos. Se nós não estivéssemos ali para fazê-lo, ninguém o faria.

Na sala pequenina, uma troca de olhar entre profissionais disse tudo: médicos de família e comunidade se identificam pelo seu compromisso com a pessoa. Cumpriríamos nosso papel: seríamos os contra-regras que fariam o possível para que a andorinha estrelasse seu último verão de modo autônomo e pleno.

Marido, filha e cunhado sabiam que tínhamos algo sério a dizer enquanto o netinho brincava no chão. Conversamos com eles sobre as crenças: qual seria o propósito da doença? Qual o propósito da vida? Ela se mostrava serena, enquanto o marido, com o último balbucio da barganha, perguntava: “Doutora, você já viu pessoas como ela se curarem, não viu?”. A dignidade deles merecia a nossa honestidade.

Em meio à dor, já não apenas física, vimos a força do diálogo a ressignificar aquela narrativa: juntos revisitamos a história da doença, antes vista como punição de Deus a uma mulher que não pecara, e agora sendo reconstruída como uma forma de ela provar sua fé para a entrada no “Reino dos Céus”.

Com a aceitação, ela se fortaleceu. Em sua força e exemplo, ela pareceu chamar ao “testemunho” aqueles que conviviam com ela. A filha, antes chorosa, vinha agora disposta a auxiliar a mãe. O marido aceitava melhor suas escolhas. Nossa equipe também se mobilizou: residentes, preceptora, enfermeira, auxiliares e agente comunitária se revezavam em visitas duas vezes por semana, orientando os cuidados, mas também promovendo momentos de socialização e resgate de lembranças. Da morfina à oração com a família na sala, pudemos compartilhar com eles momentos ímpares, compreendendo que nossa humanidade era única, a despeito de valores pessoais.

Com poucos recursos, os dois meses que se seguiram não foram fáceis. Mas foram significativos! A dieta, adaptada pela nutricionista, era mínima pelo estado consumptivo, mas já melhor tolerada. A morfina permitia conforto necessário para os últimos atos: reatar com o filho distante há dois anos e compreender que guardar rancores já não fazia mais sentido. As orações com o grupo da igreja que a ACS e a filha mobilizaram traziam plenitude para a alma. Celebrou o último natal com visitas longínquas de entes queridos e o sabor das poucas guloseimas que conseguia ingerir. E, nos derradeiros instantes da peça de sua vida, um pouco de morfina, uma cadeira de rodas, a mobilização dos amigos da igreja e uma grande dose de amor permitiram que ela fosse “batizada nas águas”, aos moldes de sua crença religiosa.

Em nossa última visita a seu ninho, a andorinha trazia olhos cintilantes. Sim, brilhavam como sua paz ao se despedir: “Agora já estou pronta para descansar”. A família sofria, mas tirava da crise as estratégias para seguir em frente. Não faleceu em sua casa.

Nossa falta de recursos humanos e segurança para passar para à família, unidas a pouca instrução deles, não nos permitiram. No entanto, manteve-se soberana: seu desejo de não receber procedimentos invasivos, pactuado previamente, foi compreendido e respeitado nas 48 horas que passou no leito hospitalar. Ela não partiu. Ela voou para o inominável da Vida levando um pouco de nós e deixando muito de si. Seu exemplo nos trouxe a vontade de servir cada vez mais ao Cuidado para que outras andorinhas possam, também, voar!

Discussão

Prestar assistência paliativa requer olhar complexo e multidimensional sobre a pessoa e seu sistema familiar. Nessa etapa de vida, é preciso cuidar da dor total, vivenciada de modo único por cada pessoa, em suas dimensões física, emocional, sociofamiliar e espiritual.⁵ Nesse sentido, cabem reflexões sobre sofrimento e morte, sob perspectivas existenciais, sociais, religiosas e pessoais.⁶ Essa construção dialógica considera a experiência de vida da pessoa e familiares, traz à tona valores e crenças, e exige o olhar sobre a dimensão espiritual do ser humano.⁷

Dada sua importância nos cuidados paliativos, cabe trazermos o conceito de espiritualidade. A espiritualidade é a dimensão em que obtemos significado, conexão, conforto e paz para nossas vidas. Pode ser buscada na religião, como ocorre mais comumente, mas também na música, arte, natureza ou em valores e princípios pessoais ou científicos.⁸ Essa busca passa pelo campo pessoal de reflexão, relacionamentos e pela dimensão do sagrado ou transcendente.⁹

Tratar sobre essas questões, muitas vezes distantes da formação médica, pode ser um desafio. Um estudo norueguês com MFC observou que diferentes fatores influenciam o processo de lidar com a morte de um paciente: os relacionados com o médico, ambiente e o paciente.⁴ Relacionaram-se ao paciente a proximidade e intensidade da relação terapêutica, bem como o tipo de morte (abrupta, humanizada ou invasiva).

Quanto ao ambiente, destacaram-se o contexto cultural e religioso, experiências prévias das pessoas, manejo do luto e educação sobre a morte. Já dentre os médicos, observou-se a vivência de profundas emoções ao prestarem esse tipo de cuidado, tais como culpa, medo, raiva, impotência, tristeza, distanciamento emocional e alívio. Esse contato também traz à tona vivências pessoais, como experiências de perda ou adoecimento, e questionamentos pessoais sobre morte e o significado ou propósito da vida.

Cuidados paliativos visam promover qualidade de vida. Na experiência com o caso, houve controle de sintomas (dor, plenitude gástrica e hiporexia), abordagem familiar, mobilização de rede social (família, igreja evangélica, grupo de oração), apoio espiritual e abordagem antecipada do luto. Essas iniciativas de cuidado integral impactaram na qualidade de vida da paciente, tanto prevenindo o adoecimento da família quanto pela marcante melhora de performance funcional.

A funcionalidade de pacientes com neoplasias avançadas pode ser avaliada a partir escala de performance de Karnofsky (EPK), método descrito na década de 50 que classifica o status funcional em 11 categorias, variando de 100% (asintomático, sem evidência de doença) a 0 (morte), conforme o grau de dependência para atividades.¹⁰

Com as ações em cuidados paliativos implementadas, a paciente, inicialmente em Karnofsky 40 (mais de 50% do tempo acamada, requerindo atenção constante), teve melhora funcional para Karnofsky 60 (apta ao autocuidado, requerindo assistência ocasional, por exemplo, com manuseio da dieta enteral). Nas duas últimas semanas de vida, houve novo declínio funcional até 40, porém com paciente mantendo-se orientada, em fase de aceitação e capaz de conversar sobre sua percepção subjetiva de plenitude espiritual. Nos últimos dois dias de vida, com o início de dispneia, a paciente evoluiu para 20 pontos (agravamento clínico com necessidade de cuidados contínuos) e foi hospitalizada até o óbito.

A promoção de um cuidado digno e transformador para a família trouxe grande satisfação à equipe de ESF. Sentimentos de angústia e impotência percebidos inicialmente pela equipe, pela dificuldade com recursos e falta de informações sobre prognóstico, puderam ser amenizados a partir da abordagem biopsicossocial-espiritual. Percebemos que tecnologias leves, como comunicação centrada na pessoa, abordagem familiar e espiritual, diretivas antecipadas e manejo do luto foram diferenciais para o bem-estar da família e motivaram a equipe quanto à qualidade e impacto do cuidado prestado.

Aprender a resignificar a visão profissional, indo do sofrimento para a valorização da vida, foi um passo essencial, construído a partir da mobilização de recursos pessoais de enfrentamento e resiliência. Assim, a dimensão narrativa de significado ganha foco no âmbito do cuidado da equipe, o que torna cada experiência de morte única e parte de um sistema de aprendizado contínuo.¹¹

A interação médico-paciente é influenciada por valores da pessoa e do profissional. Para garantir esse vínculo, o médico deve trabalhar seu autoconhecimento, tornando-se mais consciente dos processos de transferência e contratransferência.¹² A dificuldade dos profissionais de saúde lidarem com sua dimensão pessoal é natural, contudo, corre-se o risco de que as questões sobre sofrimento e terminalidade sejam negligenciadas.⁶

Outro aspecto preocupante é o risco de sobrecarga profissional. Dearmond¹³ descreve que já são bem documentados *burnout* e fadiga de compaixão em profissionais paliativistas. Por outro lado, há associação entre autocuidado e resiliência dos profissionais com menores níveis de *burnout* e maiores níveis de compaixão e satisfação. Em seu estudo, observou que profissionais que trabalham com a filosofia de cuidados paliativos poderiam ter transformações pessoais, maior senso de consciência e autotranscendência.

No contexto de porta de entrada e longitudinalidade da APS, a demanda por cuidados paliativos está presente no cotidiano do MFC, mas pode ser limitada pela insegurança dos profissionais. Realizar essa abordagem possibilitou criar vínculo e confiança com paciente, familiares e equipe multiprofissional,

permitindo o diálogo claro sobre a finitude. Essa postura reduziu a sobrecarga da equipe e permitiu a vivência dos diferentes estágios do luto. A equipe da ESF pôde fechar esse ciclo com a certeza de ter oferecido um processo de morte digno.

Conclusão

Abordar situações de perda e morte na APS é um grande desafio em termos de recursos e disponibilidade. Contudo, a mobilização da equipe e a abordagem biopsicossocial-espiritual se mostraram potencialidades interessantes para a promoção da qualidade de vida nesse contexto.

Referências

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2004. 726 p.
2. Silva MLSR. O papel do profissional da Atenção Primária à Saúde em cuidados paliativos. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014;9(30):45-53. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)718](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(30)718)
3. World Health Organization. Palliative care for older people: better practices. Copenhagen: WHO; 2011.
4. Verhoeven AA, Schuling J, Maeckelberghe EL. The death of a patient: a model for reflection in GP training. *BMC Fam Pract*. 2011;12:8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-12-8>
5. Clark D. "Total pain", disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958-1967. *Soc Sci Med*. 1999;49(6):727-36. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00098-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00098-2)
6. Cassell EJ. Diagnosing suffering: a perspective. *Ann Intern Med*. 1999;131(7):531-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-131-7-199910050-00009>
7. Seccareccia D, Brown JB. Impact of spirituality on palliative care physicians: personally and professionally. *J Palliat Med*. 2009;12(9):805-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2009.0038>
8. Anandarajah G, Hight E. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *Am Fam Physician*. 2001;63(1):81-9.
9. Puchalski CM. The FICA Spiritual History Tool #274. *J Palliat Med*. 2014;17(1):105-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2013.9458>
10. de Borja MT, Chow E, Bovett G, Davis L, Gillies C. The correlation among patients and health care professionals in assessing functional status using the Karnofsky and Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status scales. *Support Cancer Ther*. 2004;2(1):59-63. DOI: <http://dx.doi.org/10.3816/SCT.2004.n.024>
11. Jones AH. Narrative based medicine: narrative in medical ethics. *BMJ*. 1999;318(7178):253-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.318.7178.253>
12. Balint M. O médico, seu paciente e a doença. 1ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1988.
13. Dearmond IM. The psychological experience of hospice workers during encounters with death. *Omega (Westport)*. 2012-2013;66(4):281-99. DOI: <http://dx.doi.org/10.2190/OM.66.4.a>

Renata Regina Vieira. Hospital Israelita Albert Einstein.
São Paulo, SP, Brasil. renata_reginav@yahoo.com.br

Amália Rocha Robortella. Hospital Israelita Albert Einstein.
São Paulo, SP, Brasil. amaliarob@hotmail.com

Amanda Brólio de Souza. Hospital Israelita Albert Einstein.
São Paulo, SP, Brasil. amandabrolio@hotmail.com

Gustavo Shikanai Kerr. Hospital Israelita Albert Einstein.
São Paulo, SP, Brasil. gustavo.kerr@einstein.br

Janaine Aline Camargo de Oliveira. Grupo de Trabalho em Saúde e
Espiritualidade da SBMFC; Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo, SP, Brasil.
jancamargo@hotmail.com (*Autora correspondente*)

Vivência em Consultório na Rua do Rio de Janeiro: a situação de rua sob uma nova perspectiva

Experience in “*Consultório na Rua*” in Rio de Janeiro: homeless people from a new perspective

Experiencia en “Consultório na Rua” en Rio de Janeiro: las Personas sin Hogar en una nueva perspectiva

Bruno Paladini Camargo. Centro Universitário de Araraquara/UNIARA. Araraquara, SP, Brasil. brunovest27@gmail.com
(Autor correspondente)

Resumo

Objetivos: O presente relato tem como finalidade esclarecer como o Consultório na Rua utiliza-se da Redução de Danos para melhorar o cuidado à população em situação de rua, além de conscientizar profissionais da Atenção Primária à Saúde para as particularidades da população em questão. **Métodos:** Para tal, foi realizado estágio durante uma semana em um Consultório na Rua da cidade do Rio de Janeiro. **Conclusão:** Concluiu-se que a Redução de Danos é a principal estratégia para o cuidado adequado dos indivíduos em situação de rua, e que estes necessitam de uma abordagem biopsicossocial devido à sua complexidade e particularidades.

Palavras-chave:

Pessoas em Situação de Rua
Redução de Danos
Atenção Primária à Saúde

Abstract

Objectives: This report aims to clarify how the “*Consultório na Rua*” uses Harm Reduction to improve care to Homeless People, and educate Primary Health Care professionals to the particularities of the population in question. **Methods:** To do this, an internship was held for a week in a “*Consultorio na Rua*” at Rio de Janeiro, Brazil. **Conclusion:** It was concluded that Harm Reduction is the main strategy for the proper care of Homeless People, and this population needs a biopsychosocial approach because of its complexity and peculiarities.

Keywords:

Homeless People
Harm Reduction
Primary Health Care

Resumen

Objetivos: Este informe pretende aclarar cómo “*Consultório na Rua*” utiliza la Reducción del Daño para mejorar la atención a Personas sin Hogar, y educar a los profesionales de la Atención Primaria de Salud a las particularidades de la población en cuestión. **Métodos:** Para ello, se llevó a cabo prácticas de una semana en uno “*Consultorio na Rua*” en la ciudad de Rio de Janeiro. **Conclusión:** Se concluyó que la Reducción del Daño es la principal estrategia para la atención adecuada de las Personas sin Hogar, y que necesitan un enfoque biopsicossocial, debido a su complejidad y peculiaridades.

Palabras clave:

Personas sin Hogar
Reducción del Daño
Atención Primaria de Salud

Como citar: Camargo BP. Vivência em Consultório na Rua do Rio de Janeiro: a situação de rua sob uma nova perspectiva. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-3. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1269](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1269)

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: 29/01/2016.
Aprovado em: 09/03/2016.

Pedaços de lona, papelão, por vezes um colchão rasgado, fios desencapados e ligações elétricas clandestinas, fogões improvisados, animais em meio a panelas de comida, crianças “brincando de ser bandido” (mas ainda com um olhar inocente, que brilha ao ver uma luva de procedimentos pela simples possibilidade de preenchê-la com água), usuários de drogas por toda a parte. Usuários de drogas? Eles se reduzem a isso? O nome, história, sofrimento, problemas de saúde, necessidade de cuidados e os direitos serão esquecidos até quando? É neste cenário que se insere o Consultório na Rua, projeto idealizado na Bahia e criado em 1999.¹

Durante uma semana, foi realizado estágio observacional no Consultório na Rua da Coordenadoria de Saúde da Área de Planejamento (CAP) 3.2, no bairro do Jacarezinho - Rio de Janeiro -, movido pelo desejo de conhecer de modo profundo a realidade em que vivem, associado à curiosidade de saber qual a melhor estratégia de abordagem médica a indivíduos em situação de rua.

A realidade observada foi um verdadeiro choque de realidade, porém ao mesmo tempo trouxe à tona um senso de humanidade até então desconhecido. A situação de rua é muito mais complexa do que se pode imaginar antes de estar frente a frente com a realidade, e muitas vezes não é possível resolver todos os problemas e atender todas as demandas dessa população. Eles precisam ser cuidados do ponto de vista biológico, mas também precisam de documentação, de moradia, de emprego, de alimentação, de alfabetização, de família, de amigos, de atenção, precisam ser aceitos e enxergados além do uso de drogas. Em meio a toda essa complexidade, é que se insere a política de Redução de Danos, que é parte integrante dos programas de saúde no Brasil desde 1993; e também a Medicina Centrada na Pessoa.

A Redução de Danos busca minimizar os riscos decorrentes do uso de drogas lícitas ou ilícitas, envolvendo tanto aspectos biológicos quanto sociais e econômicos, sem que necessariamente o uso de entorpecentes esteja ausente. Sinergicamente, a Medicina Centrada na Pessoa constitui-se numa ferramenta importantíssima, que permite uma visão mais ampla e completa dos indivíduos, possibilitando uma abordagem integral e realmente efetiva dos problemas biopsicossociais. No Consultório na Rua, estas duas estratégias, adaptadas às particularidades dos usuários, se confluem necessariamente e, quando isso não é possível, o cuidado fica notoriamente prejudicado e raramente será eficaz. Como parte integrante do cuidado integral e individualizado necessário, também notou-se a diferença entre o uso da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), que se utiliza mais de abstrações e situações objetivas, e da Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP), que leva em consideração também as experiências de saúde e fatores além dos biológicos.

Como se a complexidade intrínseca não se fizesse suficiente, o preconceito enraizado na sociedade como um todo está também muito presente nas estruturas da rede de atenção à saúde. No pequeno período de estágio foi possível observar em diversos momentos a negligência diária à saúde dos indivíduos, com atendimentos negados em Unidades de Saúde da Família/Clínicas da Família, mesmo que os indivíduos já possuam endereço físico/estejam vivendo em abrigos ou casas de recuperação (o que transfere a responsabilidade do cuidado às unidades que abrangem o território desses locais), consolidando ainda mais a exclusão social. Essa dificuldade de acesso ao SUS fica ainda mais explícita quando percebe-se que diversos pedidos de exames, encaminhamentos e o próprio registro dos atendimentos em prontuário eletrônico exigem o endereço do indivíduo e/ou documentação.

Destoante de todo essa situação hostil e marginalizada, os indivíduos, a todo momento, foram sinceros, respeitosos, amigáveis, e acima de tudo agradecidos por cada mínimo cuidado, por cada mínima intervenção ou orientação. Uma experiência de humanidade e reflexão sem igual.

Ver a política de Redução de Danos sendo aplicada de forma tão completa e presenciar, nesse pequeno período de tempo, os resultados dessa abordagem; aprender com cada um dos indivíduos que se sentou à minha frente; e ver as adaptações da Medicina Centrada na Pessoa em uma situação tão peculiar e com muitas particularidades, foram apenas algumas das situações que me permitiram chegar a determinadas conclusões.

A primeira delas foi a importância inquestionável da interdisciplinaridade no cuidado dos indivíduos, uma vez que os mesmos possuem questões muito além das biológicas, e muitas vezes mais importantes, a serem resolvidas, seja a falta de documentação, a falta de moradia, o uso abusivo de drogas, o analfabetismo ou desemprego, de modo que a integração e a horizontalidade entre Médico de Família e Comunidade (MFC), equipe de enfermagem, agentes sociais, assistente social, terapeuta ocupacional e auxiliar administrativo se faz necessária a todo momento, tendo cada membro da equipe funções fundamentais para o cuidado adequado dos usuários.

A segunda conclusão diz respeito à política de Redução de Danos, que sem dúvidas é a abordagem mais adequada para esses indivíduos, uma vez que não gera confrontos, ao mesmo passo em que gera confiança e sensação de segurança dos indivíduos, promovendo saúde por meio de uma melhor relação médico-pessoa, sem represálias e julgamentos. Com essa abordagem, o tempo deles é respeitado, tornando, a longo prazo, o cuidado mais efetivo.

Essa experiência também permitiu concluir que, mesmo nos dias de hoje, em que as informações estão mais acessíveis do que nunca, o preconceito ainda se faz muito presente, estando apenas encoberto pelo “politicamente correto”, sendo facilmente identificado quando tenta-se uma abordagem dos indivíduos em situação de rua que envolvam a reinserção na sociedade, seja em situações corriqueiras como entrar em uma loja de roupas ou salão de beleza, seja na busca por emprego.

O Consultório na Rua é muito mais do que se pode imaginar. Nele é possível enxergar a Medicina de Família e Comunidade sendo aplicada em sua forma mais pura, levando ao pé da letra cada página do Tratado de MFC e da Medicina Centrada na Pessoa, promovendo, prevenindo, diagnosticando, tratando de maneira integral, com equidade, sem distinções.

Por fim, a principal conclusão é que reduzir os cidadãos em situação de rua ao uso de drogas é inadmissível. Cada um desses indivíduos possui uma história, possui patologias, possui relacionamentos (ou a falta deles), e com um pouco de conversa percebe-se: possui esperança! Esperança de uma vida melhor, mais digna, sem preconceitos, de serem cuidados, de se sentirem gente novamente e serem encarados como tal por toda e qualquer pessoa, cabendo a cada um dos profissionais de saúde não permitir que essa esperança acabe.

Referências

1. Londero MFP, Ceccim RB, Bilibio LFS. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. Interface (Botucatu). 2014;18(49):251-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0738>

Zika Vírus

Cynthia Molina Bastos. TelessaudeRS/UFRGS, Programa de Pós Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. cynthia.bastos@telessauders.ufrgs.br (*Autora correspondente*)

Otávio Pereira D'Ávila. TelessaudeRS/UFRGS, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. otaviopereiradavila@gmail.com

Roberto Nunes Umpierre. TelessaudeRS/UFRGS, Faculdade de Medicina, Programa de Pós Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. rumpierre@gmail.com

Marcelo Rodrigues Gonçalves. TelessaudeRS/UFRGS, Faculdade de Medicina, Programa de Pós Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. marcelorog@gmail.com

Erno Harzheim. TelessaudeRS/UFRGS, Faculdade de Medicina, Programa de Pós Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. ernoharz@terra.com.br

Michele, 32 anos, procura a Unidade de Saúde por manchas na pele, há 24 horas, levemente pruriginosas. A paciente retornou de uma viagem há dois dias. Viajou por cidades do Nordeste brasileiro durante dez dias. Ela suspeita de que a reação alérgica se deve ao protetor solar, que pode ter causado a irritação na sua pele. Conforme relata, no último dia das férias, precisou comprar um produto novo, de uma marca que nunca havia utilizado. Além disso, refere que o quadro alérgico está tão importante que não colocou as lentes de contato, devido ao olho levemente vermelho, sem prurido e com discreto lacrimejamento e já iniciou o colírio para conjuntivite alérgica, corticoide tópico nasal e loratadina 10mg.

