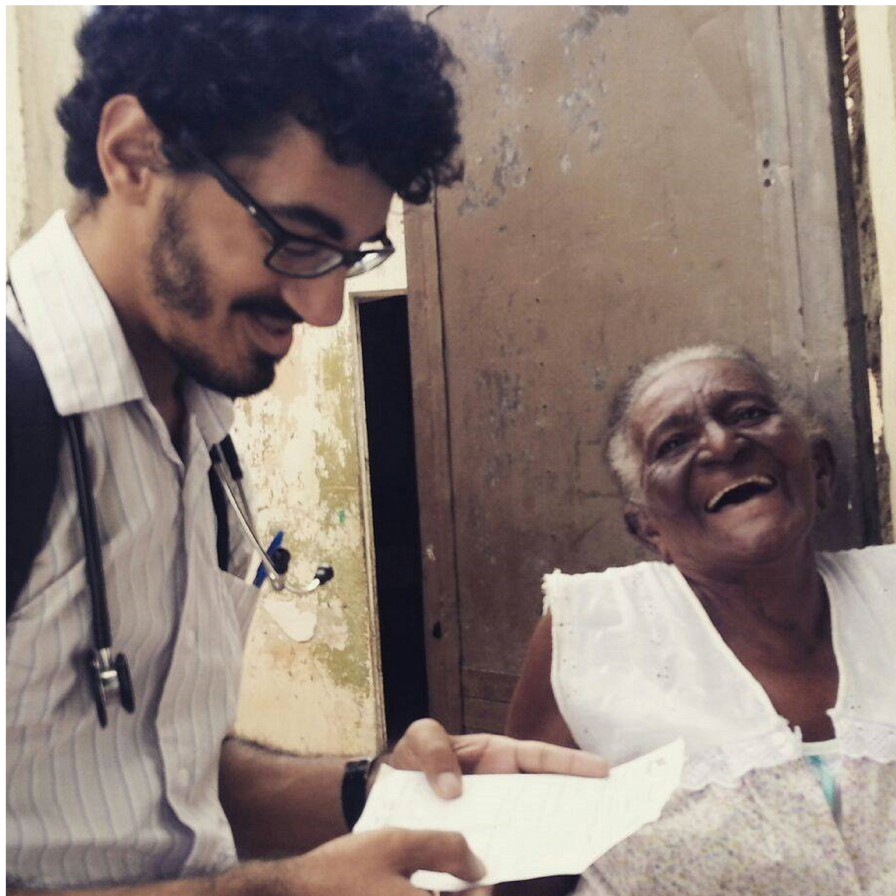


REVISTA BRASILEIRA DE **MEDICINA DE**
FAMÍLIA E
COMUNIDADE



Volume 12, Número 39, Jan-Dez 2017
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.rbmf.org.br>
Volume 1, Número 1, Abril, 2004
ISSN 2179-7994 (Online)

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

CDD 362.1

Filiada à:



Indexada em:



Sumário / Contents / Sumario

CARTAS AO EDITOR

Consultório na Rua e Redução de Danos: estratégias de ampliação da vida

Street Clinic and Harm Reduction: strategies for increasing life

Consultório en la calle y reducción de daños: estrategias para extender la vida

Deivid de Abreu

Estudantes de medicina e ação comunitária: estamos no caminho certo?

Medical students and community action: are we on the right path?

Estudiantes de medicina y acción comunitaria: ¿estamos en el camino correcto?

Luis Arthur Brasil Gadelha Farias

EDITORIAL

O desafio da qualidade e integridade das publicações científicas

The challenge of the quality and integrity of scientific publications

El reto de la calidad y la integridad de las publicaciones científicas

Thiago Dias Sarti

O que podemos aprender com a atual realidade da Atenção Primária inglesa?