Quando questionada em relação a outros sintomas associados, refere cansaço, dizendo que adorou a viagem, mas que retornar de férias é sempre mais cansativo. Afirma que não se alimentou direito nos últimos dois dias, o voo durou mais de 12 horas devido às conexões aéreas e que ela está com dor no corpo, mais importantes nas articulações, "toda dolorida". Cefaleia e sensação de peso na cabeça e mal-estar. Não sabe se teve febre, pois não aferiu, entretanto, quando questionada, acha possível. Nega alterações no hábito intestinal ou urinárias. Refere tosse e discreta secreção hialina nasal, após ter chegado ao seu apartamento, que ficou fechado por dez dias.

Michele é professora universitária, natural de Mossoró, no Rio Grande do Norte, católica, casada. Foi morar na região Sul do país, com seu esposo, após assumir um cargo na universidade local. Eles planejam engravidar no ano de 2016, inclusive realizaram sorologias e esclareceram dúvidas na última consulta na unidade de saúde.

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: 07/03/2016.

Aprovado em: 10/03/2016.

Como citar: Bastos CM, D'Ávila OP, Umpierre RN, Gonçalves MR, Harzheim E. Zika Vírus. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-3. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1299](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1299)

Segundo anotações do prontuário médico, a paciente apresenta diversas atopias, com quadros de exacerbação de conjuntivite alérgica, dermatite atópica e rinosinusites alérgicas mais importantes no inverno e na primavera. Entretanto, tem bom controle dos sintomas com uso de corticoides tópicos nos meses de inverno e primavera. Uso de anticoncepcional oral.

Ao exame físico, a paciente apresenta bom estado geral, eutrófica, temperatura axilar de 37,4 graus, sinais vitais sem alteração. Pele com exantema maculopapular, distribuído por todo corpo, sem descamação, sem preservar áreas específicas. Olhos com hiperemia de conjuntiva, sem secreção aparente. Rinoscopia e oroscopia sem alterações. Ausculta pulmonar limpa. Extremidades perfundidas, aquecidas e sem edema.

PERGUNTA

Baseado na história e exame físico, qual o diagnóstico mais provável?

- a) Zika Vírus.
- b) Reação alérgica aguda de etiologia ainda desconhecida.
- c) Parvovirose.
- d) Exacerbação da dermatite atópica e da conjuntivite alérgica.

Discussão

- a) A infecção por Zika Vírus é assintomática em pelo menos 80% dos pacientes. Nos casos sintomáticos, mais de 90% apresentam exantema maculopapular difuso, eventualmente pruriginoso, sem evolução específica, entretanto, com relatos na literatura de distribuição craniocaudal sem preservar áreas específicas do corpo. A febre, quando acontece, não costuma ser alta. A conjuntivite, hiperemia de conjuntiva, sem secreção purulenta e não pruriginosa acompanha os casos. Artralgia, edema periarticular também podem estar presentes. Como todos os outros quadros virais, os sintomas constitucionais como anorexia, astenia, cansaço, mialgia e cefaleia podem estar presentes, normalmente de forma branda e sem comprometimento importante.^{1,2}

A definição de caso suspeito de Zika Vírus adotada no Brasil é: pacientes que apresentem exantema maculopapular pruriginoso, acompanhado de pelo menos dois dos seguintes sintomas: febre ou hiperemia conjuntival sem secreção, prurido ou edema articular.³

A paciente refere que viajou para um local do país que conhecidamente o vírus está em circulação e o início dos sintomas ocorreu em período inferior a 15 dias. Independentemente da viagem, quadros compatíveis com a definição de caso suspeito adotada pelo Ministério da Saúde devem ser notificados para Vigilância do município, visto que a coleta do exame confirmatório deve ser realizada nos primeiros cinco dias de sintomas da doença. A vigilância adequada pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde é muito importante na identificação dos casos suspeitos, principalmente em áreas onde a circulação do vírus, ou seja, transmissão autóctone, ainda não esteja bem estabelecida.

Avaliando o caso especificamente, é importante observar que a paciente está em idade fértil, já manifestou desejo de engravidar. Então, precisa ser avaliada em relação a possível gravidez. As orientações importantes para esses casos suspeitos de Zika Vírus são eliminação de depósitos que sirvam de criadouro para o mosquito *Aedes aegypti*, proteção do domicílio, com uso de telas em portas

- e janelas, dormir em ambientes fechados, sempre que possível com ar condicionado ou ventilador, uso de proteção individual (roupas e/ou repelentes). Hidratação. Não utilizar anti-inflamatórios não esteroides. Reavaliação (presencial ou contato por telefone) para conhecimento da evolução do caso em 24/48 horas. Orientação em relação aos sinais de fraqueza muscular associados ao Guillain-Barré.
- b) A possibilidade de reação alérgica é plausível, considerando que a paciente apresenta história prévia de atopias. Entretanto, além do quadro de hiperemia de conjuntiva não pruriginosa, ela refere um quadro constitucional, ainda que brando, associado aos sinais: refere dor articular, cansaço, sensação de febre e cefaleia.
- c) Os adultos normalmente apresentam sorologias para o Parvovírus B19, mas é possível que desenvolvam um quadro oligossintomático. As expressões clínicas incluem eritema infeccioso e normalmente são acompanhadas de sintomas de vias aéreas.⁴
- d) A dermatite atópica é uma doença da pele com períodos de exacerbação e remissão, frequentemente caracterizada por eczemas e liquenificação nas regiões flexurais, quadro mais típico para idade adulta. Frequentemente, a conjuntivite alérgica é pruriginosa.⁵

Resposta: Alternativa A

Referências

1. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Guia médico de enfrentamento ao *Aedes aegypti* para serviços de Atenção Primária à Saúde no Rio Grande do Sul [Internet]. Porto Alegre (RS): UFRGS; 2016. [Citado 7 Mar 2016]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/rscontraeaedes/materiais/protocolo_manual_aedes_medicos_20160128_ver009_link_ift.pdf
2. Centers for Disease Control and Prevention. Zika Virus [internet]. Atlanta (GA): CDC; 2016. [Citado 7 Mar 2016]. Disponível em: www.cdc.gov/zika
3. Brasil. Ministério da Saúde. Febre pelo vírus Zika: uma revisão narrativa sobre a doença [Internet]. Boletim Epidemiológico. 2015;46(26) [Citado 10 Mar 2016]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/26/2015-020-publica---o.pdf>
4. Cakirca M, Karatoprak C, Ugurlu S, Zorlu M, Kıskaç M, Çetin G. Parvovirus B19 infection as a cause of acute myositis in an adult. *Rev Bras Reumatol.* 2015;55(2):185-8. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.rbr.2013.06.005>
5. Castro APM, Solé D, Rosário Filho NA, Jacob CMA, Rizzo MCFV, Fernandes MFM, et al. Guia prático para o manejo da dermatite atópica - opinião conjunta de especialistas em alergologia da Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia e da Sociedade Brasileira de Pediatria. *Rev Bras Alerg Immunopatol.* 2006;29(6):268-82.

Manifesto de Natal - Por uma política afirmativa no recrutamento, formação, provimento, retenção e suporte para as médicas de família em contexto rural e remoto

Natal Manifest - For an affirmative policy in the establishment, recruitment, continuing education and support to the female family doctors in rural and remote contexts

Manifiesto de Natal - Por una política comprometida en la radicación, contratación, formación continuada y apoyo para las médicas de familia em contextos rurales y remotos

Monica Correia Lima. Prefeitura Municipal de Cajati (Vale do Ribeira). Cajati, SP, Brasil. E-mail: monicalima@usp.br
(*Autora correspondente*)

Marcela Cuadrado. Universidad de la Republica del Uruguay (UDELAR). Montevideo, Uruguay. E-mail: marcelacua@gmail.com

Thereza Cristina Gomes Horta. Centro Universitário de Belo Horizonte (UniBH); Associação Beneficente dos Empregados da Cia Sid Belgo Mineira (ABEB). Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: thehorta@gmail.com

Magda Almeida. Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: magnhets@gmail.com

Ariane Pinheiro. Prefeitura Municipal de João Monlevade. João Monlevade, MG, Brasil. E-mail: arianepinheiro@yahoo.com.br

Paula Christianne Gomes G. Souto Maia. Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Cajazeiras, PB, Brasil.
E-mail: pcggsm@gmail.com

Candida Pereira Melo. Secretaria Municipal de Saúde de São Leopoldo. São Leopoldo, RS, Brasil. E-mail: candida.melo@furg.br

Eneline de Andrade Heráclito Gouveia Pessoa. Centro Universitário Cesmac (CESMAC). Maceió, AL, Brasil.
E-mail: eneline.gouveia@gmail.com

Viviane Xavier. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife, PE, Brasil. E-mail: vivianexavier09@gmail.com

Maria Carolina Pereira da Rocha. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: mcarolrocha@hotmail.com

Resumo

O presente documento foi produzido com base na oficina de Gênero sobre o trabalho das Médicas de Família em áreas rurais e remotas, durante o 13º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, de 8 a 12 de julho de 2015. Objetivou o estabelecimento de importantes pressupostos para o recrutamento, formação, provimento, retenção e suporte para o trabalho das médicas de família e comunidade nas mais diversas áreas rurais, rururbanas e remotas do país, em seus mais diversos cenários, devendo servir de base para estudos e formulação de políticas públicas sobre tais aspectos.

Palavras-chave:

Medicina de Família e Comunidade
Identidade de Gênero
Saúde da População Rural
Recursos Humanos em Saúde

Como citar: Lima MC, Cuadrado M, Horta TCG, Almeida M, Pinheiro A, Maia PCGGS, et al. Manifesto de Natal - Por uma política afirmativa no recrutamento, formação, provimento, retenção e suporte para as médicas de família em contexto rural e remoto. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-5. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1247](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1247)

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: 22/11/2015.
Aprovado em: 29/03/2016.

Abstract

This document was produced on the basis of the Gender workshop on the work of female Family Doctors in rural and remote areas, during the 13th Brazilian Congress of Family and Community Medicine, from July 8-12, 2015. It aimed to establish important assumptions for the recruitment, training, provision, and support for the work of female family physicians in the many rural, rururban and remote areas of the country, in its various different scenarios, and should serve as a basis for studies and formulation of public policies on such aspects.

Keywords:

Family Practice
Gender Identity
Rural Health
Health Manpower

Resumen

El presente documento fue producido con base en el taller de Género sobre el trabajo de las Médicas de Familia (Cabecera) en áreas rurales y remotas, durante el 13^o Congreso Brasileño de Medicina de Familia y Comunidad, de 8 a 12 de julio de 2015. Su objetivo es el establecimiento de importantes presuposiciones para el reclutamiento, formación, provisión, fijación y soporte para el trabajo de las médicas de familia y comunidad en las más distintas áreas rurales, rururbanas y remotas del país bajo los más diversos escenarios, debiendo servir de base para estudios y formulación de políticas públicas sobre tales aspectos.

Palabras clave:

Medicina Familiar
y Comunitaria
Identidad de Género
Salud Rural
Recursos Humanos en Salud

Nós, médicas de família do Grupo de Trabalho de Medicina Rural, presentes na oficina de Gênero em Medicina de Família Rural, durante o 13^o Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, de 8 a 12 de julho de 2015, entendemos ser urgente e necessário pensar nas diferenças de gênero no recrutamento, formação, provimento, retenção e suporte para as médicas de família e comunidade nas mais diversas áreas rurais, rururbanas e remotas, assim como em cenários específicos, como assentamentos, comunidades isoladas, quilombos, caiçaras, ciganas, ribeirinhas, indígenas e tantas quantas existirem pela diversidade populacional de tamanho continental como este Brasil possui.

Consubstanciadas por documentos internacionais que afirmam a necessidade de inserir médicas no meio rural tendo em vista suas características peculiares de trabalho que se somam às características dos médicos (sendo então ambos primordiais nesse meio),^{1,2} entendemos que há pouca pesquisa em nível nacional que tipifique a força de trabalho do gênero feminino, servindo como subsídio para a formulação de políticas afirmativas para inserção e manutenção das médicas em campo rural.

Precisamos considerar que o contingente de mulheres nas universidades médicas brasileiras tem aumentado: em 1990, as médicas atuantes nas regiões Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste representavam, respectivamente, 34%, 38%, 25%, 31% e 23% do total. Dez anos depois, houve aumento desse percentual em todas as regiões para 41%, 43%, 35%, 41% e 37%, respectivamente, representando no total 40% da força de trabalho médico no Brasil.³

Dados do Conselho Federal de Medicina (CFM) de 2015 indicam que 39% das médicas ativas atuam fora das capitais dos estados. A região Sul chega a ter 50% das suas médicas inscritas no interior (Tabela 1), enquanto apenas 20% das médicas das regiões Norte e Nordeste moram fora das capitais, apesar de representarem mais de 40% da força de trabalho médico dessas áreas.

Tabela 1. Distribuição das médicas ativas por região e local de inscrição do Conselho Federal de Medicina, 2015*.

	Capital	Interior	Número de Médicas ativas	% médicas	% médicas no interior
CO	8773	3751	12524	41%	30%
N	24625	6804	31429	45%	22%
NE	5981	1484	7465	43%	20%
SU	54849	44415	99264	44%	45%
S	11833	11937	23770	39%	50%

CO: Centro-Oeste; N: Norte; NE: Nordeste; SU: Sudeste; S: Sul. Fonte: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_estadistica. * excluídas as categorias "médicos de outros estados" e "desatualizados" por não indicarem a localização.

Dessa forma, sendo de tamanha urgência, o grupo de trabalho que iniciou suas discussões na oficina de gênero no trabalho das médicas de família em áreas rurais, cujo objetivo geral foi construir em conjunto a base para uma proposta política para a formação, retenção e trabalho de médicas de família e comunidade para as áreas rurais e remotas do país, faz então as seguintes propostas a partir dos objetivos específicos:

- Propor medidas para o aumento de mulheres médicas de família e comunidade em áreas rurais e remotas:
 - Que haja recrutamento de estudantes do sexo feminino provenientes de áreas rurais para a medicina.
 - Que a inserção da aluna de medicina no ambiente rural e remoto seja precoce, de forma sistematizada, em redes de intercâmbio, para que ela possa ter experiências de vivência com projetos de intervenção em vários cenários.
 - Que a discussão sobre as questões de gênero seja presente e consistente na graduação e na pós-graduação, permitindo ir além do caráter reducionista que aprisiona o debate apenas dentro do campo da sexualidade.
 - Que a inserção do residente do primeiro ano (R1) da nova apresentação da residência médica seja também em áreas rurais e remotas em seus diversos cenários e que haja expansão do R3 rurais para todas as residências médicas em medicina de família e comunidade.
 - Que existam políticas municipais/estaduais e federais levando em conta essas diferenças, a fim de que o trabalho em áreas rurais e remotas seja um atrativo para o acadêmico, e não uma ação de última escolha.
 - Que sejam consideradas e avaliadas as expertises de outros países^{4,5} no desenvolvimento de programas de formação para medicina em áreas rurais, executando políticas alicerçadas na melhor evidência existente, sem desconsiderar a necessária contextualização.
- Formular medidas de suporte ao trabalho das médicas de família em áreas rurais e remotas do país:
 - Que, apesar das diferentes modalidades de contratação, seja garantida à mulher a licença maternidade de seis meses, para que não haja redução salarial durante seu afastamento e para que ela possa estar com a sua prole no período recomendado para o aleitamento materno exclusivo.
 - Que haja a flexibilização da carga horária da mulher médica durante períodos de seu ciclo vital em que sua presença é fundamental como mãe e que se estende para além dos seis primeiros meses.
 - Que nesses períodos a mulher também possa contar com a presença do cônjuge por meio de leis que possibilitem, por exemplo, a ampliação da licença parental ou com a licença compartilhada.
 - Que haja flexibilização e adequação de estrutura para a formação continuada da médica de família nessas áreas, bem como uma rede de apoio acadêmico e de trabalho, a fim de que a profissional não permaneça com sensação de isolamento.

- Que haja estrutura para o seu trabalho desde aspectos ligados a transporte, segurança, equipamentos, qualidade da equipe.
- Construir em conjunto propostas para retenção de médicas de família e comunidade em áreas rurais:
 - Que haja equiparação salarial entre o trabalho dos médicos e médicas de família em áreas rurais (onde há discrepância), havendo estabilidade de vínculo, e aplicação de todos os benefícios já garantidos por lei para o trabalho feminino, bem como a construção de políticas afirmativas para execução do trabalho da mulher levando em conta sua dupla e até tripla jornada de trabalho.
 - Que haja a possibilidade de remuneração extra por exercício da medicina fora do seu horário de trabalho.
 - Que seja levada em conta a necessidade de fixar o seu companheiro em termos de trabalho.
 - Que haja estrutura para o suporte de sua família enquanto a mulher médica/mãe cuida da saúde da comunidade, creche, escola de qualidade, opções de lazer.
 - Que a população adscrita do trabalho da médica mulher seja reduzida, levando em conta suas habilidades (já comprovadas por trabalhos que se referem ao perfil da médica mulher).
- Garantir que as médicas de família e comunidade em áreas rurais tenham treinamento de habilidades específico para as áreas onde atuam ou atuarão:
 - Que haja treinamento disponível em horários flexíveis.
 - Que o treinamento possa ser realizado por professoras/preceptoras (sexo feminino).
 - Que haja desenvolvimento adequado de habilidades em áreas importantes para a prática de medicina rural, incluindo emergência, anesthesiologia, habilidades cirúrgicas e obstétricas.
 - Que a educação médica continuada (EMC) seja acessível em seu custo, localização, retaguarda para as crianças (se for o caso) e carga horária. Se possível, realizar EMC durante o horário de trabalho.
 - Que haja programas de retreinamento para mulheres que queiram transitar de seus empregos de meio horário para carga horária completa ou que retornarão ao trabalho após pausa para cuidar dos filhos.
 - Que haja treinamento para habilidades de negociação, administração e liderança.
- Reconhecer a sub-representação das mulheres em posições de tomada de decisão (e em outras posições) e garantir representação equiparada de mulheres e homens em organizações profissionais para médicos de família em áreas rurais.

Enfim, a múltipla função do médico de família em áreas rurais, somada à tripla carga das mulheres médicas, requer que de modo sensível e estratégico haja uma política voltada para essa captação, formação, fixação e educação continuada dessa profissional, a fim de que possa expressar equilíbrio, humanidade, compaixão e amor pela arte da medicina de família em áreas rurais e remotas.

Referências

1. WONCA Working Party on Rural Practice. Políticas para Médicas de Família em Áreas rurais. Monash University School of Rural Health: Traralgon, Vic. (tradução gt de medicina de família rural da SBMFC). 2002. [Citado 18 Jul 2016]. Disponível em: <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnxndG1lZGljaW5hcnVvYWx8Z3g6NDk1NWY3ZWU2YjZiZDMw>
2. Wainer J. Women and rural medical practice: the importance of doing it differently in the 21 st century. WONCA Rural Medical Education Guidebook. WONCA, 2015 [Citado 18 Jul 2016]. Disponível em: <http://www.globalfamilydoctor.com/groups/WorkingParties/RuralPractice/ruralguidebook.aspx>
3. Brasil. Ministério da Saúde/SGTES/DEGERS/CONPROF - conselhos profissionais. [Citado 18 Jul 2016]. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2011/e01.def>
4. Ellsbury KE, Baldwin LM, Johnson KE, Runyan SJ, Hart LG. Gender-related factors in the recruitment of physicians to the rural Northwest. *J Am Board Fam Pract.* 2002;15(5):391-400.
5. Ozolins IZ, Greenwood G, Beilby J. Keeping women doctors in the country. *Rural and Remote Health* 4: 268. (Online) 2004 [Citado 18 Jul 2016]. Disponível em: <http://www.rrh.org.au/articles/showarticlenew.asp?ArticleID=268>

Manifiesto de Natal - Por una política comprometida en la radicación, contratación, formación continuada y apoyo para las médicas de familia em contextos rurales y remotos

Natal Manifest - For an affirmative policy in the establishment, recruitment, continuing education and support to the female family doctors in rural and remote contexts

Manifesto de Natal - Por uma política afirmativa no recrutamento, formação, provimento, retenção e suporte para as médicas de família em contexto rural e remoto

Monica Correia Lima. Prefeitura Municipal de Cajati (Vale do Ribeira). Cajati, SP, Brasil. E-mail: monicalima@usp.br
(Autora correspondiente)

Marcela Cuadrado. Universidad de la Republica del Uruguay (UDELAR). Montevideo, Uruguay. E-mail: marcelacua@gmail.com

Thereza Cristina Gomes Horta. Centro Universitário de Belo Horizonte (UniBH); Associação Beneficente dos Empregados da Cia Sid Belgo Mineira (ABEB). Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: thehorta@gmail.com

Magda Almeida. Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: magnhets@gmail.com

Ariane Pinheiro. Prefeitura Municipal de João Monlevade. João Monlevade, MG, Brasil. E-mail: arianepinheiro@yahoo.com.br

Paula Christianne Gomes G. Souto Maia. Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Cajazeiras, PB, Brasil.
E-mail: pcggs@gmail.com

Candida Pereira Melo. Secretaria Municipal de Saúde de São Leopoldo. São Leopoldo, RS, Brasil. E-mail: candida.melo@furg.br

Eneline de Andrade Heráclito Gouveia Pessoa. Centro Universitário Cesmac (CESMAC). Maceió, AL, Brasil.

E-mail: eneline.gouveia@gmail.com

Viviane Xavier. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife, PE, Brasil. E-mail: vivianexavier09@gmail.com

Maria Carolina Pereira da Rocha. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: mcarolrocha@hotmail.com

Resumen

El presente documento fue producido con base en el taller de Género sobre el trabajo de las Médicas de Familia (Cabecera) en áreas rurales y remotas, durante el 13º Congreso Brasileño de Medicina de Familia y Comunidad, de 8 a 12 de julio de 2015. Su objetivo es el establecimiento de importantes presuposiciones para el reclutamiento, formación, provisión, fijación y soporte para el trabajo de las médicas de familia y comunidad en las más distintas áreas rurales, rururbanas y remotas del país bajo los más diversos escenarios, debiendo servir de base para estudios y formulación de políticas públicas sobre tales aspectos.

Palabras clave:

Medicina Familiar
y Comunitaria
Identidad de Género
Salud Rural
Recursos Humanos en Salud

Cómo citar: Lima MC, Cuadrado M, Horta TCG, Almeida M, Pinheiro A, Maia PCGGS, et al. Manifiesto de Natal - Por una política comprometida en la radicación, contratación, formación continuada y apoyo para las médicas de familia em contextos rurales y remotos. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-5. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1247](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1247)

Financiación:

ninguna declarada.

Aprobación ética:

no aplicable.

Conflicto de intereses:

ninguno declarado.

Procedencia y revisión por pares:

revisado por pares.

Recibido el: 22/11/2015.

Aceptado el: 29/03/2016.

Abstract

This document was produced on the basis of the Gender workshop on the work of female Family Doctors in rural and remote areas, during the 13th Brazilian Congress of Family and Community Medicine, from July 8-12, 2015. It aimed to establish important assumptions for the recruitment, training, provision, and support for the work of female family physicians in the many rural, rururban and remote areas of the country, in its various different scenarios, and should serve as a basis for studies and formulation of public policies on such aspects.

Keywords:

Family Practice
Gender Identity
Rural Health
Health Manpower

Resumo

O presente documento foi produzido com base na oficina de Gênero sobre o trabalho das Médicas de Família em áreas rurais e remotas, durante o 13^o Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, de 8 a 12 de julho de 2015. Objetivou o estabelecimento de importantes pressupostos para o recrutamento, formação, provimento, retenção e suporte para o trabalho das médicas de família e comunidade nas mais diversas áreas rurais, rururbanas e remotas do país, em seus mais diversos cenários, devendo servir de base para estudos e formulação de políticas públicas sobre tais aspectos.

Palavras-chave:

Medicina de Família e Comunidade
Identidade de Gênero
Saúde da População Rural
Recursos Humanos em Saúde

Nosotras, las médicas de familia del Grupo de Trabajo de Medicina Rural, presentes en el taller de Género en Medicina de Familia Rural, durante el 13^o Congreso Brasileño de Medicina de Familia y Comunidad, de 8 a 12 de julio de 2015, entendemos que es urgente y necesario pensar en las diferencias de género en la radicación, formación continuada y en el apoyo para las médicas de familia y comunidad de las más diversas áreas rurales, rururbanas y lejanas; así como de escenarios específicos, como asentamientos, comunidades aisladas, gitanos, personas que viven en la ribera, indígenas y tantas cuantas existan en la enorme población que vive en Brasil.

Existen diferentes documentos internacionales que establecen la necesidad de insertar médicas en las zonas rurales, en vista de sus características peculiares de trabajo, que se añaden a las características de los médicos (siendo médicos de ambos sexos primordiales en este trabajo).^{1,2}

Entendemos que hay poca investigación en nivel nacional que evalúe y afirme el trabajo de la mujer, que sirve como insumo para la formulación de políticas de salud y que apuesten en la inserción y en el mantenimiento de la mujer en el medio rural.

Es necesario considerar que el número de mujeres en las Universidades Médicas Brasileñas ha aumentado. En 1990 las mujeres que trabajaban en el norte, noreste, sur, sureste y medio-oeste representaron respectivamente el 34, 38, 25, 31 y 23 por ciento. Diez años más tarde, se produjo un aumento de ese porcentaje en todas las regiones con el 41, 43, 35, 41 y 37 por ciento, representando el 40% de la plantilla total de los médicos de Brasil.³

Datos del Consejo Federal de Medicina (CFM) de 2015 indican que el 39% de las médicas activas en el País, trabajan fuera de las capitales de los estados. La región sur tiene el 50% de sus médicas trabajando en el interior (Tabla 1). Mientras que sólo el 20% de las médicas de la región norte y noreste viven fuera de las capitales, aunque representen más de 40% de la fuerza de trabajo médico en estas áreas.

Tabla 1. Distribución de médicas activas por región y lugar de inscripción del Consejo Federal de Medicina, 2015*.

	Capital	Interior	Número de Médicas activas	% médicas	% médicas no interior
MO	8773	3751	12524	41%	30%
NE	24625	6804	31429	45%	22%
NO	5981	1484	7465	43%	20%
SE	54849	44415	99264	44%	45%
SU	11833	11937	23770	39%	50%

MO: Medio-oeste; NE: Noreste; NO: Norte; SE: Sureste; SU: Sur. Fuente: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_estadistica. * Excluidos las categorías de "médicos de otros estados" y "desactualizados" por no indicar la ubicación.

De esa forma, siendo de suma urgencia, el grupo de trabajo que inicia discusiones en el taller de género sobre el trabajo de las medicas de familia en áreas rurales, cuyo objetivo general era constituir en conjunto una propuesta política para formación, contratación y trabajo de medicas de familia y comunidad para las áreas rurales del país, realiza las siguientes propuestas a partir de los objetivos que siguen:

- Proponer medidas que lleven al aumento de las mujeres médicas de familia y comunidad en áreas rurales:
 - Que existan condiciones para la formación de los estudiantes de medicina, sobre todo del sexo femenino en áreas rurales.
 - Que la inserción de estudiantes de medicina en el ambiente rural sea precoz, de manera sistematizada, con propuestas que tengan en cuenta proyectos de intervención en varios escenarios.
 - Que la discusión sobre las cuestiones de género sea presente en los estudiantes pregrado y posgrado, posicionando a la mujer en iguales condiciones que el hombre.
 - Que la inserción de los residentes, desde el primer año, se realice en áreas rurales en los diversos escenarios de éstas y que exista un último año de formación opcional en medicina rural.
 - Que existan políticas de salud que apuesten en la formación teniendo en cuenta las diferencias, para que el trabajo, en áreas rurales, sea un atractivo para la formación académica y no un trabajo hecho a causa de una mala elección.
 - Que sean consideradas y evaluadas por expertos de otros países^{4,5} en el desarrollo de programas de formación de médicos en áreas rurales, ejecutando políticas de calidad, sin dejar de lado el contexto donde se desarrolla.
- Formular medidas de soporte del trabajo de las médicas de familia y comunidad en áreas rurales.
 - Que, a pesar de las diferentes modalidades de contratación, sea garantizado a la mujer el permiso de maternidad de seis meses, para que no haya reducción de sueldo durante su puerperio y para que ella pueda estar con su hijo en el período recomendado de lactancia.
 - Que haya flexibilización en la carga horaria de la mujer medica durante el periodo del su ciclo vital en que su presencia es fundamental como madre y que se extiende más allá de los 6 primeros meses de vida de su hijo.
 - Que en ese periodo la mujer pueda contar con la presencia de su cónyuge a través de leyes que posibiliten, por ejemplo, la ampliación de la licencia paternal o como licencia compartida.
 - Que haya flexibilización y adecuación de estructura para la formación continuada de las médicas de familia en esas áreas, al igual que una red de apoyo académico y de trabajo, para que la profesional no sienta la soledad y el aislamiento propio del medio rural.
 - Que haya estructura para su trabajo desde los aspectos relacionados al transporte, la seguridad, el equipamiento y la calidad del equipo.

- Construir en conjunto propuestas para que las médicas de familia y comunidad se radiquen en áreas rurales.
 - Que haya equiparación salarial entre el trabajo de los médicos y médicas de familia en áreas rurales (donde hay discrepancia), encontrando estabilidad de vínculos y la aplicación de todos los beneficios ya establecidos por ley para el trabajo femenino.
 - Que haya posibilidad de remuneración extra por trabajar en la medicina fuera del horario de trabajo.
 - Que se tenga en cuenta la necesidad laboral de su cónyuge.
 - Que haya estructura para el soporte de la familia de la mujer médica y madre, con lugares para la educación de los hijos en etapa preescolar, escuelas primarias de calidad, opciones recreativas para la familia.
 - Que la población adscripta del trabajo de la médica mujer sea reducida, teniendo en cuenta sus habilidades (comprobadas por trabajos referentes al perfil de la médica mujer)

- Garantizar a las médicas de familia y comunidad de áreas rurales que tengan entrenamiento y habilidades específicas para las áreas donde llevan adelante su labor diaria.
 - Que haya entrenamiento disponible en horarios flexibles.
 - Que esta formación tenga como docentes o responsables médicas mujeres de familia y comunidad.
 - Que haya formación adecuada de habilidades importantes en la práctica de la medicina rural, incluyendo emergencia, anestesiología, habilidades quirúrgicas básicas y obstétricas.
 - Que la educación médica continuada (EMC) sea accesible en su costo, ubicación, carga horaria. Realizar EMC durante el horario de trabajo.
 - Que exista la posibilidad de retorno de las mujeres médicas de familia y comunidad luego del permiso de maternidad, con medio horario para llevar adelante el cuidado de sus hijos en el hogar.
 - Que haya entrenamiento para habilidades de negociación, gestión, administración de los servicios de salud y liderazgo.

- Elegir mujeres que sean representantes en lugares de toma de decisiones para garantizar la representación equiparada de las mujeres y de los hombres en organizaciones profesionales para médicos de familia y comunidad en áreas rurales.

Concluimos que las múltiples funciones de las médicas de familia y comunidad en las áreas rurales, añadidas a la múltiple carga de las mujeres médicas, requieren que de modo sensible y estratégico exista una política para la captación, la formación, la radicación y la educación médica continuada de las profesionales, para que puedan desarrollarse como seres humanos capaces de expresar equilibrio, humanidad, compasión y amor por la medicina de familia y comunidad en las áreas rurales.

Referencias

1. WONCA Working Party on Rural Practice. Políticas para Médicas de Família em Áreas rurais. Monash University School of Rural Health: Traralgon, Vic. (tradução gt de medicina de família rural da SBMFC). 2002. [Citado 18 Jul 2016]. Disponível em: <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnxndG1lZGljaW5hcnVvYyYWx8Z3g6NDk1NWY3ZWU2YjZiZDMw>
2. Wainer J. Women and rural medical practice: the importance of doing it differently in the 21 st century. WONCA Rural Medical Education Guidebook. WONCA, 2015 [Citado 18 Jul 2016]. Disponível em: <http://www.globalfamilydoctor.com/groups/WorkingParties/RuralPractice/ruralguidebook.aspx>
3. Brasil. Ministério da Saúde/SGTES/DEGERS/CONPROF - conselhos profissionais. [Citado 18 Jul 2016]. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2011/e01.def>
4. Ellsbury KE, Baldwin LM, Johnson KE, Runyan SJ, Hart LG. Gender-related factors in the recruitment of physicians to the rural Northwest. J Am Board Fam Pract. 2002;15(5):391-400.
5. Ozolins IZ, Greenwood G, Beilby J. Keeping women doctors in the country. Rural and Remote Health 4: 268. (Online) 2004 [Citado 18 Jul 2016]. Disponível em: <http://www.rrh.org.au/articles/showarticlenew.asp?ArticleID=268>

Compaixão e medicina centrada na pessoa: convergências entre o Dalai Lama Tenzin Gyatso e Ian McWhinney

Compassion and patient-centered medicine: convergences between the Dalai Lama Tenzin Gyatso and Ian McWhinney

La compasión y la medicina centrada en la persona: convergencias entre el Dalai Lama Tenzin Gyatso y Ian McWhinney

Leandro David Wenceslau. Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa (UFV). Viçosa, MG, Brasil. leandro.david@ufv.br (*Autor correspondente*)

Eberhart Portocarrero-Gross. Clínica da Família Maria do Socorro Silva e Souza, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. eberhartpg@gmail.com

Marcelo Marcos Piva Demarzo. Centro Brasileiro de Mindfulness e Promoção da Saúde, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal do Estado de São Paulo (UNIFESP). São Paulo, SP, Brasil. demarzo@unifesp.br

Resumo

O método clínico centrado na pessoa (MCCP) é uma proposta de reorientação da prática clínica que identifica um distanciamento, na medicina contemporânea, da experiência subjetiva e qualitativa dos pacientes. Para superar este distanciamento, o MCCP utiliza teorias e técnicas de diversas escolas da psicologia moderna ocidental. Neste trabalho, analisamos possíveis contribuições para o MCCP de uma escola de pensamento oriental, o budismo tibetano, na perspectiva delineada por seu atual líder espiritual, Tenzin Gyatso, o XIV Dalai Lama. Também são utilizados elementos de trabalhos de Ian McWhinney para intermediar e enriquecer esta reflexão, que apresenta como proposição final o desenvolvimento da compaixão como qualidade fundamental para lidar com a dimensão psicossocial do sofrimento humano. O MCCP e a abordagem ética budista plasmada no pensamento do Dalai Lama compartilham um objetivo comum: uma compreensão e um manejo não reducionistas do sofrimento humano. Em ambos os casos, identifica-se a necessidade de reconhecer e valorizar aspectos mentais e emocionais das relações humanas como estratégia para lograr esta abordagem ampliada.

Abstract

The patient-centered clinical method (PCCM) is a proposal of reorienting contemporary medical practice that identifies a distance from the patients' subjective and qualitative experiences. To overcome this gap, the PCCM uses theories and techniques from several schools of modern Western psychology. In this paper, we analyze possible contributions to the PCCM from an Eastern school of thought - Tibetan Buddhism - using the perspective of its current spiritual leader, Tenzin Gyatso, the fourteenth Dalai Lama. Additionally, elements of Ian McWhinney's work mediate and enrich this reflection. The development of compassion is the fundamental quality to manage the psychosocial dimension of human suffering. The PCCM and the Buddhist ethical approach, delineated by the Dalai Lama, share a common goal: understanding and non-reductionist management of human suffering. In both cases, we identify recognition and valuing the mental and emotional aspects of human relations as a strategy to achieve this comprehensive approach.

Palavras-chave:

Filosofia Médica
Ética
Budismo

Keywords:

Philosophy, Medical
Ethics
Buddhism

Como citar: Wenceslau LD, Portocarrero-Gross E, Demarzo MMP. Compaixão e medicina centrada na pessoa: convergências entre o Dalai Lama Tenzin Gyatso e Ian McWhinney. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-10. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1138](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1138)

Fonte de financiamento: declaram não haver.

Parecer CEP: não se aplica.

Conflito de interesses: declaram não haver.

Procedência e revisão por pares: revisado por pares.
Recebido em: 19/05/2015.
Aprovado em: 03/02/2016.

Resumen

El método clínico centrado en la persona (MCCP) es una propuesta de reorientación de la práctica médica que identifica, en la medicina contemporánea, un distanciamiento de la experiencia subjetiva y cualitativa de los pacientes. Para superar esta limitación, el MCCP utiliza teorías y técnicas de diversas escuelas de psicología occidental moderna. En este trabajo, se analizan posibles contribuciones al MCCP de una escuela de pensamiento oriental, el budismo tibetano, en la perspectiva esbozada por su actual líder espiritual, Tenzin Gyatso, el decimocuarto Dalai Lama. También se utilizan elementos de trabajos de Ian McWhinney para mediar y enriquecer esta reflexión que presenta como propuesta final el desarrollo de la compasión como cualidad fundamental para hacer frente a la dimensión psicosocial del sufrimiento humano. El MCCP y el enfoque ético budista delineado por el Dalai Lama comparten un objetivo común: una comprensión y un tratamiento no reduccionista del sufrimiento humano. En ambos casos, se identifica la necesidad de reconocer y valorar los aspectos mentales y emocionales de las relaciones humanas como una estrategia para lograr este enfoque ampliado.

Palabras clave:

Filosofía Médica
Ética
Budismo

Introdução

O método clínico centrado na pessoa (MCCP) é um modelo de orientação da prática clínica desenvolvido e validado por pesquisadores do Departamento de Medicina de Família da Universidade de Western Ontario, no Canadá, entre as décadas de 70 e 80.^{1,2} Foi elaborado com o objetivo de traduzir, em orientações práticas, uma teoria médica que reconhece os avanços obtidos pela incorporação do método científico moderno à Medicina, mas que, ao mesmo tempo, identifica um distanciamiento da prática médica contemporânea da experiência subjetiva de “sofrimento” que emerge das pessoas que classificamos como “doentes”.³ Ainda que sua aplicação não esteja restrita à Medicina de Família e Comunidade (MFC), pesquisadores e práticos desta disciplina reconhecem o MCCP como ferramenta fundamental para uma prática clínica em coerência com os princípios que norteiam a especialidade.^{4,5}

O método clínico baseado no modelo biomédico, hegemonicamente praticado nos tempos contemporâneos, assume como objeto central da medicina a identificação e a intervenção sobre a doença.⁶ Doenças são entendidas como variações biológicas anormais que podem ser medidas e classificadas em grupos cujas características gerais são estipuladas de forma abstrata.⁷ Assim, aspectos psicossociais do processo de adoecimento são considerados periféricos e de pouca relevância clínica.⁸

O MCCP tem como objetivo corrigir esse desequilíbrio, introduzindo na prática clínica ações e ferramentas para lidar com a experiência da pessoa enferma e para convidá-la a atuar como protagonista da construção e da concretização de um plano de manejo de seus problemas.⁹ Para lograr este objetivo, o MCCP, em sua versão mais recente, reúne quatro componentes: explorar a saúde, a doença e a experiência da doença; entender a pessoa como um todo; elaborar um plano conjunto de manejo de problemas; e intensificar o relacionamento entre pessoa e médico.^{1,2,10}

Para operar estes componentes, são sugeridas diversas ferramentas desenvolvidas a partir de referenciais da psicologia moderna, principalmente de escolas da Europa e América do Norte, como a entrevista motivacional, a tomada de decisão compartilhada e informada, a compreensão e uso dos conceitos de transferência e contratransferência advindos da psicanálise, entre outras ferramentas.¹¹⁻¹³

Diálogos entre budismo e medicina de família e comunidade

O diálogo entre elementos teóricos e práticos do budismo e da medicina de família, ainda que não seja um tema frequente, já foi abordado em estudos anteriores. Por exemplo, o conceito de *metta* ou gentileza amorosa é apresentado por Aung¹⁴ como a contribuição essencial do budismo para a atenção primária e

a abordagem centrada na pessoa. Neher e Brown¹⁵ descreveram como alguns princípios pedagógicos do zen budismo podem contribuir com o ensino da medicina de família. Na mesma direção, Garrett et al.¹⁶ propõem um modelo inspirado nos *koans* zens para promover o aprendizado de habilidades psicossociais da medicina de família e comunidade.

Neighbour, no capítulo *Zen and the art of the consultation* de sua obra *The inner consultation*¹⁷, descreve como sentimentos e pensamentos, experimentados pelos profissionais nas consultas médicas, podem ser abordados, em sua complexidade e paradoxalidade, a partir da perspectiva *zen*. Esta perspectiva, segundo Neighbour, inclui três elementos: a meditação, a prática na vida cotidiana e o manejo intuitivo do pensamento “além dos limites do intelecto” (tradução nossa, p. 256).

Por último, destacamos o uso crescente, na atenção primária, de intervenções baseadas em *mindfulness* (IBM)¹⁸ e da terapia de aceitação e compromisso (TAC).¹⁹ Em parte, os fundamentos teóricos e práticos destas intervenções são atribuídos ao budismo. Hayes²⁰ e Fung²¹ argumentam que temas centrais do budismo como a ubiquidade do sofrimento humano, a importância da atenção plena ou *mindfulness* e a promoção de ações emocionalmente positivas possuem paralelos claros com a filosofia e tecnologias da TAC. De forma semelhante, as IBM também são, em parte, derivadas de práticas meditativas budistas, embora, no seu processo de ocidentalização, alguns princípios filosóficos budistas não estejam mais presentes nestas abordagens.²²

Tenzin Gyatso, o décimo quarto Dalai Lama, é o atual líder espiritual do budismo tibetano. Nas últimas décadas, tem desenvolvido uma intensa atividade política e social dirigida à proteção da vida e da cultura do povo tibetano e à promoção universal dos direitos humanos. Gyatso também tem escrito sobre temas filosóficos e éticos e, de forma especial, sobre o diálogo entre ciência e espiritualidade.²³⁻²⁶ Laumakis²⁷ aponta que uma síntese do pensamento filosófico do Dalai Lama pode ser expressa no estabelecimento de pontes entre uma compreensão acurada da realidade e uma ação moralmente engajada no cotidiano.

Na obra selecionada para análise no presente artigo, *Beyond religion: ethics for a whole world*,²⁸ Gyatso procura sintetizar numa perspectiva secular, isto é, independente de aspectos religiosos do budismo, suas contribuições para as principais questões éticas que observa na atualidade. Para isso, são salientados também aspectos considerados fundamentais para uma compreensão adequada da realidade.