Considerações a partir da tradução de textos da British Journal of General Practice pela Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

What can we learn from the reality of UK's primary care? Reflections on the translation of texts from the British Journal of General Practice by the Brazilian Journal of Family and Community Medicine

¿Qué podemos aprender de la realidad de la atención primaria del Reino Unido?

Consideraciones sobre la traducción de textos del British Journal of General Practice por la Revista Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria

Thiago Dias Sarti, Leonardo Ferreira Fontenelle

ARTIGOS DE PESQUISAS

Hiperuricemia assintomática - tratar ou não tratar? - Uma revisão baseada na evidência

Asymptomatic hyperuricemia - to treat or not to treat? - An evidence based review

Hiperuricemia asintomática - ¿tratar o no tratar? - Una revisión basada en la evidencia

Helena Maria Ribeiro Fernandes, Ana Catarina Andrade Peixoto, Bruno Santos Maia, Filipe Ribeiro Melo, Pedro Nuno Rego Miranda

Internações por condições sensíveis à atenção primária em Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul

Hospitalizations for primary care sensitive conditions in Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul

Hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención primaria en Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul

Jocinei Santos de Arruda, Juvenal Soares Dias Da Costa

Análise da síndrome da fragilidade em idosos na atenção primária - Estudo transversal

Analysis of frailty syndrome in primary care - Cross sectional study

Análisis de síndrome del anciano frágil en atención primaria - Estudio transversal

Ana Carolina Veloso Augusti, Gláucia Regina Falsarella, Arlete Maria Valente Coimbra

Rumo à educação baseada em competências: construindo a matriz do internato em Medicina de Família e Comunidade

Towards competency-based education: building the Family Medicine clerkship blueprint

Hacia una educación basada en competencias: la construcción de la matriz de prácticas en Medicina de Familia

Ângela Jornada Ben, José Mauro Ceratti Lopes, Carmen Vera Giacobbo Daudt, Maria Eugênia Bresolin Pinto, Mônica Maria Celestina de Oliveira

Doenças respiratórias em crianças e adolescentes: um perfil dos atendimentos na atenção primária em Vitória/ES

Respiratory diseases in children and adolescents: profiling primary care visits in Vitória/ES

Enfermedades respiratorias en niños y adolescentes: un perfil de asistencia en la atención primaria en Vitória/ES

Diana de Oliveira Frauches, Isabela Bittencourt Coutinho Lopes, Henrique Ton Azevedo Giacomin, João Pedro Gonçalves Pacheco, Ricardo Felipe Costa, Christiane Boaventura Lourenço

Cuidados paliativos oncológicos em um serviço público de atenção domiciliar

Oncology palliative care in a public home-care service

Cuidados paliativos oncológicos en un servicio publico de atención domiciliar

Patrícia Pilatti, Verlaina Balzan Lagni, Milene Campanholo Picasso, Karen Puma, Raquel Jeanty de Seixas Mestriner, Diani de Oliveira Machado, Sati Jaber Mahmud, Gislaine dos Santos Jardim, Heloisa Arrussul Braga, Carine Raquel Blattb, Karine Zortéa

Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Instrumento PCATool-Brasil

Evaluation of Primary Health Care using the PCATool-Brazil Instrument

Evaluación de Atención Primaria de Salud utilizando el Instrumento PCATool-Brasil

Jéssica Mazutti Penso, Eduardo Périco, Mônica Maria Celestina de Oliveira, Andreia Aparecida Guimarães Strohschoen, Ioná Carreno, Claudete Rempel

Prevalência de burnout em médicos residentes de Medicina Geral e Familiar em Portugal

Burnout prevalence among Portuguese General and Family Medicine residents

Prevalencia del burnout en los médicos residentes de Medicina Familiar en Portugal

Sara Cristina Robalo dos Santos, Ana Isabel Francisco Viegas, Catarina Isabel de Magalhães Oliveira Morgado, Carla Sofia Varela Ramos, Christina Nunes Delgado Soares, Helena Mafalda da Conceição João Roxo, Mafalda Cleto da Silva Santos, Sara Nunes Pires Nabais