Objetivo

Apresentado este cenário, o presente estudo propõe-se a explorar possíveis contribuições de uma escola de pensamento oriental, o budismo tibetano, para o M CCP. Este processo teórico exploratório passa por análise da obra de referência do M CCP, *Patient-centered Medicine*,¹ de *Beyond Religion* e de reflexões de Ian McWhinney, um dos principais teóricos da MFC contemporânea, que participou ativamente da elaboração e de pesquisas em torno do M CCP.²⁹

Método

Este é um estudo filosófico, no formato de uma revisão narrativa da literatura do tipo opinativa,³⁰ em que é adotada a hermenêutica, na forma apresentada por Gadamer,³¹ como aproximação metodológica. Gadamer propôs a hermenêutica como método adequado à tarefa das ciências humanas: encontrar a

verdade que está presente nas humanidades - nas artes, na literatura, na filosofia. Esta verdade, todavia, se difere da certeza procurada nas ciências exatas e da natureza. Trata-se de um modo de verdade que reside em elementos da experiência humana, para os quais não se conhecem parâmetros definitivos ou absolutos, e que está associado ao modo como vivemos, fazemos nossas escolhas e elaboramos sentido para elas. Neste caso, a compreensão, tomada como sinônimo de hermenêutica, não segue etapas rígidas, mas implica um movimento de diálogo com o objeto ou texto em investigação, buscando elucidar e respeitar sua intencionalidade original.

A seguir, serão apresentadas, em seções independentes, uma síntese de elementos de *Patient-Centered Medicine* e *Beyond Religion* identificados como potencialmente úteis para tecer conexões teóricas entre o MCCP e a ética secular proposta por Gyatso. Posteriormente, recorreremos a textos de McWhinney, em que a compaixão, principal qualidade moral que emerge nestas conexões, é abordada como fundamento para uma prática médica centrada nos relacionamentos humanos.

Uma ética secular como horizonte para as relações humanas

O Dalai Lama inicia sua proposta de uma ética secular descrevendo a importância e os benefícios sociais trazidos pelos avanços tecnológicos do século XX. Ao mesmo tempo, aponta graves desafios globais contemporâneos da humanidade: a persistência de profundas desigualdades sociais entre e dentro das nações, as guerras e conflitos armados civis e militares, o impacto dos transtornos mentais na vida moderna, entre outros.

Na raiz desta situação, Gyatso identifica uma excessiva valorização de aspectos externos e materiais da vida e a negligência de aspectos que serão denominados *valores internos*. Por valores internos, entendem-se qualidades que Gyatso considera de apreciação comum pela humanidade como cuidado, zelo, afeição e cordialidade. Tais qualidades podem ser resumidas num princípio fundamental: a compaixão. “A essência da compaixão é um desejo de aliviar o sofrimento dos outros e promover seu bem-estar. Este é o princípio espiritual do qual todos os outros valores positivos emergem”²⁸ (tradução nossa, p. 9).

Traçada esta análise e apresentada a relevância da compaixão, *Beyond Religion* passa a ser dedicado a fundamentar e indicar técnicas comportamentais que possam apoiar no desenvolvimento desta qualidade interior. Para compreender como funcionam estas técnicas, é útil notar que, na psicologia budista, cognição e emoção não são vistos separadamente. Emoções são compreendidas como parte de estados mentais; a mente, por sua vez, não é sinônima de capacidade racional. Toda emoção, prazerosa ou incômoda, benéfica ou prejudicial, integra um *estado mental*, que também inclui também outros elementos psicológicos, como discriminação, volição, atenção, contato e sentimento.

Os estados mentais são ditos prejudiciais quando comprometem o nosso bem-estar a longo prazo, independente de serem, de imediato, prazerosos ou dolorosos. Os estados mentais prejudiciais têm como característica comum uma percepção distorcida da realidade e um obscurecimento de nossa capacidade de discernimento. Por isso, a principal estratégia apontada pelo Dalai Lama para promover estados mentais benéficos, como a compaixão, e evitar estados prejudiciais, como a raiva, o orgulho e o egoísmo, é o cultivo da mente.

O cultivo da mente ou treinamento mental, apresentado por Gyatso, é um conjunto de práticas contemplativas autoinduzidas para promoção de estados mentais benéficos ou positivos. Como destacado por Wallace e Shapiro,³² a psicologia clínica ocidental tem tido como foco principal o diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais, enquanto o budismo, desde sua origem, tem utilizado um foco ampliado que destaca o desenvolvimento de técnicas que favorecem estados mentais de profundo bem-estar.

Gyatso explica que este treinamento pode ser traduzido como uma aplicação disciplinada da mente a objetos ou temas benéficos. No budismo, essa aplicação se apresenta em três níveis: escuta ou aprendizado; reflexão; e experiência contemplativa. A escuta e o aprendizado envolvem o contato com estudos prévios dos temas estabelecidos como foco do treinamento. A reflexão envolve uma análise crítica da validade e utilidade destes estudos prévios, esclarecimento de dúvidas e aprendizados complementares. Na experiência contemplativa, são propostas visualizações, usando recursos imaginativos e de percepção sensorial, que conduzem a mente a se estabilizar naquele estado específico que for alvo do treinamento.

Esclarecida esta base metodológica do cultivo mental, Gyatso propõe como aplicá-la ao treinamento da compaixão. São sugeridos dois temas para análise e contemplação. O primeiro é o reconhecimento de nossa humanidade compartilhada, isto é, a observação reflexiva de fatos e experiências do cotidiano que apontam para o fato de que há uma aspiração humana comum à felicidade e a evitar o sofrimento. O segundo tema toca a interdependência como outra qualidade chave de nossa condição humana. As características sociais e culturais do modo de vida humano indicam que um profundo bem-estar físico e mental não pode ser alcançado isoladamente, mas está diretamente vinculado a que outras pessoas também possam experimentar paz e condições protegidas para o seu desenvolvimento.

Medicina centrada na pessoa e cuidado compassivo

Dos quatro componentes do MCCP, dois, em especial, tocam temas comuns às questões levantadas em *Beyond Religion*: o primeiro e o quarto. Assim como na ética secular desenvolvida por Gyatso, o ponto de partida do MCCP é o reconhecimento de que uma compreensão integral das questões humanas, entre as quais se encontra a saúde, o adoecimento e a cura, deve incluir uma abordagem não apenas do mundo físico ou externo, mas também de nossos pensamentos, sentimentos e emoções.

O primeiro componente do MCCP - explorar a saúde, a doença e a experiência da doença - sinaliza esta direção. Segundo Stewart, a experiência da doença é a “experiência pessoal e subjetiva de quem está doente: os pensamentos, sentimentos e comportamentos alterados de alguém que se sente doente”¹ (p. 36). O profissional médico deve, por meio de técnicas de comunicação verbal e não verbal, explorar estes aspectos do processo de adoecimento de seus pacientes. Ao mesmo tempo, deve manejar recursos para lidar com o sofrimento psíquico e físico a eles associado. “Ser centrado na pessoa requer o equilíbrio entre o subjetivo e o objetivo, um encontro entre mente e corpo”¹(p. 4).

Entre os recursos para lidar com a experiência da doença, são destacadas algumas ferramentas como a entrevista motivacional e a elaboração de narrativas pelos pacientes. No entanto, para além destas possibilidades, é apontado como principal recurso para manejo da experiência da doença o quarto componente, a intensificação da relação médico paciente.

Oferecer reconhecimento, atenção, respeito e parceria emancipatória - traduzidos em afirmações, perguntas, gestos e posturas diante do universo de sentimentos e ideias dos pacientes - é o principal caminho apontado por Stewart para construir uma relação médico-paciente que, em si mesma, seja terapêutica. Uma atitude de cuidado compassivo, cujos núcleos são o reconhecimento do sofrimento do outro e o permanecer integralmente junto a ele nesta experiência, constituem o alicerce da construção do vínculo terapêutico.

Por outro lado, para manifestar esta atitude empática de compreensão e implicação positiva com o sofrimento do outro, o médico deve também manter contato com seu universo subjetivo, com suas próprias emoções, sentimentos e ideias, utilizando-os como suas ferramentas de trabalho, tanto quanto utiliza medicamentos, exames ou procedimentos cirúrgicos.

Para subsidiar este trabalho de autoconsciência - *self-awareness* - e aprimoramento pessoal, Stewart apresenta algumas possibilidades: os grupos Balint, os grupos de família de origem, os grupos de consciência pessoal propostos por Carl Rogers, a leitura de clássicos da literatura sobre trajetórias de adoecimento e a reflexão sobre a experiência pessoal despertada pelo contato com os pacientes.¹

Resumindo, o MCCP enfatiza como constituinte da prática médica uma abordagem terapêutica da experiência de doença dos pacientes. Para isso, estabelece, entre diversas possibilidades afins, a intensificação da relação médico-paciente como recurso fundamental. Essa intensificação se dá pelo fortalecimento de uma atitude de cuidado compassivo dos médicos, cuja base é o desenvolvimento de princípios morais e de sentimentos de reconhecimento e engajamento com o sofrimento pessoal dos pacientes. Para a promoção desta atitude, são apontadas algumas estratégias de autoconhecimento individual, em grupo e exploração da própria experiência cotidiana e de exemplos vindos das artes e humanidades.

O MCCP e a abordagem de Gyatso compartilham um objetivo comum: uma compreensão ampliada do fenômeno do sofrimento físico e psíquico humano. O MCCP tem como foco os processos individuais de adoecimento, enquanto, na ética secular, trata-se de problemas coletivos derivados de questões sociais contemporâneas. Em ambos os casos, identifica-se, como diagnóstico inicial, a necessidade de reconhecer e valorizar aspectos internos e subjetivos da experiência humana. Num segundo momento, também em ambos os trabalhos, encontra-se o desenvolvimento da compaixão como uma possibilidade para lidar com esta dimensão menos física e mais subjetiva do nosso sofrimento comum.

Compaixão e medicina de família

Um aprofundamento dessas conexões pode ser alcançado por meio das reflexões de Ian McWhinney sobre o método clínico centrado na pessoa e sobre a medicina de família. Uma significativa contribuição para a compreensão do papel da compaixão no método clínico centrado na pessoa é desenvolvida por este autor. Para ele, a transformação do método clínico está vinculada a um amplo processo de mudança na Medicina e na atitude de seus praticantes, que exige “uma transformação no que significa ser médico, uma forma diferente de pensar sobre saúde e doença, e uma redefinição do conhecimento médico”³³ (p. 47).

Ao definir a medicina de família (MFC) como disciplina singular, McWhinney aponta, como seu campo, o compromisso irrestrito de cuidado de um médico com um grupo de pessoas.³⁴ Assim, a MFC se define por meio de relações e não por conhecimentos ou técnicas (doenças ou tecnologias de intervenção) como

outras especialidades médicas. Ao se definir por meio de relações, descobre-se a necessidade de novas categorias de valoração do conhecimento e novas formas de pensar.

Para compreender e manejar relacionamentos entre pessoas, não são suficientes as abstrações e generalizações de modelos teóricos explicativos, uma razão instrumental e desengajada, comum no modelo científico moderno. Esta tarefa demanda um saber que surja da experiência concreta e única de cada relação e que, inevitavelmente, engaja intelecto e emoções. Portanto, o reconhecimento e manejo de emoções e sentimentos, de médicos e pacientes, ocupam lugar central na medicina de família. “Quando falamos de relacionamentos, temos de falar das emoções, são as emoções que constroem ou destroem os relacionamentos”³⁵ (tradução nossa, p. 193).

Também fica claro que, para abordar relações, o modelo do corpo humano como máquina desconectada de aspectos da subjetividade (o dualismo mente-corpo) e a separação entre razão e emoção são inadequados. Não estamos lidando com máquinas passivas diante de eventuais necessidades de reparo, mas com organismos que possuem processos de autoorganização e autorregeneração diante de traumas e desequilíbrios.³⁶

Nesta perspectiva, designada por McWhinney como organicista, pode ser aplicada à categoria de cura como o reestabelecimento de um novo estado de equilíbrio pelos organismos. Neste processo, os médicos assumem a tarefa de curadores. “Um curador é alguém que caminha conosco, não nos julgando, mas revelando o que é mais valioso em nós e apontando na direção de um significado para nossa dor interior”³⁷ (tradução nossa, p. 314)

Tanto para lidar com as emoções, sentimentos e humores quanto para exercer o papel de curadores, McWhinney destaca uma habilidade chave: a escuta ativa e atenta dos pacientes. “É escutar não apenas com nossos ouvidos, mas todas as nossas faculdades, especialmente com um coração aberto”³⁸ (tradução nossa, p. 435). Esta habilidade é fundamentada numa qualidade ou estado de atenção, denominado ora como *compaixão*³⁷ ora como *agape*,³⁸ ou amor impessoal não condicional. “Se pudermos atingir este estado de abertura, descobrimos que nossas respostas aos pacientes fluem naturalmente dessa fonte interior”³⁸ (tradução nossa, p. 435).

Contudo, o desenvolvimento desse estado interno compassivo tem um obstáculo principal: nossas emoções negativas.^{33,38} Emoções negativas são estados emocionais egoístas não reconhecidos e não examinados, como medo, desamparo, raiva, culpa, autocentramento, que fazem com que nos afastemos do sofrimento dos outros e vejamos apenas nossas necessidades emocionais. O principal caminho para lidar com as emoções negativas, segundo McWhinney, é o autoconhecimento. “Nosso envolvimento deve estar livre de apegos autocentrados. Para alcançar este envolvimento desapegado, necessitamos de autoconhecimento: inteligência emocional, paz mental”³⁷ (tradução nossa, p. 315).

Conexões mais evidentes entre as considerações de Gyatso e de McWhinney podem, assim, ser estabelecidas. O desenvolvimento da *compaixão* tem papel central, e não apenas adjuvante, para as mudanças pretendidas por ambos em seus campos de análise. Também uma aproximação da *compaixão* e das emoções com tratamentos epistemológicos não dualistas, que partem de categorias mais holistas como “estado mental”, “experiência” e “relações”, que integram corpo, intelecto e emoções, é sugerida nos dois casos. Os dois autores coincidem em apontar emoções negativas, autocentradas, como principal obstáculo para o desenvolvimento da *compaixão*.

A principal diferença se encontra nas propostas de como lidar com essas emoções. McWhinney apresenta a direção do autoconhecimento, do reconhecimento pessoal dessas emoções negativas, e deixa algumas sinalizações, sem muitos detalhamentos, como “paz mental”, “inteligência emocional”, orientações da obra de Balint e a observação individual da prática clínica por um mentor de confiança, como caminhos para este autoconhecimento. Sua análise se aproxima mais da ênfase da psicologia ocidental moderna, que procura estratégias para identificar e retirar de cena as emoções negativas.

Propomos que os apontamentos de Gyatso para desenvolvimento da compaixão sejam vistos como complementares. A ênfase do Dalai Lama é de que esses estados mentais podem ser promovidos também por técnicas comportamentais autoinduzidas que cultivem qualidades positivas, especificamente, a compaixão. Estas técnicas são mais dirigidas a colocar em cena a compaixão do que retirar as emoções autocentradas, ainda que este seja um efeito indireto também alcançado.

Considerações finais

O desenvolvimento de estratégias de manejo dos aspectos psicossociais do profissional de saúde envolvido na relação com o paciente interessa à Medicina contemporânea, sobremaneira como alicerce para um método clínico centrado na pessoa. O presente trabalho buscou ampliar o leque de possibilidades para conduzir este manejo. Apresentamos a fundamentação epistemológica, ética e psicológica de métodos originados no budismo, na forma apresentados pelo Dalai Lama, que podem ser usados com esta finalidade.

Optou-se, em coerência com a abordagem hermenêutica, pela ênfase nas reflexões sobre valores e discursos que subsidiam os métodos, mais do que em descrições detalhadas das técnicas. A convergência entre a abordagem do universo emocional proposta por McWhinney e aquela proposta por Gyatso é um dos resultados particularmente significativos deste estudo. Demonstra a possibilidade de encontro entre tradições culturais distintas na busca por respostas às inquietações humanas diante do sofrimento. Aponta também para um horizonte de inclusão, respeito e pluralidade cultural para tratar de aspectos humanos, e por isso, não normatizáveis, da Medicina: como lidar com as emoções dos pacientes? Dos colegas de trabalho? Como lidar com minhas emoções?

A dificuldade de encontrar respostas únicas para estas questões, muitas vezes, nos afasta do seu debate, seja na formação, seja na pesquisa médica. Voltando-se para essa dificuldade, o presente trabalho procura se situar na agenda proposta por McWhinney,³⁹ em que o desenvolvimento de *insight* e consciência é um dos três tipos de conhecimento médico, tão importante quanto as informações e as habilidades clínicas. Da mesma forma que Russell aponta a relação à filosofia em geral, entendemos que, também para o campo particular do *insight* e da consciência, o mais importante não são as respostas às questões que mobilizam nossa investigação, mas as próprias questões em si, que “alargam nossa concepção do que é possível, enriquecem nossa imaginação intelectual e diminuem a segurança dogmática que fecha a mente à especulação”⁴⁰ (tradução nossa, p. 442).

Se a centralidade da pessoa é uma das características desejada para a Medicina contemporânea, o desenvolvimento da compaixão como uma atitude fundamental deve ocupar lugar importante na formação e na prática médica. Tal desenvolvimento, segundo as teorias que aqui visitamos, está vinculado ao

treinamento de habilidades reflexivas e psicológicas que promovam, especificamente, a atitude compassiva. Adotar esse caminho e investigar seus determinantes, seus pormenores e suas consequências são as próximas tarefas de uma agenda de pesquisa dele derivada.

Referências

1. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centered medicine. Transforming the clinical method. 3rd ed. New York: Radcliffe Publishing; 2014.
2. McWhinney IR. A evolução do método clínico. In: Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IA, McWilliam CL, Freeman TR. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2010. p.35-48.
3. Wilson H. Becoming 'patient-centred': a review. *N Z Fam Pract.* 2008;35(3):164-70.
4. Lopes JMC. Consulta e abordagem centrada na pessoa. In: Gusso G, Lopes JMC, orgs. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed; 2012. p.113-23.
5. Castro RCL. Evidências dos benefícios da medicina centrada na pessoa. In: SBMFC, Augusto DK, Umpierre RN, orgs. PROMEF: Programa de atualização em medicina de família e comunidade. Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2013. p.9-50.
6. Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Ann Fam Med.* 2004;2(6):576-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.1370/afm.245>
7. Camargo Júnior KR. O paradigma clínico-epidemiológico ou biomédico. *Rev Bras Hist Ciên.* 2013;6(2):183-95.
8. Guedes CR, Nogueira MI, Camargo Júnior KR. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006;11(4):1093-103. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000400030>
9. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ.* 2001;322(7284):468-72. PMID: 11222423 DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.322.7284.468>
10. Stewart M. Reflections on the doctor-patient relationship: from evidence and experience. *Br J Gen Pract.* 2005;55(519):793-801.
11. Novack DH, Suchman AL, Clark W, Epstein RM, Najberg E, Kaplan C. Calibrating the physician. Personal awareness and effective patient care. Working Group on Promoting Physician Personal Awareness, American Academy on Physician and Patient. *JAMA.* 1997;278(6):502-9. PMID: 9256226 DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1997.03550060078040>
12. Churchill LR, Schenck D. Healing skills for medical practice. *Ann Intern Med.* 2008;149(10):720-4. PMID: 19017590 DOI: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-149-10-200811180-00006>
13. Judd F, Weissman M, Davis J, Hodgins G, Piterman L. Interpersonal counselling in general practice. *Aust Fam Physician.* 2004;33(5):332-7. PMID: 15227863
14. Aung SK. Loving kindness: the essential Buddhist contribution to primary care. *Hum Health Care Int.* 1996;12(2):E12.
15. Neher JO, Brown N. Teaching tips for clinical faculty from the Zen tradition. *Fam Med.* 1997;29(7):513-6. PMID: 9232415
16. Garrett RE, Klinkman M, Post L. If you meet Buddha on the road, take a genogram: Zen and the art of family medicine. *Fam Med.* 1987;19(3):225-6.
17. Neighbour R. The inner consultation: how to develop an effective and intuitive consulting style. 2nd ed. Oxford: Radcliffe Medical Press; 2004.
18. Goyal M, Singh S, Sibinga EM, Gould NF, Rowland-Seymour A, Sharma R, et al. Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2014;174(3):357-68. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.13018>
19. Ost LG. The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: an updated systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther.* 2014;61:105-21. PMID: 25193001 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.018>

20. Hayes SC. Buddhism and acceptance and commitment therapy. *Cogn Behav Pract*. 2002;9(1):58-66. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S1077-7229\(02\)80041-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80041-4)
21. Fung K. Acceptance and Commitment Therapy: Western adoption of Buddhist tenets? *Transcult Psychiatry*. 2015;52(4):561-76.
22. Samuel G. The contemporary mindfulness movement and the question of nonself. *Transcult Psychiatry*. 2015;52(4):485-500. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1363461514562061>
23. Bhattacharjee Y. Neuroscience. Neuroscientists welcome Dalai Lama with mostly open arms. *Science*. 2005;310(5751):1104. PMID: 16293731 DOI: <http://dx.doi.org/10.1126/science.310.5751.1104>
24. Gyatso T. The contribution of the Tibetan Medical System to global health. *Forsch Komplementmed*. 2006;13 Suppl 1:VI. DOI: <http://dx.doi.org/10.1159/000090995>
25. Knight J. Religion and science: Buddhism on the brain. *Nature*. 2004;432(7018):670. PMID: 15592378 DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/432670a>
26. Dalai Lama. *The universe in a single atom: The convergence of science and spirituality*. New York: Harmony; 2006.
27. Laumakis SJ. *An introduction to Buddhist philosophy*. Cambridge University Press: New York; 2008.
28. Dalai Lama. *Beyond Religion: ethics for a whole world*. London: Rider; 2011.
29. Scherger JE. Remembering Ian McWhinney. *Fam Med*. 2013;45(8):539-40.
30. Green BN, Johnson CD, Adams A. Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *J Chiropr Med*. 2006;5(3):101-17. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0899-3467\(07\)60142-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0899-3467(07)60142-6)
31. Gadamer HG. *Verdade e método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. 9a ed. Petrópolis: Vozes; 2008.
32. Wallace BA, Shapiro SL. Mental balance and well-being: building bridges between Buddhism and Western psychology. *Am Psychol*. 2006;61(7):690-701. PMID: 17032069 DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.61.7.690>
33. McWhinney IR. A evolução do método clínico. In: Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IA, McWilliam CL, Freeman TR. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2010. p.35-48.
34. McWhinney IR, Freeman T. *A textbook of family medicine*. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2009.
35. McWhinney IR. The importance of being different. Part 1: The marginal status of family medicine. *Can Fam Physician*. 1997;43:193-5.
36. McWhinney IR. The importance of being different. Part 2: Transcending the mind-body fault line. *Can Fam Physician*. 1997;43:404-6.
37. McWhinney IR. Being a general practitioner: what it means. *Prim Care*. 2001;1:309-16.
38. McWhinney IR. William Pickles Lecture 1996. The importance of being different. *Br J Gen Pract*. 1996;46(408):433-6.
39. McWhinney IR. Family medicine in perspective. *N Engl J Med*. 1975;293(4):176-81. DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM197507242930405>
40. Berkeley JS. Towards a philosophy of family medicine. *J R Coll Gen Pract*. 1983;33(252):442-4. PMID: 6887115

e-Health and Primary Care in Brazil: concepts, correlations and trends

e-Saúde e Atenção Primária no Brasil: conceitos, correlações e tendências

e-Salud y Atención Primaria en Brasil: conceptos, tendencias y correlaciones

Gustavo de Araújo Porto Landsberg. Centro de Inovação Unimed-BH. Belo Horizonte, MG, Brasil. landsberg@primaria.life
(Corresponding author)

Abstract

Objective: This paper aims to discuss e-Health and Primary Care concepts and correlations, considering current context of healthcare and health information technology in Brazil. **Methods:** Conceptual literature regarding to Primary Care and health information technology was selected and discussed. **Results:** Brazilian public health system has delivered cost-effective primary care over the last 20 years and recently a similar movement is being observed at private sector. Additionally, there is an expanding adoption of health information technology, which resources can be used to develop all core attributes of Primary Care. **Conclusions:** The e-Health utilization in Primary Care has potential to improve health and reduce costs. A clear specific national policy, broad discussion over current regulation and a closer relationship between health professionals and information technology developers are needed to offer cost-effective e-Health aligned to Primary Care attributes.

Keywords:

Primary Health Care
Telemedicine
Medical Informatics
Electronic Health Records
Mobile Applications

Resumo

Objetivo: Este artigo tem como objetivo discutir os conceitos de e-Saúde e Atenção Primária à Saúde (APS) e suas correlações, considerando o contexto atual da tecnologia da informação para saúde e da assistência à saúde no Brasil. **Métodos:** Literatura conceitual sobre a APS e tecnologia da informação para saúde foi selecionada e discutida. **Resultados:** O sistema público de saúde (SUS) tem entregue uma Atenção Primária custo-efetiva nos últimos 20 anos e, recentemente, um movimento semelhante está sendo observado no setor privado. Além disso, há uma crescente adoção de tecnologia da informação na saúde, cujos recursos podem ser usados para desenvolver todos os atributos essenciais da APS. **Conclusões:** A utilização da e-Saúde na APS tem potencial para melhorar a saúde e reduzir os custos. Uma política nacional clara e específica, um amplo debate sobre a regulamentação atual e uma relação mais estreita entre os profissionais de saúde e desenvolvedores de tecnologia da informação são necessários para oferecer e-Saúde custo-eficaz alinhada com atributos essenciais da atenção primária.

Palavras-chave:

Atenção Primária à Saúde
Telemedicina
Informática Médica
Registros Eletrônicos
de Saúde
Aplicativos Móveis

Resumen

Objetivo: Este artículo tiene el objetivo de discutir los conceptos de Atención Primaria de Salud (APS) y e-Salud y sus correlaciones, considerando el contexto de la tecnología de la información para salud y de la asistencia a salud en Brasil. **Métodos:** Literatura conceptual acerca de la tecnología de la Información para la Salud y Atención Primaria de Salud fue seleccionada y discutida. **Resultados:** El sistema público de salud brasileño (SUS) ha ofertado Atención Primaria costo-efectiva en los últimos 20 años y ahora se observa un movimiento similar en el sector privado. Además, la creciente adopción de la tecnología de la información para la salud, cuyos recursos pueden ser utilizados para desarrollar todos los atributos esenciales de la Atención Primaria. **Conclusiones:** El uso de la e-Salud en la Atención Primaria potencial para mejorar la salud y reducir costes. Una política nacional clara y específica, un amplio debate sobre la regulación y una estrecha relación entre profesionales de salud y desarrolladores de tecnología de la información se requieren para ofrecer eSalud eficaz y en línea a los atributos esenciales de la Atención Primaria.

Palabras clave:

Atención Primaria de Salud
Telemedicina
Informática Médica
Registros Electrónicos
de Salud
Aplicaciones Móviles

Funding:

none declared.

Ethical approval:

not necessary.

Conflicto de intereses:

none declared.

Provenance and peer review:

externally reviewed.

Received: 27/10/2015.

Accepted: 25/04/2016.

Cite as: Landsberg GAP. e-Health and Primary Care in Brazil: concepts, correlations and trends. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-9. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1234](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1234)

Introduction

Primary Health Care

Primary Care is the “level of a health service system that provides entry into the system for all new needs and problems, provides person-focused (not disease-oriented) care over time, provides care for all but very uncommon or unusual conditions, and co-ordinates or integrates care provided elsewhere by others”.¹

Primary Care has been recognized as a basis for an efficient health system, regardless of the country’s development stage. Current evidence clearly shows that nations with strengthened primary care have better health indicators.^{2,3}

It has been 20 years since Brazilian’s Ministry of Health launched the Family Health Program (1994) as a plan to provide Primary Health Care in the context of the National Health System - known as *Sistema Único de Saúde* (SUS). Since then, the program “has grown in a progressive and sustainable way, bringing back Primary Care and Family Medicine to the center of discussions on public health”. With increasing coverage over the national territory, Family Health Program is now called “Family Health Strategy” and reaches more than 50% of population.⁴

Several studies were published evaluating Family Health Strategy’s performance and its impact on health indicators, with remarkable results. The current evidence supports that improving core attributes of primary care results in fewer hospitalizations, less visits for the same health problem, fewer complementary tests, improved preventive services, higher adherence to treatments, higher patient satisfaction and better health indicators, such as child mortality, cardiovascular mortality and many others.^{5,6} The Ministry of Health, however, still faces the challenge of taking Primary Care to 38% of the population who is still without access.⁷

Despite all the benefits demonstrated by international literature and by Brazilian public Family Health Strategy, the same position was not adopted in the private health sector. Recently, a new shift towards Primary Care in the private sector has been observed, with isolated initiatives yet not representing the mainstream of healthcare. Foreign capital is also arriving to healthcare business in the country, with potential to change vectors of force.⁸⁻¹²

e-Health

World Health Organization defines e-Health as “the cost-effective and secure use of information and communication technologies in support of health and health-related fields, including health-care services, health surveillance, health literature, and health education”.¹³

It’s been 10 years since the WHA58.28 World Health Organization resolution, which set an international policy on e-Health and stressed the “potential impact that advances in information and communication technologies could have on healthcare delivery, public health, research and health-related activities for the benefit of both low- and high-income countries”. In the year before, Brazilian Ministry of Health had published a visionary document establishing a national strategy on health information technology.¹⁴

Despite of the great advance in information technology, causing in deep changes in human behavior, its applications in healthcare are still not widely available. Some successful examples were reported, but medical practice in Brazil remains practically unaffected and useful resources are still not being used.¹⁵

Enhancing Primary Care with e-Health

Primary Care Core Attributes

Primary Care's concept can be better understood by its four core attributes: first-contact access, longitudinality, comprehensiveness and care coordination.

1. First-contact access

The first contact is important feature for proper development of Primary Care. It is based on the idea that there should be a place or specific provider of health care, acting as a point of input to the system. People should first seek this provider whenever they feel sick.

Generically, facilitated access to health services improves continuity of the relationship between the health professional and the person seeking care, and how much easier the person's access to primary care, the greater the potential to reduce preventable diseases and avoid unnecessary expenses.

2. Longitudinality of care

The very essence of longitudinality is a personal relationship established between the patient and his doctor or the health professional team. Such relationship, developed through the years, helps increase the understanding of the individual context, his health condition and his unique perception on health and sickness. This knowledge improves doctor's clinical judgment and help them making more efficient actions. Longitudinally is associated to greater patient satisfaction and a reduction on hospitalizations and care costs.

3. Comprehensive care

Comprehensiveness may be understood as (A) a set of the needs of health programs and services that a given patient requires; or (B) a feature of the organization of services, aimed at health promotion, disease prevention, cure and rehabilitation as well. To provide a comprehensive care means to be able to manage a broad range of people's health needs.

4. Coordinated care

Coordination of care is related to the availability of information about the person, its history, its problems, the actions taken and the resources available - provided by information systems and information transmission and communication mechanisms. It is also the effective use of such information, possibility the easy obtaining them by means records readily available for recognition of prior information by referral mechanisms and written recommendations to patients about their problems of health and the services provided.¹⁶

e-Health resources

There's no formal criteria to classify e-Health resources, but many branches are known and already operating: electronic health records (EHR), telemedicine, telemonitoring, decision support systems, electronic prescribing tools, internet-based services, mobile health and others. All those resources may help health professionals and managers to reinforce the core principles of Primary Health Care. Further discussion is needed to propose a classification for e-health resources and a common vocabulary is crucial to evaluate those resources and its potential benefits or risks to patients. Nevertheless, there are several MeSH terms that can be used to search for evidence in literature (Table 1).

Table 1. Some e-Health related MeSH Terms.

Electronic Health Records
Telemedicine
Decision Support Systems, Clinical
Electronic Prescribing
Online Systems
Mobile Applications
Remote Sensing Technology
Health Records, Personal
Geographic Information Systems
Videoconferencing
Remind Systems
Social Media

Source: MeSH database, 2015.

“e-Primary Care”

E-Health resources (Table 2) can support the four core attributes of Primary Care (Table 1).¹⁷

Table 2. Core attributes of Primary Health Care and related e-Health resources.

Primary Care Attribute	e-Health resource
First-contact access	EHR (POMR/ICPC-2) Chat tools Online appointments Appointment reminders Telehealth ePrescription
Longitudinality	EHR (POMR/ICPC-2) Predictive Big Data Personal health record Telemonitoring
Compreensiveness	EHR (POMR/ICPC-2) mHealth Social media Gamification Decision support tools Prevention apps Predictive Big Data Health program apps Telehealth Geographic Information Systems
Coordinated care	EHR (POMR/ICPC-2) Telehealth Personal health record

Source: Landsberg, 2014. EHR: electronical medical record; POMR: problem oriented medical record; ICPC-2: international classification of primary care.

First-contact access can be enhanced by many e-Health resources. Chat tools can improve access to health services, connecting patients to doctors and nurses. Online scheduling systems can make consultations easier to schedule. Electronic reminders may reduce missing appointments and if less visits are missed, then more time is available and first-contact access is facilitated. E-prescription processes may reduce same-day appointments, eventually taking from office chronic patients, when they feel good and only need to renew their prescriptions, in a merely administrative consultation. In some place in Brazil, administrative activity represents almost 20% of all visits. Taking it off from the pipeline of the family physician may save some precious time. Using Problem Oriented Medical Records (POMR) may have the same effect, because helps doctors to spend less time recording data into EHR. Those are some examples of how technology can enhance first-contact access.

Long term care is benefited by technology as well. Caring for a patient over a large period of time generates large amounts of information, which is useless unless you can reach it. Primary care doctors “manages simultaneously both acute and chronic health problems of individual patients. They also deal with illness which presents in an undifferentiated way at an early stage in its development, which may require urgent intervention”.¹⁸ That’s why having a powerful EHR is so important - it delivers to doctor information they can use to make better decisions about one’s health.

Comprehensiveness of care may also be improved with information technology. Many mobile apps available can be used to offer a different range of health services and provide preventive care. Diabetic patients, for example, can count on many mobile apps with different purposes: diet control, glycemic tracking, insulin application site manager, and hints for caring at diabetic feet, diabetic social communities and many others. Using applications with gamification tools may support rehabilitation and lifestyle modification. Mobile surveys may help detect and deal with individual’s needs. Predictive big data may provide new ways of detecting patients at risk and allow opportune interventions. Clinical decision support and digital health programs may increase compliance to guidelines, by doctors and patients. Telehealth services may increase access to secondary care, increasing Primary Care resolutivity. Geographic information provided by mobile apps may help health operators to find new ways of dealing with community demand and planning provision of comprehensive care.

Finally, coordinated care may be the most benefited attribute of Primary Care, since it is highly related to information management. Interoperable EHR’s can be the great sponsors of a coordinated care, dealing with health information coming from multiple sources and delivering it to care providers in an efficient way. Telehealth services, telemonitoring systems and remote wearable sensors will create new medical information that can be integrated do health records, increasing professionals, increasing professionals access to patient’s health information.

International Classification of Primary Care

The second version of the International Classification of Primary Care (ICPC-2) is part of the World Health Organization (WHO) classification family. It “classifies patient data and clinical activity in the domains of General/Family Practice and primary care, taking into account the frequency distribution of problems seen in these domains”. There is, it was designed not only to classify health problems and general health care interventions often seen in this context but also to organize content in Primary Care domain.¹⁹

Therefore, any information technology system designed for the Primary Care setting, whether an EHR or other, should use ICPC-2. It is the classification system most appropriate for this level of care and provides a simple and effective method to record: (1) the reasons why patients seek medical attention (2) the most frequent diagnoses presented (3) what are the resultant procedures recommended by the professionals for that problem.¹⁹

ICPC-2 is ideally used on an episode of care structure, defined as “all services provided to a patient with a medical problem within a specific period of time across a continuum of care in an integrated health care system”. Therefore, an episode of care may be represented by one or more consultations, and sometimes may never end (like in some chronic diseases, such as diabetes or hypertension).²⁰

The registration of clinical information using ICPC brings many benefits - especially for the care coordination. It makes possible to represent properly the most common problems observed in the Primary Care setting. It also presents clinical data in way that other health professionals (like nurses and nutritionists) can easily access and understand.

The episode of care model also allows linking together all consultations, tests and referrals related to a specific health problem. Therefore, it makes possible to make a full analysis of all costs related to a specific health problem over a defined period. This creates opportunity for new models of costs calculation and payment policies.^{21,22}

Additionally, the ICPC logic of patient-centeredness and representation of the most common problems in primary care can be used in other systems beyond the EHR, such as health applications, personal health records, teleconsulting systems or even medical content websites for the general population - since the classification covers the symptoms and health problems most frequently observed in the primary health care scenario.

Trends in Brazil

Brazilian Primary Care faces an peculiar situation: around 40 million people pay for a private health plan - with restricted or no access to Primary Care. New models are being tested and some initiatives are underway, but still do not represent mainstream. Foreign capital is being invested on healthcare business, coming from countries where the figure of the family doctor/general practitioner is more widespread and health technology is in a more developed stage.^{10,23}

Additionally, investment in e-Health is increasing all over the world and Brazil is considered a strong potential market, since it has good information and telecommunication infrastructure and the health information technology sector is at an early stage. Therefore, much technology may be incorporated to the health sector and to Primary Care over the next years, as is being observed in developed countries.²⁴⁻²⁶ Health IT sector has traditionally focused on hospital medical records, driven by payment systems, and may be not prepared to attend Primary Care needs. There are gaps in current EHR functionalities and enhancements are needed to better support primary care.²⁷

There is also a large discussion whether HER in fact help doctors or increase burden of work. Literature has shown that HER adoption has led to advances in terms of documenting patient data and improving prescriptions, however most of the systems fail to capture clinical data in a structured way - the

most appropriate to measure indicators and help improve care delivery. There are also challenges regarding sharing data and providing decision support during patient care, or allowing population health monitoring or management.²⁸ The current scenario, therefore, offers large opportunities for EHR improvements, since in about half of the offices in Brazil doctors are still using paper-based health record.²⁴

Moreover, medical information has outreached the EHR and there are new technological resources to be considered - like mobile health. There are more than 100,000 health apps available and the number is constantly growing. These applications may bring huge benefits to public health by (A) improving the quality of care and reducing medical errors, (B) monitoring chronic conditions and reducing spending with physician office visits and hospitalizations, and (C) broadening access to care, specially in less developed countries. There are some mobile health initiatives reported in Brazil, specially for health surveys, surveillance, patient records and monitoring.²⁹⁻³¹

Telemedicine services also meet expanding but the sector is heavily regulated and Brazilian law restricts a broader use of technology. Although teleconsultation can help overcome physical barriers in the access to health care, straight patient-doctor teleconsultations are not allowed in the country - only mediated by another health professional.³²

Conclusion

Brazilian Health system will probably face some changes over the next years: increasing e-Health utilization and a expansion of Primary Care, specially in private sector. This may bring deep changes in the way healthcare will be delivered - raising concerns about how it will affect patients and professionals.

Great opportunities are available for health plan operators and government health managers to reduce their costs by improving health of their beneficiaries. Investing in safe and cost-effective e-Health connected to Primary Health Care is an obvious path to reach that.

In other to face challenges and take advantages from the use of eHealth in Primary Care, an updated clear national policy on Health information Technology for Primary Care, a more interactive relationship between Primary Care professionals and health IT developers and a broad discussion over current regulation rules for telemedicine are needed.

References

1. Starfield B. Primary Care: balancing health needs, services and technology. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1998. p.8-9.
2. World Health Organization. Report of the International Conference on Primary Care. Alma-Ata, USSR, 6-12 September. Geneva: World Health Organization; 1978.
3. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457-502. PMID: 16202000 DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>
4. Sampaio LFR, Mendonça CS, Lerner Junior N. Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: Gusso G, Lopes JMC, Org. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade.* 1a ed. Porto Alegre: Artmed; 2012. p.29-39.
5. Harris M. Integrating primary care and public health: learning from the Brazilian way. *London J Prim Care (Abingdon).* 2012;4(2):126-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/17571472.2012.11493350>
6. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ.* 2014;349:g4014. PMID: 24994807 DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g4014>

7. Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy--delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med*. 2015;372(23):2177-81. DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp1501140>
8. Unimed Belo Horizonte [website on internet]. Unimed Pleno. [accessed 2014 Dec 22]. Available from: http://www.portal.unimedbh.com.br/wps/portal/inicio/home/planos/planos_para_sua_empresa/unimed_pleno
9. Fundação Unimed [website on internet]. Pós-graduação em Atenção Primária à Saúde. [accessed 2014 Dec 22]. Available from: <http://www.fundacaounimed.org.br/pos-graduacao/medicina-saude/atencao-primaria-a-saude/Paginas/default.aspx>
10. Jornal O Dia [homepage on internet]. Planos de saúde adotam sistema de medicina familiar [accessed 2014 Dec 22]. Available from: <http://odia.ig.com.br/noticia/economia/2014-07-29/planos-de-saude-adotam-sistema-de-medicina-familiar.html>
11. Carneiro Junior N, Nascimento VB, Costa IMC. Relação entre Público e Privado na Atenção Primária à Saúde: considerações preliminares. *Saúde Soc*. 2011;20(4):971-9.
12. G1 Notícias. [website on internet]. Americana United Health compra Amil por 6,49 bilhões. [accessed 2014 Dec 22]. Available from: <http://g1.globo.com/economia/negocios/noticia/2012/10/americana-unitedhealth-compra-amil-por-r-649-bilhoes.html>
13. World Health Organization. Resolution WHA58.28. eHealth. Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 16-25 May 2005. Annex. Resolutions and decisions [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2005 (WHA58/2005/REC/1). [accessed 2014 Dec 22]. Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/english/A58_2005_REC1-en.pdf
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde: proposta versão 2.0 (Inclui deliberações da 12a. Conferência Nacional de Saúde). Brasília; 2004. [accessed 2014 Dec 22]. Available from: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Politica_Informacao_Saude.pdf
15. Alkmim MB, Figueira RM, Marcolino MS, Cardoso CS, Pena de Abreu M, Cunha LR, et al. Improving patient access to specialized health care: the Telehealth Network of Minas Gerais, Brazil. *Bull World Health Organ*. 2012;90(5):373-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.11.099408>
16. Landsberg G, Siqueira IOC, Pereira RPA. Primária: o essencial da atenção primária à saúde. Caratinga: FUNEC, 2012. 186p.
17. Landsberg G, Ianelli MR, Brioschi JA, Cardoso AMJ, Saleme CS. Oportunidades e Desafios Relacionados ao Telemonitoramento: Um Relato de Experiência. In: XIV Congresso Brasileiro de Informática em Saúde, 2014. São Paulo: CBIS; 2014.
18. Evans P. The European Definition of General Practice/Family Medicine. London: Wonca Europe; 2002.
19. World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2) - Comitê Internacional de Classificação da WONCA. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2009.
20. Gusso G; Landsberg G, Pinto CMF. Prontuário eletrônico e uso de sistema de classificação na Atenção Primária à Saúde. In: Gusso G, Lopes JMC, Org. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 1ed. Porto Alegre: Artmed; 2012. p.337-45.
21. Medical Dictionary for the Health Professions and Nursing. S.v. "episode of care." [internet homepage] [accessed 2014 Dec 20]. Available from: <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/episode+of+care>
22. Hussey P, Sorbero M, Mehrotra A, Liu H, Damberg C. Using Episodes of Care as a Basis for Performance Measurement and Payment: Moving from Concept to Practice. *Health Aff (Millwood)*. 2009;28(5):1406-17. DOI: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.28.5.1406>
23. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97. PMID: 21561655 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
24. CETIC [website on internet]. Pesquisa TIC Saúde [accessed 2014 Dec 22]. Available from: <http://www.cetic.br/pesquisa/saude/>
25. U.S. Department of Commerce [website on internet], 2015 [accessed 2016 Jan 14]. Available from: http://trade.gov/topmarkets/pdf/Health_IT_Top_Markets_Report.pdf
26. Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty M, Rasmussen P, Pierson R, et al. A survey of primary care doctors in ten countries shows progress in use of health information technology, less in other areas. *Health Aff (Millwood)*. 2012;31(12):2805-16. DOI: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2012.0884>