Desarrollo e implementación de un modelo de auditoría médica basado en el aseguramiento de la calidad y la supervisión participativa en Ecuador

Development and implementation of a medical audit model based on quality assurance and participatory supervision in Ecuador

Desenvolvimento e implementação do modelo de auditoria médica baseada na garantia da qualidade e monitoramento participativo no Equador

Fausto Gady Torres Toala

A formação na modalidade Residência Médica: contribuições para a qualificação e provimento médico no Brasil

Medical residency training: contributions for qualification and provision of physicians in Brazil

Entrenamiento en el modo de Residencia Médica: aportes para la cualificación y la prestación de servicios médicos en Brasil

Carla Baumvol Berger, Daniela Dallegrave, Eno Dias de Castro Filho, Renata Pekelman

Pesquisa operativa para adequação das agendas num serviço de Atenção Primária

Operational research for scheduling adjustment in a primary care service

Investigación operativa para adecuación de las agendas en un servicio de atención primaria

Ana Maria Sant'Ana

Coordenação do cuidado e ordenação nas redes de atenção pela Atenção Primária à Saúde – uma proposta de itens para avaliação destes atributos

Evaluation of health care coordination and health care networks ordination by Primary Health Care – a proposal of items for the evaluation of these attributes

Coordinación del cuidado y clasificación en las redes de atención por la Atención Primaria de Salud – una propuesta de ítems para la evaluación de estos atributos

Patricia Sampaio Chueiri, Erno Harzheim, Silvia Maristela Pasa Takeda

Processo de trabalho entre a Equipe de Atenção Básica e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Work process between the Primary Care Team and the Family Health Support Centers

Proceso de trabajo entre el Equipo de Atención Primaria y el Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia

Isabelle Cristina Borba da Silva, Laís Alves Bernardino da Silva, Reíza Stéfany de Araújo e Lima, Jailson Alberto Rodrigues, Ana Maria Gondim Valença, Juliana Sampaio

Oferta e utilização de teleconsultorias para Atenção Primária à Saúde no Programa Telessaúde Brasil Redes

Provision and use of teleconsultations for Primary Health Care in the Telehealth Brazil Networks Program

Oferta y uso de teleconsultorías para Atención Primaria de Salud en el Programa Telesalud Brasil Redes

Carlos André Aita Schmitz, Erno Harzheim

Panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil, 2000 a 2014

Overview of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in Espírito Santo, Brazil, 2000 to 2014

Panorama de las hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención primaria en Espírito Santo, Brasil, 2000 a 2014

Rosalva Grobério Pazó, Diana de Oliveira Frauches, Maria del Carmen Bisi Molina, Nágela Valadão Cade

Motivos para recusa da vacina contra o Papilomavírus Humano entre adolescentes de 11 a 14 anos no município de Maringá-PR

Reasons for refusal of human papillomavirus vaccine among adolescent girls between 11 and 14 years of age in the municipality of Maringá-PR

Razones para rechazo de la vacuna contra el virus del papiloma humano en adolescentes entre 11 y 14 años en el municipio de Maringá-PR

Natalie Vieira Zanini, Bianca Stawinski Prado, Rafael de Castro Hendges, Carolina Arnaut dos Santos, Fernanda Vieira Rodovalho Callegari, Marcelo Picinin Bernuci

Violência contra mulher em contexto de vulnerabilidade social na Atenção Primária: registro de violência em prontuários

Violence against women in the context of social vulnerability in primary health care: logging of violence in medical records

La violencia contra la mujer en el contexto de vulnerabilidad social en atención primaria: informe de la violencia en registros médicos

Telma Libna Rodrigues Borburema, Alice Pinto Pacheco, Anelise Alves Nunes, Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré, Scheila Krenkel

Infecções comunitárias do trato urinário em Divinópolis, MG: avaliação do perfil de resistência bacteriana e do manejo clínico

Community-acquired urinary tract infections in Divinópolis, Brazil: assesment of bacterial resistance profile and clinical management

Infecciones del tracto urinário adquiridas en la comunidad en Divinópolis, Brasil: evaluación del perfil de la resistencia bacteriana y la gestión clínica

Vanessa Machado Ferreira, Lucas Nicolas Viana Rossiter, Nicole Faraje Ferreira Aragão, Otávio Augusto Pinto, Paola Mara Santos, Pedro Henrique Alves Cardoso, Thaís Braga Cerqueira, Débora Moura Fernandino, Gustavo Machado Rocha

Identifying patients for palliative care in primary care in Brazil: Project Estar ao Seu Lado's experience

Identificando pacientes para cuidados paliativos na atenção primária no Brasil: experiência do Projeto Estar ao Seu Lado

Identificando pacientes para cuidados paliativos en atención primaria en Brasil: la experiencia del Proyecto Estar ao Seu Lado

Santiago Rodríguez Corrêa, Carla Mazuko, Geoffrey Mitchell, Tania Pastrana, Liliana De Lima, Scott A Murray

Efeito do vínculo com um médico de família no controle da pressão arterial em hipertensos

Effect of family doctor relationship on blood pressure control in hypertensive patients

Efecto del vínculo con un médico de familia en el control de la presión arterial en hipertensos

Andre Klafke, Laura Afanador Pineros Vagheti, Andre Dias Costa

Qualidade dos dados de assistência pré-natal na Atenção Básica em prontuário eletrônico e relação com apoio matricial, Vitória, Espírito Santo, 2013-2014: corte transversal

Quality of prenatal care data in Basic Care in electronic medical records and relationship with matrix support, Vitória, Espírito Santo, 2013-2014: cross-sectional

Calidad de los datos de asistencia prenatal en la Atención Básica en historia clínica electrónica y relación con apoyo matricial, Vitória, Espírito Santo, 2013-2014: corte transversal

Gustavo Enrico Cabral Ruschi, Fernanda Ferrão Antônio, Eliana Zandonade, Angélica Espinosa Miranda

Adequação da prescrição de medicamentos na Atenção Primária à Saúde de Ribeirão Preto-SP: estudo transversal

Adequacy of drug prescriptions in the Primary Health Care of Ribeirão Preto-SP: a cross-sectional study

Adecuación de las prescripciones de medicamentos en la Atención Primaria de Salud de Ribeirão Preto-SP: estudio transversal

Maria Olívia Barboza Zanetti, Juliana Maldonado Marchetti, Regina Célia Garcia de Andrade

Evidências sobre relaxantes musculares de uso ambulatorial: Uma revisão da literatura

Evidences on muscular relaxants for outpatient use: A review of the literature

Evidencias sobre relajantes musculares para el uso ambulatorio: Una revisión de la literatura

Lívia Helena Freitas da Silva Cascaes, Jardel Corrêa de Oliveira

Avaliação dos resultados obtidos nos grupos de controle do tabagismo realizados numa unidade de saúde de Curitiba-PR

Evaluation of the results obtained in the smoking control groups performed at a health unit in Curitiba-PR

Evaluación de los resultados obtenidos en los grupos de control del tabaquismo realizados en una unidad de salud de Curitiba-PR

Lucileyne Wittkowski, Cynthia Ramos Soares Dias

Efetividade do programa de controle ao tabagismo em uma cidade do sul do Brasil

Effectiveness of the tobacco control program in a city of the south of Brazil

Efectividad del programa de control al tababismo en una ciudad del sur del Brasil

Kelser de Souza Kock, Matheus Walerio Braido Arantes, Carolina Campos dos Santos, Solange de Souza Castelini

ARTIGOS DE REVISÃO CLÍNICA

Eficácia do uso de corticoides tópicos no tratamento da fimose primária em crianças e adolescentes