27. Krist AH, Beasley JW, Crosson JC, Kibbe DC, Klinkman MS, Lehmann CU, et al. Electronic health record functionality needed to better support primary care. *J Am Med Inform Assoc.* 2014;21(5):764-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/amiajnl-2013-002229>
28. Phillips RL Jr, Bazemore AW, DeVoe JE, Weida TJ, Krist AH, Dulin MF, et al. A Family Medicine Health Technology Strategy for Achieving the Triple Aim for US Health Care. *Fam Med.* 2015;47(8):628-35.
29. Cortez NG, Cohen IG, Kesselheim AS. FDA regulation of mobile health technologies. *N Engl J Med.* 2014;371(4):372-9. PMID: 25054722 DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMhle1403384>
30. Kahn JG, Yang JS, Kahn JS. 'Mobile' health needs and opportunities in developing countries. *Health Aff (Millwood).* 2010;29(2):252-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0965>
31. Iwaya LH, Gomes MA, Simplicio MA, Carvalho TC, Dominicini CK, Sakuragui RR, et al. Mobile health in emerging countries: a survey of research initiatives in Brazil. *Int J Med Inform.* 2013;82(5):283-98. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2013.01.003>
32. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução no 1931, de 24 de setembro de 2009. Aprova o código de ética médica. *D Of União.* 24 set 2009;(183, seção I):90-2. Retificações em: *D Of União.* 13 out 2009;(195, seção I):173. [accessed 2016 May 24]. Available from: www.in.gov.br

Abordagem Familiar: aplicação de ferramentas a uma família do município de Montes Claros/MG

Family Approach: application of tools in a family from Montes Claros/MG

Abordaje Familiar: aplicación de herramientas para una familia do Municipio de Montes Claros/MG

Anne Raissa Souza Dias Brante. Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Montes Claros, MG, Brasil.
anneraiissa@bol.com.br (*Autora correspondente*)

Danuse Silveira Martins. Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Montes Claros, MG, Brasil. dannyteclas@hotmail.com

Fabrcia Maria Visu Neves. Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Montes Claros, MG, Brasil.
fabricia.visu@yahoo.com.br

Janette Caldeira Fonseca. Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Montes Claros, MG, Brasil.
janettecaldeirafonseca@yahoo.com.br

Julimary Larissa Mendes Ottoni. Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Montes Claros, MG, Brasil.
julyottoni@yahoo.com.br

Renata Francine Rodrigues de Oliveira. Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Montes Claros, MG, Brasil.
renatafrancine@gmail.com

Resumo

Introdução: As ferramentas de abordagem familiar assumem caráter essencial na Atenção Primária à Saúde e são referenciadas como úteis e assertivas no trabalho com famílias. **Objetivo:** Realizar intervenção num domicílio da abrangência da ESF São Geraldo, Montes Claros/MG, a partir das ferramentas de abordagem familiar. **Métodos:** Foi realizada revisão de literatura na Biblioteca Virtual em Saúde, bem como em livros acerca da temática em questão. Posteriormente foram realizados oito encontros com a família para aplicação das seguintes ferramentas de abordagem familiar: Genograma, Ciclos de Vida, FIRO, PRACTICE e Conferência Familiar. **Resultados:** Percepção da dinâmica familiar para esclarecimento das situações de conflito que interferem nas condições de saúde de alguns de seus membros, estabelecimento de acordos com a família no sentido de melhorar a qualidade de vida da família em estudo. **Conclusão:** A abordagem familiar possibilitou maior proximidade entre equipe de saúde e usuários do serviço, compreendendo as questões emocionais que interferem negativamente no quadro clínico do paciente índice e seus familiares. Foi possível também iniciar um trabalho com foco na mudança dos comportamentos disfuncionais da família.

Palavras-chave:

Relações Familiares
Estratégia de Saúde da Família
Atenção Primária à Saúde
Equipe Interdisciplinar de Saúde
Comunicação Interdisciplinar

Abstract

Introduction: Family approach plays an essential role in primary healthcare and is considered useful and effective in working with families. **Objective:** To perform an intervention in a home covered by the ESF São Geraldo, Montes Claros/MG, based on the family-tools approach. **Methods:** We performed a literature review on the subject in the Virtual Health Library and then had eight meetings with the family to implement the following tools: Genogram, Lifecycle, FIRO, PRACTICE, and Family Conference. **Results:** The approach affected perception of family dynamics to clarify conflict situations that interfere with the health status of some of its members and establishment of agreements with the family to improve quality of life. **Conclusion:** The Family Approach allowed greater proximity between health staff and service users, including the emotional issues that interfere negatively with the clinical features of the index patient and his/her family. It was also possible to start a job focused on changing dysfunctional family behaviors.

Keywords:

Family Relations
Family Health Strategy
Primary Health Care
Patient Care Team
Interdisciplinary Communication

Como citar: Brante ARS, Martins DS, Neves FMV, Fonseca JC, Ottoni JLM, Oliveira RFR.
Abordagem Familiar: aplicação de ferramentas a uma família do município de Montes Claros/MG.
Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38)1-9. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)953](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)953)

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
572.244 (UNIMONTES),
aprovado em 27/03/2014

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.

Recebido em: 19/06/2014.

Aprovado em: 18/10/2015.

Resumen

Introducción: Las herramientas del enfoque familiar asumen carácter esencial en la Atención Primaria de Salud, y se hace referencia tan útil y asertivo en el trabajo con las familias. **Objetivo:** Realizar la intervención en una casa cubierta por el ESF São Geraldo, Montes Claros/MG, desde el enfoque de la familia-herramientas. **Métodos:** Se realizó una revisión de literatura en la Biblioteca Virtual en Salud, así como libros sobre el tema en cuestión. Posteriormente se celebraron ocho reuniones con la familia para poner en práctica las siguientes herramientas de enfoque familiar: Genograma, Life Cycles, FIRO, la práctica y la Conferencia de la Familia. **Resultados:** Percepción de la dinámica familiar para aclarar las situaciones de conflicto que interfieren con el estado de salud de algunos de sus miembros, el establecimiento de acuerdos con la familia para mejorar la calidad de vida de la familia en estudio. **Conclusión:** El enfoque familiar permitió una mayor proximidad entre el personal sanitario y los usuarios del servicio, incluidas las cuestiones emocionales que interfieren negativamente con las características clínicas del paciente índice y su familia. También fue posible iniciar un trabajo centrado en el cambio de comportamientos disfuncionales de la familia.

Palabras clave:

Relaciones Familiares
Estrategia de Salud Familiar
Atención Primaria de Salud
Grupo de Atención al Paciente
Comunicación Interdisciplinaria

Introdução

A abordagem familiar assume caráter essencial no trabalho na atenção primária em saúde. Nesse âmbito a Estratégia de Saúde da Família - ESF foi definida como reorientação do modelo de assistência que atua com equipes multiprofissionais em unidades de atenção primária à saúde.¹

A família pode ser conceituada como grupo de pessoas que interligadas por laços emocionais ou consanguíneos compartilham uma história em comum.² Trata-se de um conjunto de pessoas, ligadas por laços de parentesco, por dependência doméstica ou normas de convivência, que residem no mesmo domicílio.³

A Abordagem Familiar é um dos princípios propostos por Starfield⁴ para a Atenção Primária à Saúde e remete ao conhecimento, pela equipe de saúde, dos membros da família e dos seus problemas de saúde.

Ao compreender os padrões das famílias atendidas dá-se um passo importante para realização de intervenções condizentes com o contexto social em que estão inseridas. Nesse sentido, as ferramentas de abordagem familiar são úteis e assertivas no trabalho com famílias.^{5,6}

Dentre as ferramentas de abordagem familiar o Genograma, desenvolvido na América do Norte, apresenta a estrutura e o padrão de repetição das relações familiares.⁷ Trata-se de um método de coleta e processamento de dados sobre a família que possui potencial para ilustrar dados de uma forma rápida, incluindo seu passado hereditário, potenciais problemas de saúde, influências sociais, ocupacionais, aspectos religiosos, dentre outros.⁶

O Ciclo de Vida Familiar trata-se de uma ferramenta que permite identificar fenômenos que envolvem cada estágio de desenvolvimento pelo qual passa a família. A compreensão desses ciclos possibilita à equipe de saúde prever quando e como as doenças podem ocorrer.⁸ Por exemplo, saber que no Estágio Lançando os Filhos e Seguindo em Frente o princípio-chave é a aceitação de várias entradas e saídas no sistema familiar em que é preciso reestabelecer o relacionamento conjugal como dáde; mudar o status de relacionamento com os filhos, agora adultos; incluir parentes por afinidade e netos na família e conviver com a perda de capacidades e mortes de avós; permite que as equipes tenham ideia de quais agravos à saúde determinada família está mais suscetível e, a partir desse conhecimento os profissionais poderão planejar ações de saúde mais assertivas.⁹

A ferramenta FIRO (Fundamental Interpersonal Relations Orientation), originalmente desenvolvida por Schultz no estudo de grupos adaptado para estudos e terapia de famílias por Doherty e Colengelo¹⁰ baseia-se em Orientações Fundamentais nas Relações Interpessoais em que se busca compreender o

funcionamento da família a partir de suas relações de poder, comunicação e afeto. Estudam-se as dimensões de inclusão, controle e intimidade. A inclusão refere-se à interação dentro da família para sua vinculação e organização. O controle refere-se às interações do exercício de poder dentro da família, o qual pode ser dominante, quando um exerce influência sobre todos os demais; reativo, quando se estabelecem reações contrárias a uma influência que quer tornar-se dominante e colaborativo, quando há divisão de influências entre os familiares. Já a intimidade refere-se às interações familiares correlatas às trocas interpessoais, ao modo de compartilhar sentimentos, ao desenvolvimento de atitudes de aproximação ou de distanciamento entre os familiares e às vulnerabilidades e fortalezas.^{10,11}

A ferramenta PRACTICE foi um instrumento projetado por médicos de família útil na avaliação do funcionamento da família, no que se refere a um caso específico.¹⁰ Disponibiliza informações sobre a organização e posicionamento da família diante dos problemas, foca no problema existente e permite uma aproximação esquematizada para trabalhar com a família, facilitando a coleta de informações e a elaboração de intervenções.¹¹ Cada letra significa um termo, a saber: *Presenting problem* (problema apresentado) refere-se ao modo como a família vê o problema e tenta superá-lo; *Roles and structure* (papéis e estrutura) que diz respeito ao modo como cada membro desempenha e evolui o seu papel; *Affect* (afeto) refere-se à maneira como o afeto é demonstrado pelos membros da família e como isso interfere no contexto familiar; *Communication* (comunicação) esclarece como se dá a comunicação verbal e não verbal dentro da família; *Time of life cycle* (fase do ciclo de vida) diz respeito à relação entre o problema e as tarefas condizentes com o ciclo de vida; *Illness in family* (doença na família) demonstra a história de morbidade familiar, valorizando as atitudes de cuidado; *Coping with stress* (enfrentamento do estresse) refere-se ao potencial que a família tem para lidar com o problema; *Ecology* (meio ambiente, rede de apoio) diz respeito aos recursos ambientais, sociais e familiares que podem ser explorados para superação do problema.¹¹

A Conferência familiar é uma ferramenta utilizada em situações de conflitos em que o profissional aborda questões de saúde, interação e comunicação entre membros da família.¹² É uma reunião, previamente planejada, entre os membros da família, em que se trabalha a partilha da informação e de sentimentos com objetivo de mudar alguns padrões interacionais na família.¹³

As ferramentas de abordagem familiar descritas acima são relevantes no caso em questão, uma vez que permitem visualizar a dinâmica da família, os relacionamentos intrafamiliares e padrões disfuncionais, favorecendo intervenções mais eficazes e condizentes com a realidade. Nesse sentido, o referido trabalho teve como objetivo realizar intervenção num domicílio da abrangência da ESF São Geraldo, Montes Claros/MG, a partir das ferramentas de abordagem familiar.

Descrição da experiência

Trata-se de um relato de experiência de abordagem metodológica qualitativa, desenvolvido durante o primeiro semestre de 2014 pela equipe multiprofissional composta de uma Enfermeira, uma Cirurgiã-Dentista e uma Psicóloga, integrantes de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de uma universidade da cidade de Montes Claros/MG.

O território da área da abrangência da ESF São Geraldo está localizado na zona sul do município de Montes Claros/MG e atende cerca de 3.353 pessoas distribuídas em 854 famílias.

A família foi selecionada considerando que o paciente índice, apresentou quadro de diabetes descompensada, hipertensão arterial descontrolada e resistência ao uso de medicação prescrita. Percebeu-se ainda humor triste, desesperança no futuro e conflitos familiares frequentes. O mesmo procurava constantemente a ESF com demandas por atendimento. Nesse sentido, acredita-se que o quadro clínico do paciente e suas queixas podem ter influência do contexto em que vive e das disfuncionalidades da família.

Antes iniciar o estudo a família foi consultada quanto ao seu interesse em participar e foram esclarecidos os termos desta participação, conforme dispõe a Resolução 466/12.¹⁴ O referido trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES e aprovado em 27 de março de 2014, conforme parecer nº 572.244 de 27/03/2014.

Inicialmente foi feita uma revisão da literatura nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde - BVS e Ministério da Saúde, bem como em bibliografia da temática em questão. Em seguida foi feito o primeiro contato com a família. Foram realizados seis encontros com a família para aplicação das seguintes ferramentas de abordagem familiar: Genograma, FIRO, PRACTICE e dois encontros para realização de Pré-Conferência e Conferência Familiar, respectivamente. Foi feito também um atendimento individual ao paciente após a Conferência Familiar para orientações e responsabilização.

A Figura 1, descrita a seguir, apresenta o Genograma da família, que retrata aspectos relevantes da dinâmica familiar, padrões de relacionamento, conflitos, agravos à saúde, dentre outros.

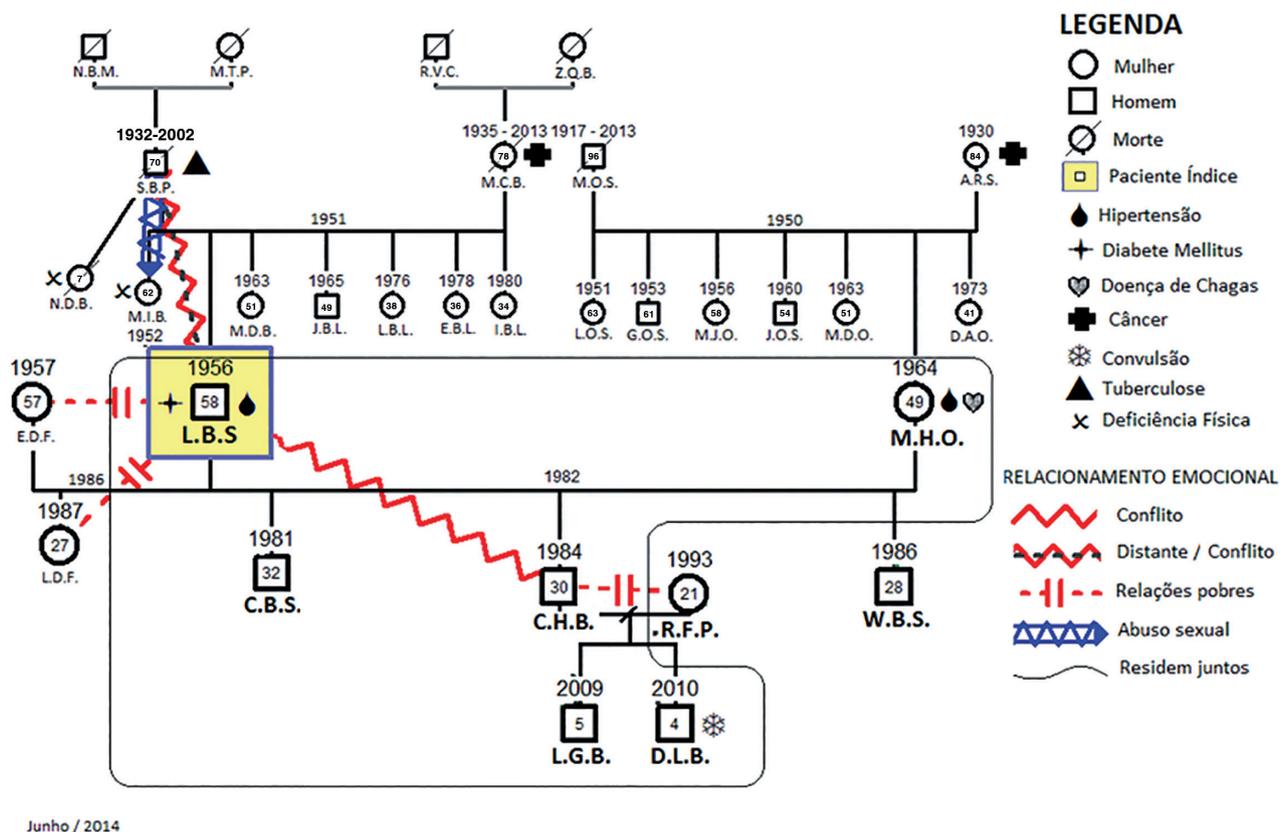


Figura 1. Genograma: aspectos gerais. Fonte: Do autor.

O paciente índice é o senhor (Sr.) L.B.S., 58 anos, mototaxista, evangélico, hipertenso, diabético, casado com a senhora (Sra.) M.H.O., 49 anos, evangélica, cuidadora de idoso, hipertensa e chagásica. O mesmo sofreu dois acidentes enquanto trabalhava e em decorrência de lesões realizou cirurgia ortopédica no antebraço esquerdo. Após a cirurgia sente que sua capacidade de trabalho ficou limitada, por isso deseja aposentar-se.

O casal possui três filhos, sendo o mais velho, C.B.S., 32 anos, solteiro, designer de interiores, sem religião definida. O segundo filho é C.H.B., 30 anos, evangélico, frentista. O mesmo foi casado com R.F.P. e com ela teve dois filhos: L.G.B., 5 anos e D.L.B., 4 anos, epilético. O filho caçula do casal é W.B.S., 28 anos, solteiro, evangélico, policial militar que reside em Belo Horizonte/MG. O casal, C.B.S. e os netos moram na mesma residência, sendo que C.H.B. reside no segundo pavimento sozinho. A Sra. A.R.S., 84 anos, sogra de L.B.S. encontra-se na residência há dois meses para tratamento de saúde.

Seu pai, S.B.P., faleceu há 12 anos de tuberculose pulmonar e sua mãe M.C.B. faleceu há 10 meses de câncer no pulmão. Possui seis irmãos, sendo eles: M.I.B., M.D.B., J.B.L., L.B.L., E.B.L. e I.B.L.

Quanto à saúde, o Sr. L.B.S. descreveu episódio de “amnésia” em que necessitou de hospitalização, o que possivelmente está associado às complicações do Diabetes. Referiu também algumas dificuldades, como dores no corpo que geram dificuldades para movimentar os membros superiores.

Entre seus familiares observa-se o caso de M.I.B. que possui dificuldades para deambular devido a problemas no quadril e joelhos. M.I.B. sofreu abuso sexual por parte do pai, S.B.P. durante muito tempo. Desse incesto nasceu N.D.B. que era portadora de deficiência física e não deambulava. Posteriormente foi levada pra adoção e faleceu aos sete anos por complicações sistêmicas.

No ano de 1987, o Sr. L.B.S. teve um relacionamento extraconjugal com a Sra. E.D.F. de 57 anos, do qual nasceu L.D.F. atualmente com 27 anos. Isso repercutiu negativamente na família, contudo o casal afirma ter superado os conflitos decorrentes da infidelidade e atualmente o Sr. L.B.S. não possui contato com a Sra. E.D.F e nem com sua filha.

Já na família da Sra. M.H.O., seus pais, M.O.S. e A.R.S., tiveram sete filhos. O Sr. M.O.S. faleceu aos 96 anos, em 2013 de morte natural. Sua mãe A.R.S., tem 84 anos, é diabética, portadora de glaucoma e faz tratamento de câncer de mama.

Quanto aos filhos do paciente índice não se observa nenhuma comorbidade relevante. Nos relatos, a Sra. M.H.O. informou que seu neto L.G.B. possui sinusite, dislipidemia e altos valores de glicemia em exames laboratoriais. O outro neto, D.L.B., faz acompanhamento com neurologista devido a quadro de epilepsia.

Quanto ao Ciclo de Vida Familiar nota-se que o paciente índice e sua esposa encontram-se na fase Lançando os Filhos e Seguindo em Frente, que começa com o lançamento dos filhos e se estende até a aposentadoria.¹⁵

Ao utilizar a ferramenta FIRO percebeu-se que L.B.S. sente-se incluído. Já o filho, C.H.B. não compartilha dos valores familiares, nem se submete às regras. A família em geral tem pouca conectividade, sendo que os membros não se integram na resolução dos conflitos.

No que se refere ao controle, o Sr. L.B.S. tem pouco controle sobre os demais membros da família. Percebe-se que o mesmo é muito influenciado pela Sra. M.H.O. que tenta estabelecer um domínio do núcleo familiar. Os filhos C.B.S. e W.B.S. estabelecem um controle colaborativo dentro da família, ao passo que C.H.B. demonstra um controle reativo, sendo contrário ao que é imposto pela família.

Os familiares aparentam ter pouca intimidade entre si, sendo o ambiente familiar de pouca troca interpessoal, já o casal tenta estabelecer uma proximidade entre si.

Ao analisar a ferramenta PRACTICE percebe-se que quanto ao Problema Apresentado, o Sr. L.B.S. procura constantemente a unidade de saúde demandando atendimento. Apresenta altos níveis pressóricos e glicêmicos, resistência em tomar medicação prescrita e quadro de tristeza, desânimo. Notam-se ainda conflitos familiares acentuados que podem agravar o seu quadro clínico. O paciente índice e sua esposa queixam da sobrecarga em cuidar dos netos. Ambos não aprovam o comportamento de C.H.B., visto como pessoa rebelde, que não assume função paterna, deixando para o casal a total responsabilidade da criação dos netos. Quanto aos Papeis e Estrutura, a Sra. M.H.O. assume as funções de mãe, esposa, provedora do lar e avó. Assume ainda as tarefas domésticas. Já o Sr. L.B.S. sente-se inferiorizado em não conseguir ser o provedor financeiro do lar, contudo auxilia no cuidado dos netos e ajuda em algumas tarefas domésticas. O filho C.B.S. está conquistando sua independência financeira e colabora nas despesas domésticas, já o filho C.H.B. não auxilia na manutenção do lar e nem no cuidado com seus filhos. Em relação ao Afeto, percebe-se que o paciente índice possui relacionamento estreito com a esposa e netos, aos quais demonstra muito carinho. Vive em harmonia com dois filhos, contudo tem relação conflituosa, distante e pobre com o filho C.H.B. Acerca da Comunicação, nota-se que é deficiente. O paciente índice não se sente a vontade para expor seu ponto de vista, sendo passivo em relação às questões da família, já sua esposa consegue estabelecer mais diálogo com os membros da família. Sobre o Tempo no Ciclo de Vida, a família está na fase Lançando os Filhos e Seguindo em Frente, mas vive simultaneamente período anterior que seria Família com Filhos Pequenos. Acerca da Doença na Família, percebe-se não há repetições significativas de agravos à saúde do passado, contudo, o quadro de Diabetes pode ocorrer também com o neto do Sr. L.B.S., que tem apresentado níveis glicêmicos elevados. Em relação a *Enfrentar o estresse*, os membros da família têm dificuldades de lidar com o estresse de forma assertiva, tendendo ao isolamento e falta de esperanças nas mudanças. Alguns membros buscam na religião um apoio emocional. Sobre Ecologia, a família presta assistência aos parentes que moram fora da cidade, que quando necessitam vir a Montes Claros/MG hospedam-se na casa do paciente índice. A frequência com que isso ocorre irrita todos os membros da família, contudo a Sra. M.H.O. sente dificuldade em impor um limite nessas situações. O paciente índice possui poucos contatos com vizinhos e amigos e não possui formas alternativas de suporte externo. O casal geralmente não tem momento de lazer, sendo a Igreja um local de vínculo social saudável, principalmente para a Sra. M.H.O., que colabora em um curso de costura que a instituição oferece à comunidade. As condições da moradia são satisfatórias, a casa é ampla e a limpeza do ambiente é adequada. Os moradores buscam auxílio na ESF quando necessário.

Com o objetivo de mudar padrões disfuncionais familiares, bem como melhorar as condições de saúde do paciente índice foi realizada uma Conferência Familiar com a presença do casal e da sogra do mesmo.¹³ Inicialmente a equipe de saúde acolheu aos participantes e esclareceu os objetivos do encontro. A Sra. M.H.O. expôs sua dificuldade em reunir os familiares, uma vez que os filhos recusaram-se em participar do encontro. Em seguida foram expostos os problemas observados durante aplicação das demais ferramentas, quais sejam: descontrole dos níveis pressóricos e glicêmicos do paciente índice; dificuldade de comunicação entre os membros da família; sobrecarga da família em relação ao cuidado de pessoas da família extensa; dificuldade no desempenho dos papéis familiares e sobrecarga do casal no cuidado dos netos.

Após exposição dos problemas a família foi ouvida. Acerca dos altos níveis de glicemia e pressão arterial o paciente índice não aparentou comprometimento no controle de sua saúde, atribuindo a Sra. M.H.O. a responsabilidade pelo preparo dos alimentos. Acerca do problema de comunicação entre os membros percebeu-se que o Sr. L.B.S. encontra-se com humor irritado, aborrecendo-se com os filhos e netos por motivos que poderiam ser contornados com diálogo. Em relação à disponibilidade da família, sobretudo da Sra. M.H.O., em acolher parentes e amigos na residência por vários dias, o Sr. L.B.S. expôs que não concorda com essa atitude. A Sra. M.H.O. relatou que se sente sobrecarregada e sabe que a situação tem prejudicado a família. Acerca da dificuldade no desempenho dos papéis familiares, o Sr. L.B.S. relatou o quanto a chegada dos netos para o convívio do casal prejudicou a privacidade deles e afetou planos futuros. A Sra. M.H.O. também concordou com ele, mas disse que não via outra saída, já que os pais das crianças não se responsabilizam pelos filhos. Soube-se também nesse momento que os netos dormiam no mesmo quarto dos avós, apesar da casa possuir outros locais disponíveis para dormitório. A Sra. A.R.S. demonstrou sua indignação em relação às atitudes do bisneto C.H.B. Grande parte das queixas estava direcionada às atitudes de C.H.B.

Após ouvir os familiares a equipe de saúde falou da importância do desempenho adequado dos papéis familiares, da necessidade de uma postura mais flexível que possibilite o diálogo entre os membros da família. Foi dito também da colaboração de toda a família no tratamento do paciente índice.

Ao final da Conferência Familiar foram estabelecidos os seguintes acordos com a família: a Sra. M.H.O. comprometeu-se em preparar a alimentação conforme a dieta recomendada para L.B.S. e irá ajudá-lo também quanto ao uso diário da medicação prescrita; o casal irá solicitar ao filho C.H.B. uma contribuição regular para auxiliar na criação dos dois filhos e tentaria envolvê-lo no cuidado com as crianças; será providenciado um novo local para que as crianças possam dormir, dando mais privacidade ao casal; a Sra. M.H.O. comprometeu-se em rever sua postura de aceitação diante das demandas de hospedagem dos parentes; o Sr. L.B.S. comprometeu-se em comparecer na unidade básica no dia seguinte para uma consulta, onde seriam feitos esclarecimentos acerca de seu estado de saúde e orientações sobre hábitos de vida saudáveis, conforme plano de cuidados da Enfermagem.

No dia seguinte o paciente índice procurou a unidade básica, onde passou por avaliação com a médica e a enfermeira. Na ocasião tentou-se sensibilizá-lo para que seja mais responsável por sua saúde e foram feitas orientações sobre alimentação, uso regular de medicação e hábitos de vida saudáveis.

Discussão

Acerca do caso apresentado percebe-se que a problemática familiar é complexa e necessita de uma compreensão que leva em conta sua inserção no contexto sócio econômico e no momento do ciclo vivido. Nessa perspectiva, Nascimento et al.¹⁶ e Vasconcellos¹⁷ afirmam que investigar a situação evolutiva de uma família pode esclarecer situações de conflitos que interferem nas condições de saúde de algum de seus membros, conforme pode-se perceber no caso descrito.

No estudo em questão a investigação iniciou-se por meio do Genograma, uma vez que o processo de envolver cada membro da família na representação do seu próprio Genograma pode resultar em desdobramentos que favorecem a saúde e o bem-estar dos mesmos e, ainda, o empoderamento da família.¹⁶ Nessa perspectiva, ao final do trabalho houve relatos de efeitos terapêuticos de se falar da história e dinâmica familiar.

Percebe-se que o casal encontra-se no período em que os filhos teriam que deixar a casa paterna para serem independentes. Nesse momento é preciso que os membros aceitem as saídas e entradas de pessoas no sistema familiar, lidando com incapacidades e mortes, bem como inclusão de parentes por afinidade e netos. Ao passo que o casal precisa renegociar o sistema conjugal como díade. É necessário ainda que os relacionamentos ganhem novo status entre pais e filhos.⁹

Nessa direção, a família em estudo apresenta dificuldades em lidar com as tarefas dessa nova fase, tanto no que se refere à mudança da função do casamento, quanto no estabelecimento de nova relação com os filhos. O paciente índice apresenta resistências em aceitar a inclusão de novos membros na família como as namoradas dos filhos, desqualificando as possíveis noras como inadequadas para uma relação estável, atitude que inflama conflitos. Por outro lado, o filho C.H.B. é tido como único responsável pelos problemas familiares e mesmo sendo divorciado e morando no andar superior da casa dos pais, não tem uma vida autônoma, sendo a Sra. M.H.O. ainda responsável por cuidar das questões domésticas dele.

Esse cenário exemplifica uma resistência do casal em lançar os filhos, que pode significar dificuldades do casal em lidar com questões conjugais proeminentes nessa fase da relação. É como se a permanência dos filhos em casa e sua dependência dos pais ocupassem tempo e energia emocional, fazendo com que o casal adie reflexões sobre o status do casamento e continue a superfuncionar em função dos filhos, agora adultos e dos netos. Esse estresse familiar é previsto pela literatura nos períodos de transição entre um estágio e outro, sendo os sintomas tendentes a surgir quando há uma interrupção ou deslocamento no ciclo de vida familiar em desdobramentos.⁹

A literatura aponta que nas famílias de classe média o ciclo de vida é mais longo e bem delineado, diferente das de baixa renda, em que as etapas são mais curtas e não costumam serem bem traçadas e nem terem um rito de passagem. Tal como na família apresentada neste estudo, os membros vivem mais de um ciclo simultaneamente, assumindo papéis e funções para as quais não estão preparados, o que tende a comprometer o amadurecimento para o estágio posterior. Questões como desemprego, problemas financeiros, sentimentos de impotência diante dos fatos, dentre outros, sobrepoem-se causando mais estresse ao ambiente familiar.⁹

Ressalta-se ainda que a utilização da Conferência Familiar mostrou-se relevante para o caso em questão, pois oportunizou aos membros da família colocarem-se diante dos problemas e compartilharem responsabilidades. Nesse sentido, autores afirmam que essa tecnologia tem sido eficaz no trabalho com famílias em situações de agravos à saúde.¹²

Considerações finais

A utilização das ferramentas de acesso à família permitiu maior proximidade entre equipe de saúde e usuários do serviço, possibilitou o estabelecimento e fortalecimento do vínculo com a família, bem como a compreensão das questões emocionais que interferem negativamente o quadro clínico do paciente índice e repercutem também sobre a família.

A interação entre equipe de saúde e usuários possibilitou ainda intervenções mais condizentes com a realidade da família atendida, sendo que nos últimos encontros já se perceberam efeitos terapêuticos

dessa aproximação. Todavia, muito há que se fazer pelo caso, pois os membros familiares apresentam fortes resistências em modificar padrões de comportamentos disfuncionais já consolidados no ambiente familiar. Nesse sentido, a equipe de saúde coloca-se ainda em trabalho.

Referências

1. Romagnoli RC. Breve Estudo Institucionalista Acerca do Programa de Saúde da Família. *Saúde soc.*[Internet]. 2009 Set [cited 2014 Jan 20]; 18(3): 525-536. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000300016&lng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000300016>
2. Minuchin S, Lee W, Simon GM. *Dominando a terapia familiar*. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
3. Ministério da Saúde (BR). *Guia prático do Programa de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
4. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.
5. Wagner ABP et al. *Trabalhando com famílias em saúde da família*. *Revista Médica do Paraná*. 1999. 57, (1/2): 40-6.
6. Da Silva JV, Santos SMR. *Trabalhando com Famílias Utilizando Ferramentas*. *Revista APS*. 2003. 6(2): 77-86.
7. Ditterich RG, Gabardo MCL, Moysés SJ. *As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família de Curitiba, PR*. *Saude soc.* [Internet]. 2009 Sep [cited 2014 Feb 02]; 18(3): 515-524. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000300015&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000300015>
8. Ditterich, RG. *O Trabalho com Famílias Realizado pelo Cirurgião-Dentista do Programa Saúde da Família (PSF) De Curitiba-PR*. [monografia]. Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná; 2005.
9. Carter B, Mcgoldrick M. *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. 2a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
10. Wilson L, Talbot Y, Librach L. *Trabalhando com famílias: livro de trabalho para residentes*. Curitiba: SMS; 1996.
11. Moysés SJ, Silveira Filho AD. *Os dizeres da boca em Curitiba: Boca Maldita, Boqueirão, bocas saudáveis*. Rio de Janeiro: CEBES; 2002.
12. Lima, JCM, Moraes GLA de; Augusto Filho, RF. *O uso da conferência familiar na resolução de conflitos de uma família com idosa dependente*. *Rev Bras Med Fam e Com.* [Internet]. 2008. [cited 2014 Feb 08]. Available from: <http://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/195/146>. DOI: 10.5712/rbmfc4(14)195
13. Galriça Neto I. *A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos* *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar* [Internet]. 2003 Janeiro 1; [Cited 2014 Feb 19]; 19(1). Available from: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=9906>.
14. Brasil. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. *Diário Oficial da União*. 2013 Jun 13; Seção 1:59. [Cited 2014 Feb 21]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
15. Mccullugh P, Rutenberg S. *Lançando os Filhos e Seguindo em Frente*. In: Carter B; Mcgoldrick M. *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. 2a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
16. Nascimento LC, Rocha SMM, Hayes VE. *Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica*. *Texto contexto-enferm.* [Internet]. 2005 June [cited 2014 Mar 03]; 14(2): 280-286. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000200017&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000200017>
17. Vasconcellos EM. *Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família*. São Paulo: Hucitec; 1999.

O uso de larvicidas em água potável é seguro?

Is the use of larvicides in drinking water safe?

¿El uso de larvicida en la agua potable es seguro?

Cynthia Molina Bastos. TelessaudeRS/UFRGS, Programa de Pós Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande dos Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. cynthia.bastos@telessauders.ufrgs.br (*Autora correspondente*)

Otávio Pereira D'Avila. TelessaudeRS/UFRGS, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. otaviopereiradavila@gmail.com

Roberto Nunes Umpierre. TelessaudeRS/UFRGS, Faculdade de Medicina, Programa de Pós Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. rnumpierre@gmail.com

Lavinia Schuler Faccini. Instituto de Biociências, Departamento de Genética, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. lavinia.faccini@ufrgs.br

Marcelo Rodrigues Gonçalves. TelessaudeRS/UFRGS, Faculdade de Medicina, Programa de Pós Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. marcelorog@gmail.com

Erno Harzheim. TelessaudeRS/UFRGS, Faculdade de Medicina, Programa de Pós Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. ernoharz@terra.com.br

Resumo

Provavelmente sim. Não existem evidências que comprovem a segurança do uso de larvicidas em água potável. Entretanto, os poucos estudos que existem avaliando o efeito em população de mamíferos, assim como as avaliações de biodisponibilidades e citotoxicidade, demonstram que em baixa concentração são seguros e não há efeitos carcinogênicos ou genotóxico. Os larvicidas avaliados e autorizados para uso em água potável pela Organização Mundial de Saúde, destinada para consumo humano são: DIFLUBENZUROM, METOPRENO, NOVALUROM, Pirimifós/, PIRIPROXIFEM, ESPINOSADE, TEMEFÓS, além do *Bacillus thuringiensis israelensis* (BTI). Recomenda-se sempre usar a dose correta dos larvicidas. O temephós é utilizado para tratamento de focos, mas não deve ser utilizado em aquários com peixes. Aprovado para uso em água de consumo humano. O *pyriproxyfen* é um éter e não há evidências que comprovem que cause dano em fetos de mamíferos. BTI é recomendado como larvicida para uso em saúde pública, é uma bactéria que em contato com a água libera substâncias tóxicas para as larvas de alguns insetos. A aplicação deverá ser realizada por profissional treinado. O BTI não apresenta ingestão diária aceitável, entretanto a orientação de uso deve ser de 1-5mg/litro. A avaliação de substâncias químicas de qualquer natureza sempre deve salientar a possibilidade de bioacumulação. As substâncias que não são biodegradadas, são biopersistentes e mantêm-se em altas quantidades nos tecidos dos seres vivos. Portanto, mesmo que as substâncias não sejam para consumo humano direto a avaliação do seu uso na agricultura, leite de rio e pastos deve ser avaliada criteriosamente.

Palavras-chave:

Larvicidas
Microcefalia
Aedes
Saúde Pública

Como citar: Bastos CM, D'Avila OP, Umpierre RN, Faccini LS, Gonçalves MR, Harzheim E. O uso de larvicidas em água potável é seguro? Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-5. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1300](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1300)

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: 07/03/2016.
Aprovado em: 09/03/2016.

Abstract

Probably yes. There is no evidence to prove the safety of the use of larvicides in drinking water. However, there are few studies evaluating the effect on the population of mammals, as are the bioavailabilities and cytotoxicity reviews show that in low concentrations are safe and no genotoxic or carcinogenic effects. Larvicides evaluated and authorized for use in drinking water by the World Health Organization, intended for human consumption are: DIFLUBENZUROM, METOPRENO, NOVALUROM, Pirimifós/, PIRIPROXIFEM, ESPINOSADE, TEMEFÓS, beyond *Bacillus thuringiensis israelensis* (BTI). It is recommended to always use the correct dose of larvicides. Temephos is used to treat outbreaks, but should not be used in fish tanks. Approved for use in drinking water. The *pyriproxyfen* is an ether and there is no evidence to support that it causes damage in mammalian fetuses. BTI are recommended as larvicides for use in public health, it is a bacterium that contact with water releases toxic to the larvae of some insects. The application should be performed by trained professional. BTI has no acceptable daily intake, however the guidance of use should be 1-5mg/liter. The evaluation of chemicals of any kind should always stress the possibility of bioaccumulation. Substances that are not biodegraded are biopersistent and remain at high levels in the tissues of living things. So even if the substances are not for direct human consumption, an appraisal of its use in agriculture, river bed and pastures should be carefully evaluated.

Keywords:

Larvicides
Microcephaly
Aedes
Public Health

Resumen

Probablemente sí. No hay evidencia para demostrar la seguridad del uso de larvicidas en la agua potable. Sin embargo, hay pocos estudios que evalúan el efecto sobre la población de mamíferos, como son los biodisponibilidad y las revisiones de citotoxicidad muestran que en concentraciones bajas son seguros y sin efectos genotóxicos o cancerígenos. Larvicidas evaluadas y autorizadas para su uso en la agua potable por la Organización Mundial de Salud, destinados al consumo humano son: DIFLUBENZUROM, METOPRENO, NOVALUROM, Pirimifós/, PIRIPROXIFEM, ESPINOSADE, TEMEFÓS, más allá de *Bacillus thuringiensis israelensis* (BTI). Se recomienda utilizar siempre la dosis correcta de larvicidas. Temephos se utiliza para tratar los brotes, pero no se debe utilizar en los tanques de peces. Aprobado para uso en la agua potable. El *piriproxifeno* es un éter y no hay evidencia para apoyar que causa daños en los fetos de mamíferos. Se recomienda BTI como larvicida para uso en la salud pública, es una bacteria que en contacto con el agua tóxicas para las larvas de algunos insectos. La aplicación debe ser realizada por profesionales capacitados. BTI no tiene ninguna ingesta diaria admisible, sin embargo, la orientación de uso debe ser 1-5 mg/litro. La evaluación de los productos químicos de cualquier tipo siempre se debe hacer hincapié en la posibilidad de bioacumulación. Las sustancias que no se biodegradan, son biopersistente y se mantienen en niveles altos en los tejidos de los seres vivos. Así que incluso si las sustancias no son para el consumo humano directo, una apreciación de su uso en la agricultura, lecho del río y pastos debe ser cuidadosamente evaluada.

Palabras clave:

Larvicidas
Microcefalia
Aedes
Salud Pública

Provavelmente, sim. Não existem evidências que comprovem a segurança do uso de larvicidas em água potável. Entretanto, os poucos estudos que existem avaliando o efeito em população de mamíferos, assim como as avaliações de biodisponibilidades e citotoxicidade, demonstram que em baixa concentração são seguros e não há efeitos carcinogênicos ou genotóxicos.

No Brasil, o comércio de larvicidas é regulamentado pela Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) e alguns produtos apresentam autorização para o uso em água potável. A recomendação do uso de larvicidas em água para consumo humano deve considerar o risco de expor a população a um produto com uma segurança frágil, mas sem evidências de dano, e os riscos pela exposição as doenças transmitidas pelos vetores. A utilização dos larvicidas em água potável é sempre complementar ao manejo mecânico, sob controle rigoroso e mantendo em vigilância a população exposta.

Os larvicidas avaliados e autorizados para uso em água potável pela Organização Mundial de Saúde (OMS), destinada para consumo humano são: DIFLUBENZUROM, METOPRENO, NOVALUROM, Pirimifós/, PIRIPROXIFEM, ESPINOSADE, TEMEFÓS, além do *Bacillus thuringiensis israelensis* (BTI). Recomenda-se sempre usar a dose correta dos larvicidas. O cálculo da concentração para ser utilizado na água é realizado por meio da ingesta diária aceitável por mg/kg. Com base nesses valores, é realizado o cálculo da concentração na água, considerando um adulto de 60kg e ingestão de 2 litros de água, além das variações para outras faixas etárias.¹

As formulações dos larvicidas têm substâncias microbicidas com efeito letal para microrganismos não esporulados. Existem diversos grupos de larvicidas: organofosforados, carbamatos, piretroides entre outros. Os principais grupos de larvicidas são os organoclorados (DDT), que têm venda proibida no Brasil. Os organofosforados (MALATIONA TEMEFÓS) e os carbamatos (CARBARIL, BENDIOCARBE) atuam na inibição irreversível da enzima colinesterase. Os piretroides (DELTAMETRINA, CIPERMETRINA) atuam sobre a membrana do neurônio, alterando a condução do impulso do sistema nervoso. Outras substâncias disponíveis são os inibidores de síntese de quitina, DIFLUBENZUROM, NOVALUROM. Os análogos dos hormônios juvenis, ou juvenoides, PIRIPROXIFEM e METOPRENO, quando presentes inibem a maturação do inseto, impedindo que o inseto passe para fase adulta. Os juvenoides podem apresentar também efeito ovicida.^{2,3}

O TEMEFÓS é um organofosforado, inseticida, larvicida, com uso autorizado conforme a indicação.^{1,4,5} O aumento da resistência do *Aedes aegypti* a esses produtos tem criado recomendações de produtos alternativos ou a aplicação rotativa.^{1,4,5} O *temephós* é utilizado para tratamento de focos, mas não deve ser utilizado em aquários com peixes.⁶ Aprovado para uso em água de consumo humano, desde que utilizado na dosagem correta.^{1,4,5}

O PIRIPROXIFEM (Sumilarv®) é um éter pridiloxipropílico, análogo do hormônio juvenil. Atua no inseto inibindo o desenvolvimento das características adultas. Causa esterilidade do mosquito, ou seja, mesmo existindo a emergência do alado, ele não é capaz de reprodução. A ação do PIRIPROXIFEM causa malformação nos mosquitos.^{7,8} Não há, entretanto, evidências que comprovem que cause o mesmo dano em fetos de mamíferos.