Efficacy of topical corticosteroids in the treatment of primary phimosis in children and adolescents

Eficacia del uso de corticoesteroides tópicos en el tratamiento de la fimosis primaria en niños y adolescentes

Flávio Manuel Gomes Guimarães, Albino Monteiro Martins

Tratamento da Gota na Atenção Primária à Saúde

Treatment of Gout in the Primary Health Care

Tratamiento de la Gota en la Atención Primaria de la Salud

Flávio Manuel Gomes Guimarães

Tratamento de Molusco Contagioso em crianças: uma revisão sistemática de literatura

Molluscum Contagiosum treatment in children: a systematic literature review

Tratamiento del molusco contagioso en niños: una revisión sistemática de la literatura

Diana de Oliveira Frauches, Carla Coradini de Mattos Siqueira, Thays Furtado Dias da Mata

Exercício físico na prevenção de quedas do idoso da comunidade: revisão baseada na evidência

Physical exercise for preventing falls in elder people living in the community

Ejercicio físico en la prevención de caídas del anciano de la comunidad: revisión basada en la evidencia

Joana Rita Bento, Nadina Duarte Sousa

CASOS CLÍNICOS

Úlcera crônica tratada com gel de papaína 10% na Estratégia Saúde da Família: relato de experiência

Chronic ulcer treated with 10% papain gel by Family Health Strategy: experience report

Úlcera crônica tratada con papaína gel al 10% en Estrategia Salud de la Familia: informe de experiencia

Maria Cristina Almeida de Souza, Renata Oliveira Melhem Franco, Paula Souza Cruz de Oliveira, Edsneider Rocha Pires de Souza

Exérese de lipoma gigante na Clínica da Família: um relato de caso

Giant lipoma excision in the Family Clinic: a case report

Escisión de lipoma gigante en la Clínica Familiar: reporte de un caso

Roberto Wallace Dias Lacerda, Cássio Battisti Serafini, Pedro Miño Vianna, Leandro Jácomo Maria, Giulia Garcia Regattieri

Dermatomiosite juvenil – papel do médico de família na abordagem de uma doença rara

Juvenile dermatomyositis – role of the family physician in the approach of a rare disease

Dermatomiositis juvenil - papel del médico de familia en el abordaje de una enfermedad rara

Marisa Loio, André Salgueiro, Helena Cruz

Quando o antígeno específico da próstata nos leva ao Balint: um relato de caso

When prostate-specific antigen takes us to Balint: a case report

Cuando el antígeno específico de la próstata conduce a Balint: relato de un caso

Cristina Isabel Duarte Silva

HISTÓRIAS DA LINHA DE FRENTE

Intervenção na prevenção e controle de câncer de colo uterino e mama numa unidade básica de saúde do nordeste do Brasil

Intervention on cervical and breast cancer prevention and control in a basic health unit in the northeast of Brazil

Intervención en la prevención y control del cáncer de cuello uterino y mama en una unidad básica de salud del nordeste de Brasil

Luis Sauchay Romero, Guilherme Barbosa Shimocomaqui, Ana Beatriz Rebêlo Medeiros

Teleconsulta: nova fronteira da interação entre médicos e pacientes

Teleconsultation: new frontier of the interaction between doctors and patients

Teleconsulta: nueva frontera de la interacción entre médicos y pacientes

Carlos André Aita Schmitz, Marcelo Rodrigues Gonçalves, Roberto Nunes Umpierre, Ana Célia da Silva Siqueira, Otávio Pereira D'Ávila, Cynthia Goulart Molina Bastos, Rafael Gustavo Dal Moro, Natan Katz, Erno Harzheim

OTIMIZANDO O CUIDADO

Repensando acesso, qualificando o cuidado: relato do trabalho em duas equipes de saúde da família

Rethinking access, qualifying care: a report of the work in two family health care teams

Repensar el acceso, mejorar la atención: un informe del trabajo en dos equipos de atención primaria

Carolina Lopes de Lima Reigada

RELATOS DE EXPERIÊNCIA

Programa Mais Médicos: análise dos potenciais riscos e benefícios a partir da experiência como supervisor no município de Jandira

More Doctors program: analysis of the potential risks and benefits from the experience as a supervisor in Jandira city

Programa Más Médicos: análisis de los posibles riesgos y beneficios de la experiencia como supervisor en la ciudad de Jandira

Gustavo Diniz Ferreira Gusso

Acolhimento de imigrantes haitianos via integração ensino-serviço-pesquisa na atenção primária à saúde: relato de experiência

Accommodating Haitian immigrants via academia-service-research integration in primary healthcare: case report

Acogida de inmigrantes haitianos vía integración enseñanza-servicio-investigación en la atención primaria de salud: relato de experiencia

Neoma Mendes Assis, Letícia Lara Martins, Lêda Maria Mendes Souza, Ivone Aparecida Nicolao, Nathan Mendes Souza

RESENHAS

Audácia baseada em evidências

Audacity based on evidence

Audacia basada en la evidencia

Isabella Talita Landim da Silva Santos, Thiago Rocha de Pontes, Renato Matias Dantas, Nelson Barros Pinheiro Neto

A Atenção Primária Coordenando as Redes de Atenção à Saúde: a realidade dos grandes municípios

Primary Care Coordination of Health Care Networks: the reality of large municipalities

La Atención Primaria Coordinando las Redes de Atención a la Salud: la realidad de las grandes ciudades

Thiago Dias Sarti

ENSAIO/ESPAÇO ABERTO

Funcionamento 24 horas para Unidades de Saúde da Família: uma solução para ampliação de acesso? Um ensaio sobre as “Upinhas” do Recife

24-hour operation for Family Health Units: a solution for access expansion? An essay on the “Upinhas” of Recife

Funcionamiento 24 horas para las Unidades de Salud de la Familia: ¿Una solución para la ampliación del acceso? Un ensayo sobre las “Upinhas” de Recife

Bruno Henrique Soares Pessoa, Eneline de Andrade Heráclio Gouveia, Isabel Brandão Correia

ARTIGOS TRADUZIDOS

Novas tecnologias e Medicina de Família

Antony J. Young

Compreendendo e respondendo à demanda na medicina de família inglesa

Graham Box

Financiamento para medicina de família na próxima década: vida após o QOF

Mark Ashworth, Martin Gulliford

Inovação e avanços em atenção primária no Brasil: novos desafios

Airton Tetelbom Stein, Cleusa Pinheiro Ferri

AGRADECIMENTOS

Agradecimento aos Revisores da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC)

Gustavo Diniz Ferreira Gusso, Thiago Dias Sarti

Consultório na Rua e Redução de Danos: estratégias de ampliação da vida

Street Clinic and Harm Reduction: strategies for increasing life

Consultório en la calle y reducción de daños: estrategias para extender la vida

Deidvid de Abreu^a

A atenção à saúde da população em situação de rua (PSR) tornou-se alvo de inúmeros estudos e pesquisas. Nesse contexto, diferentes experiências têm sido colocadas em cena, principalmente aquelas relacionadas às equipes de saúde da família para a PSR, ao Programa de Saúde da Família (PSF) sem domicílio, ao Consultório de Rua, e da mais recente estratégia da Política de Atenção Básica direcionada à PSR, o Consultório na Rua. Estas ações buscam incluir a PSR nas ofertas de cuidado e atenção integral em saúde. Por sua vez, isto tem requerido certa desenvoltura dos profissionais de saúde para perceber, compreender e intervir a partir das singularidades desse grupo populacional, ampliando suas práticas para além do costumeiramente atendido no Sistema Único de Saúde (SUS).