A apresentação do produto é granulado a 0,5%, ou seja, 1 grama de produto apresenta 0,5% de substância ativa. Sua diluição em água é lenta, o que mantém sua residualidade por, no mínimo, oito semanas. A dose indicada é de 0,01mg de ingrediente ativo/litro. Os depósitos deverão ser tratados pela sua capacidade de volume total. A ingestão diária aceitável por mg/kg de peso corporal varia entre 0-0,1mg/kg, o cálculo é realizado considerando o NOAEL (nível em que não se observam efeitos adversos para ambos os sexos) de 10mg/kg massa corporal por dia. A dose recomendada por litro é de 0,01mg/litro. Dessa forma, um adulto de 60kg que ingere 2 litros de água/dia (0,01mgx2L), irá ingerir (0,02mg/60kg) 0,00033 mg/kg por dia.¹

O PIRIPROXIFEM foi avaliado primeiramente em 1999 para o uso na agricultura. A *Food and Agriculture Organization* (FAO), organização das Nações Unidas, realizou a avaliação considerando que não existe ADI (ingesta mínima aceitável), mas que, observada a utilização aprovada pela *Joint Meeting on Pesticide Residues* (JMPR), é muito pouco provável que o uso da substância represente um problema de saúde pública. A avaliação conclui que não há efeito genotóxico ou carcinogênico em humanos e considerando a solubilidade do composto o nível de exposição deve ser ainda menor que o calculado.⁴

Um estudo japonês em que ratos, machos e fêmeas, foram expostos à dieta crônica por seis meses com diferentes concentrações de PIRIPROXIFEM mostra que as alterações aconteceram apenas nas maiores concentrações, mais de 2.000ppm (partes por milhão) e 10.000ppm (ppm=mg/l). Nesses casos, as alterações mais frequentemente observadas foram perda de peso, alopecia, alterações hematológicas como diminuição de eritrócitos e plaquetas. Aumento do fígado e rim e diminuição da hipófise. O estudo conclui que o NOAEL (nível em que não se observam efeitos adversos para ambos os sexos) foi de 400ppm, o que representaria entre 24 a 27,5mg/kg peso corporal.⁸

Um estudo de laboratório que avaliou a citotoxicidade da substância em mamíferos concluiu que a metabolização extensiva do composto, gerando metabólitos ainda menos tóxicos, favorecem a segurança do uso em mamíferos.⁹ Outra pesquisa que utilizou a substância para controle do *Anopheles sp* relata o uso do produto em cisternas e nos leitos de rios de diferentes cidades, entretanto, o objetivo principal foi avaliar o efeito sobre os insetos e não há relatos de consequências para os seres humanos.²

BTI é recomendado como larvicida para uso em saúde pública. É uma bactéria que em contato com a água libera substâncias tóxicas para as larvas de alguns insetos. O uso do BTI necessita dos mesmos cuidados dos outros larvicidas, visto que altos níveis de BTI podem expressar constituintes tóxicos. A toxicidade é devido à liberação de um cristal que, após ser ingerido pelas larvas do inseto, causa dano do epitélio intestinal, matando a larva. As larvas jovens são mais susceptíveis e sua eficácia altera conforme o comportamento alimentar da fase de vida do mosquito.¹⁰ A aplicação deverá ser realizada por profissional treinado. O BTI não apresenta ingestão diária aceitável, entretanto, a orientação de uso deve ser de 1-5mg/litro.^{1,4}

A avaliação de substâncias químicas de qualquer natureza sempre deve salientar a possibilidade de bioacumulação, que é a capacidade de alguns seres vivos acumular substâncias no seu corpo, como metais pesados e inseticidas. As substâncias que não são biodegradadas são biopersistentes e mantêm-se em altas quantidades nos tecidos dos seres vivos, acompanhando a cadeia alimentar. Portanto, mesmo que as substâncias não sejam para consumo humano direto, ou para uso em água potável, a avaliação do seu uso na agricultura, leite de rio e pastos deve ser avaliada criteriosamente.

Agradecimentos

O apoio financeiro para o projeto ESTA é fornecido pelo Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq), Ministério da Saúde (Educação e Gestão do Trabalho de escritório/Departamento de Saúde/Departamento de Gestão de Educação em Saúde e Escritório de Saúde/Departamento de Atenção Básica) e Rio Grande do Sul/Departamento da Saúde.

Referências

1. World Health Organization. Guidelines for drinking-water quality. 4th ed. Geneva: World Health Organization; 2011. 564p.
2. Yapabandara AM, Curtis CF, Wickramasinghe MB, Fernando WP. Control of malaria vectors with the insect growth regulator pyriproxyfen in a gem-mining area in Sri Lanka. *Acta Trop*. 2001;80(3):265-76. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0001-706X\(01\)00178-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0001-706X(01)00178-4)
3. Lasneaux MV. O uso de inseticidas na saúde pública: uma crítica ao modelo de combate à dengue no Brasil e no DF [Dissertação de mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013. 113f.
4. Food and Agriculture Organization of the United Nations. The Joint FAO/WHO Meeting on Pesticide Residues (JMPR) [internet]. Roma; 2015 [Citado 16 Feb 2016]. Disponível em: <http://www.fao.org/agriculture/crops/thematic-sitemap/theme/pests/jmpr/en/>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação da eficácia de análogos de hormônio juvenil e inibidores da síntese de quitina no controle de *Aedes aegypti*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

6. Abe FR. Avaliação ecotoxicológica e risco ambiental dos inseticidas utilizados no controle da larva de *Aedes aegypti* para *Daphnia magna*, *Lemna minor* e peixes [dissertação]. Jaboticabal (SP): Centro de Aquicultura, Universidade Estadual Paulista; 2012 [Citado 16 Feb 2016]. Disponível em: <http://acervodigital.unesp.br/handle/unesp/171802>
7. Governo do Estado de Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Orientações para uso do larvicida Pyriproxyfen 0,5G no programa de controle da dengue em Santa Catarina [internet]. Florianópolis: SES; 2014 [Citado 23 Feb 2016]. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/zoonoses/publicacoes/Orientacao%20Tecnica%20Pyriproxyfen.pdf>
8. Koyama Y, Kimura J, Yoshioka K, Watanabe T, Seki T, Hosokawa S, et al. A six-month chronic dietary toxicity study of pyriproxyfen in rats. *J Toxicol Sci.* 1989;14(1):43-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.2131/jts.14.43>
9. Bayoumi AE, Pérez-Pertejo Y, Zidan HZ, Balaña-Fouce R, Ordóñez C, Ordóñez D. Cytotoxic effects of two antimolting insecticides in mammalian CHO-K1 cells. *Ecotoxicol Environ Saf.* 2003;55(1):19-23. PMID: 12706389 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0147-6513\(02\)00068-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0147-6513(02)00068-4)
10. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Dengue instruções para pessoal de combate ao vetor. Manual de Normas Técnicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2001 [Citado 23 Feb 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/man_dengue.pdf

“A RBMFC publica um artigo mensalmente traduzido do BJGP”

“A multimorbilidade iatrogênica cria um fardo de polimedicação prejudicial para pacientes e seus cuidadores”

“...esperamos que, ao redistribuirmos nosso tempo de intervenções de pouco valor e em direção a intervenções de valor alto, nós desfrutaremos de trabalhos muito mais gratificantes, compartilhando decisões com nossos pacientes e reivindicando o nosso papel como especialistas gerais.”

Editorial

Sobrediagnóstico e tratamento excessivo: Médicos generalistas - é hora de uma revolução na medicina

Julian Treadwell. Clínico Geral, Hindon Surgery, Willshire; Vice-Presidente, Grupo Permanente sobre Sobrediagnóstico de RCGP; Membro do Conselho Editorial, Boletim de Drogas e Medicamentos; Avaliador de Clínicos Gerais, NHSE South Central. jools.jt@zen.co.uk (*Autor correspondente*)

Margaret McCartney. Clínica geral, Fulton Street Medical Centre, Glasgow; Presidente, Grupo Permanente sobre Sobrediagnóstico de RCGP.

Práticas médicas ineficientes e prejudiciais sempre estiveram conosco, mas a escala e institucionalização do sobrediagnóstico e do tratamento excessivo se expandiram exponencialmente nas últimas décadas.

Este tema tem sido articulado em movimentos mundiais, tais como as conferências para Prevenção de Sobrediagnóstico, e campanhas como “Medicina em Demasia” (“*Too Much Medicine*”), do BMJ, “Menos é Mais” (“*Less is More*”) da JAMA, o movimento italiano “Desacelerem a Medicina” (“*Slow Medicine*”) e o projeto “Escolhendo com Inteligência” (“*Choosing Wisely*”), dos EUA (e agora internacional).

Como citar: Treadwell J, McCartney M. Sobrediagnóstico e tratamento excessivo: Médicos generalistas - é hora de uma revolução na medicina. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-5. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1400](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1400)

Documento original publicado no British Journal of General Practice, março de 2016.

Em 2014, a Royal College of General Practitioners (RGCP) estabeleceu seu Grupo Permanente de Sobrediagnóstico [Apoiando Decisões Compartilhadas em Cuidados Médicos].

O sobrediagnóstico foi definido como “...quando pessoas sem sintomas são diagnosticadas com uma doença que, no fim das contas, não as causará sintomas ou morte precoce”, e também é usado como uma designação abrangente para incluir “...os problemas relacionados à medicalização excessiva e o tratamento excessivo subsequente, desvirtuamento de diagnóstico, alteração de limiares e mercantilização de doença”.¹ Alguns autores usam a *Too Much Medicine* para englobar estas questões mais amplas.²

Os mecanismos do sobrediagnóstico são bem descritos. A tecnologia avançada permite a detecção de doenças em seus estágios iniciais, ou estados “pré-doença”. Boas intenções e interesses ocultos se combinam a limiares mais baixos para tratamento e intervenção de modo que segmentos cada vez maiores da população assintomática adquiram diagnósticos, fatores de risco ou rótulos de doenças. Este processo é apoiado por medo de judicialização médica e por pagamentos e indicadores de desempenho que recompensam atividades excessivas. Isto levou a uma cultura de protocolos que evoluiu involuntariamente para espremer a tomada de decisões customizada e focada em pessoas. Subjacente a tudo isto estão as narrativas, profundamente intuitivas, ao redor dos supostos benefícios da detecção precoce e intervenção que são difíceis de anular, igualmente para profissionais e público.

Isto leva a perigos reais. O fardo psicológico de adquirir um título de doença pode parecer difícil de quantificar - parcialmente por causa de pesquisas insuficientes - para algo como doença renal crônica (DRC). Entretanto, se torna mais óbvio quando se considera um diagnóstico falso-positivo de demência ou um sobrediagnóstico de rastreamento de câncer de mama. Os pacientes são expostos aos danos do tratamento, dos mais moderados aos fatais, e é inevitável que haja desperdício de recursos em grande escala. A questão crítica do custo de oportunidade pode ser levantada, mas é desconsiderada em decisões de custo-efetividade.⁴

Nada disto é simples; o sobrediagnóstico e o tratamento excessivo surgem como consequência de atividades que têm um grau de benefício para certas pessoas. Dilemas surgem sobre como danos e benefícios são pesados ou percebidos, e como oferecer escolhas reais para pacientes em vez de simplesmente apresentar aquelas opções que o contrato ou os protocolos direcionam.

Acreditamos que os generalistas (MFC) possuem expertise específica aqui. Guias da prática clínica tendem a vir de pesquisa especializada. Especialistas que lidam com condições individuais podem ter em mente desfechos específicos para doenças, mas essas precisam ser priorizadas pelo paciente no contexto de seus problemas de saúde mais amplos e a percepção de risco e benefício. Para o médico, estes desfechos precisam ser priorizados com o conhecimento das consequências de intervenções sobre a população geral ou o sistema. Os generalistas recebem a responsabilidade de fazer intervenções no nível da população para atingir objetivos específicos, mas tratamos indivíduos que podem, correta e razoavelmente, ter um ponto de vista diferente.

Pseudosoluções para problemas difíceis

Problemas de saúde pública sem soluções fáceis são terreno fértil para atividades excessivas em grande escala nos cuidados primários. Exames de *check-up* do NHS (sistema de saúde britânico) foram introduzidos nacionalmente com um incentivo financeiro como uma solução aparente para a doença

metabólica, apesar de quatro décadas de evidência provarem que estes programas não afetam a morbidade ou mortalidade populacional.⁵⁻⁷

A triagem para demência não foi recomendada pelo Comitê de Triagem Nacional do Reino Unido (*UK National Screening Committee*), pois possui risco significativo de danos com possíveis diagnósticos falso-positivos de demência,⁸ sem falar do custo de oportunidade criado pelo inevitável “sequestro da consulta”.

Esta atividade pode parecer sensível, mas faltam evidências e distrai da necessidade de soluções mais desafiadoras como a abordagem do ambiente obesogênico ou a melhoria do cuidado social para pessoas com demência.

Alteração de limiares ou desvirtuamento de indicações

Limiares para rótulos como diabetes ou doença renal crônica são criados com base na identificação de riscos acima da média, e assim as populações-alvo ficam ainda mais perto de conter metade dos adultos mais velhos. Isto tende a preceder a evidência de efeitos sobre resultados de desfecho para os novos “pacientes” na extremidade moderada do espectro de risco.^{9,10}

Limiares de tratamentos inferiores sempre criam um aumento no número de pacientes tomando medicamentos sem benefício nenhum para que somente alguns possam tê-lo. Ao anunciar seu mais recente protocolo de dislipidemia, o Instituto Nacional para Excelência em Saúde e Cuidado (*“National Institute for Health and Care Excellence”*, NICE) estimou que, caso todas as pessoas elegíveis recebessem tratamento, poderíamos prevenir 28.000 ataques cardíacos, 16.000 derrames e 8.000 mortes ao longo de três anos. Nós também daríamos estatinas para 4.448.000 pacientes com benefício nenhum.¹¹

Buscar reduzir o sobrediagnóstico e o tratamento excessivo não implica em niilismo terapêutico, tampouco em um desejo de abandonar a medicina preventiva. Ao invés disto, nos força a buscar uma compreensão da base de evidências que auxilia pacientes a fazer escolhas de maneira útil e cognitiva acerca dos benefícios e danos.

Os generalistas (MFC) não se deparam apenas com as consequências da medicalização excessiva, mas também carregam uma carga de trabalho extra causada por isto. A multimorbidade iatrogênica cria um fardo de polimedicação prejudicial para pacientes e seus cuidadores. Os médicos focados em uma condição podem não ter a visão geral, holística e generalista necessária para ajudar o paciente a diferenciar intervenções valiosas daquelas sem valor. A defesa de nossos pacientes contra os perigos de *“Too Much Medicine”* precisa acontecer não só no consultório, mas também com criação de políticas locais e nacionais.

A RCGP tem diversos mecanismos a seu dispor, incluindo o desenvolvimento de fontes de evidência e a melhoria de nossos relacionamentos com colegas especialistas e órgãos externos. Em 2015, o Conselho da RCGP aprovou um documento de orientação quanto ao sobrediagnóstico¹² com uma recomendação de que cinco tópicos fossem divulgados pela Associação Britânica dos Médicos de Família (RCGP) de modo a reduzir o risco de sobremedicação:

- Apresentar evidências de maneira que permita a tomada compartilhada de decisões e o envolvimento dos pacientes (risco absoluto, número necessário para tratar);
- Clareza sobre quais populações as evidências razoavelmente se aplicam;
- Abertura sobre a incerteza das evidências;

- Afirmar quais propostas para triagens foram aprovadas pelo Comitê Nacional de Triagem (National Screening Committee); e
- Finalmente, que as declarações de interesse sejam tornadas públicas.

Entretanto, o recurso mais valioso é o nosso tempo, e esperamos que, ao redistribuirmos nosso tempo de intervenções de pouco valor em direção a intervenções de alto valor, nós desfrutaremos de um trabalho muito mais gratificante, compartilhando decisões com nossos pacientes e reivindicando o nosso papel como especialistas gerais.

Para isto, devemos ser claros a respeito de custos de oportunidade. Todas as novas inovações ou intervenções que forem sugeridas para generalistas (MFC) deverão ser acompanhadas pelo custo de oportunidade e, a menos que haja uma nova informação, tarefas atuais deverão ser identificadas para que sejam interrompidas, de modo a adequar novos trabalhos. Isto pode necessitar de uma posição mais assertiva dos generalistas do que o que talvez estejamos acostumados. Precisamos nos impor e dar forma à agenda clínica a partir de nossa perspectiva individual, pautando o trabalho, as fontes da atenção primária na academia e o mundo da medicina com base em evidências. Nosso papel como implementadores passivos de ideias de saúde pública e de especialistas deve ser atualizado. Para fazê-lo, precisamos de um papel mais forte no processo criativo de síntese de evidência e criação de políticas. Precisamos garantir que a “voz” comum seja representada.

Deveríamos recrutar os criadores de protocolos para garantir que os generalistas (MFC) com uma perspectiva tão valiosa e ampla, sejam habilitados a ter uma influência maior em sua produção.

Os generalistas que estão na linha de frente (MFC) são clínicos gerais valiosos, e invocamos aqueles que possam pensar que suas vozes não são importantes para se envolverem no ato de moldar o futuro de nossa prática clínica para nossos pacientes e para nós mesmos.

Referências

1. Moynihan R, Glasziou P, Woloshin S, et al. Winding back the harms of too much medicine. (*“Minimizando os danos causados por excesso de medicamentos”*). BMJ 2013; 346: f1271. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f1271>
2. Carter SM, Rogers W, Heath I, et al. The challenge of overdiagnosis begins with its definition. (*“O desafio do sobrediagnóstico começa com sua definição”*). BMJ 2015; 350: h869. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h869>
3. Heath I. Overdiagnosis: when good intentions meet vested interests - an essay. (*“Sobrediagnóstico: quando boas intenções encontram interesses ocultos”*). BMJ 2013; 347: f6361. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f6361>
4. National Institute for Health and Care Excellence. Costing report: lipid modification. Implementing the NICE guideline on lipid modification (CG181). (*“Instituto Nacional para Excelência em Saúde e Cuidado: Relatório de custeio: modificação de lipídio. Implementando as diretrizes do NICE sobre a modificação de lipídios”*). July 2014. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg181/resources/lipid-modification-update-costing-report-243777565> (accessed 1 Feb 2016).
5. Krogsbøll T, Jørgensen K, Grønhøj Larsen C, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. (*“Exames de saúde gerais em adultos para reduzir a morbilidade e mortalidade causadas por doenças”*). Cochrane Database Syst Rev 2012;10: CD009009.
6. Jørgensen T, Jacobsen RK, Toft U, et al. Effect of screening and lifestyle counselling on incidence of ischaemic heart disease in general population: Inter99 randomised trial. (*“O efeito de triagens e aconselhamento de estilo de vida sobre a incidência de doença cardíaca isquêmica na população geral: ensaio randomizado Inter99”*) BMJ 2014; 348: g3617.

7. Capewell S, McCartney M, Holland W. Invited debate: NHS Health Checks - a naked emperor? (*"Debate: Exames de Saúde do SNS - um imperador nu?"*) J Public Health 2015; 37(2): 187-192. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/pubmed/fdv063>
8. The UK National Screening Committee. The UK NSC recommendation on Screening for Dementia. (*"O Comitê de Triagem Nacional do Reino Unido. A recomendação do CTN do RU sobre a Triagem para Demência"*). 2015. <http://legacy.screening.nhs.uk/dementia> (accessed 5 Feb 2016).
9. Yudkin JS, Montori VM. The epidemic of pre-diabetes: the medicine and the politics. (*"A epidemia de pré-diabetes: a medicina e a política"*). BMJ2014; 349: g4485.
10. Moynihan R, Glascock R, Doust J. Chronic kidney disease controversy: how expanding definitions are unnecessarily labelling many people as diseased. (*"A controvérsia da doença crônica renal: como a expansão de definições está rotulando desnecessariamente muitas pessoas como doentes"*). BMJ 2013; 347: f4298. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f4298>
11. National Institute for Health and Care Excellence. Wider use of statins could cut deaths from heart disease. 2014. (*"Instituto Nacional para Excelência em Saúde e Cuidado. Uso mais amplo de estatinas pode reduzir mortes por doenças cardíacas"*). (<https://www.nice.org.uk/news/article/wider-use-of-statins-could-cut-deaths-from-heart-disease> (accessed 5 Feb 2016)).
12. Royal College of General Practitioners. RCGP Standing Group on Overdiagnosis. For shared decisions in healthcare. (*"Grupo Permanente sobre Sobrediagnóstico de RCGP. Por decisões compartilhadas no atendimento médico"*). [http://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/~/_media/Files/Policy/A-Z-policy/2015/C72 Standing Group on Over-diagnosis - revise 2.ashx](http://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/~/_media/Files/Policy/A-Z-policy/2015/C72%20Standing%20Group%20on%20Over-diagnosis%20-%20revise%202.ashx) (accessed 5 Feb 2016).