Como aponta o artigo “*Vivência em Consultório na Rua do Rio de Janeiro: a situação de rua sob uma nova perspectiva*”,¹ a experiência de conhecer e se aproximar da PSR pode potencializar um senso de humanidade, muitas vezes precário ou mesmo ausente em muitas práticas de saúde. O autor apresenta a complexidade do cuidado a esta população, que numa perspectiva intersetorial, compreende a garantia mínima de saúde, habitação, trabalho, alimentação, documentação, educação, participação e de serem reconhecidos como sujeitos de direitos.

Nesse sentido, o artigo traz sensivelmente a Redução de Danos (RD) e a medicina centrada na pessoa como partes fundamentais de um cuidado integral e respeitoso a vida e ao contexto social das pessoas em situação de rua. Práticas estas que devem estar presentes no cotidiano dos todos os profissionais que atuam no contexto da saúde.

Obstante a RD, o autor sinaliza que seu texto tem a finalidade de esclarecer como o Consultório na Rua utiliza-se desta para melhorar o cuidado à PSR. Durante a escrita, o autor não deixa clara esta questão, apresentando apenas os benefícios da RD na relação com o uso de drogas ao sinalizar a possível minimização de riscos

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
não se aplica.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.

Recebido em: 19/12/2016.

Aprovado em: 30/12/2016.

Como citar: Abreu D. Consultório na Rua e Redução de Danos: estratégias de ampliação da vida. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-2. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1435](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1435)

biológicos, sociais e econômicos. A RD é muito mais, compreende um olhar singular sobre o contexto do sujeito e a construção de experimentos únicos e pensados sempre na relação com o mesmo.

Ela compreende estratégias práticas de reflexão sobre o consumo de água/alimentação, uso de preservativos e outras práticas de cuidado com a saúde. Nesse sentido a RD torna-se uma estratégia de ampliação da vida,² pois além de trabalhar questões relacionadas ao uso de drogas e à saúde geral, também busca sensibilizar à PSR para participação e engajamento, tanto no autocuidado em saúde quanto na vida social, principalmente no seu reconhecimento como sujeito de direito.³

Outro aspecto que o autor poderia ter explorado de forma mais consistente foi a negação de atendimento à PSR justificada por muitos profissionais de saúde pela falta de documentação pessoal. Cabe destacar que nenhuma pessoa, indiferente de classe, gênero, etnia e/ou condição social pode deixar de ser atendida no SUS por falta de documentação e ou/ Cartão Nacional de Saúde (CNS), conforme descreve a Portaria do Ministério da Saúde nº 940/2011.⁴ Esta portaria afirma que não será condicionada a confecção de CNS à PSR exigindo-se comprovação de residência, já que tal exigência mostra-se contraditória ao contexto de vida desta população e ao princípio da equidade, tão importante na atenção às diferenças no âmbito do SUS.

Por estas lentes, que miram a partir da estratégia da RD de forma ampliada e atuam na defesa da atenção à saúde de todos, sem exceção, o Consultório na Rua constitui-se como uma excelente e desafiante estratégia de garantias de direitos. Dispositivo que convida diferentes profissionais para o exercício da inclusão social e equidade, objetivos estes capazes de contribuir na transformação da vida e experiência da PSR.

Referências

1. 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. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1269](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1269).
2. Lancetti A. *Clínica Peripatética*. 6a ed. São Paulo: Hucitec; 2011.
3. Brasil. Presidência da República. Decreto nº. 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. [acesso 2017 Jan 19]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº. 940, de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). [acesso 2017 Jan 19]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/docs/portaria_940_cartaoSUS.pdf

^a Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC). Florianópolis, SC, Brasil. abreudd@gmail.com (*Autor correspondente*)

Estudantes de medicina e ação comunitária: estamos no caminho certo?

Medical students and community action: are we on the right path?

Estudiantes de medicina y acción comunitaria: ¿estamos en el camino correcto?

Luis Arthur Brasil Gadelha Farias^a

Prezado editor,

Parte do tripé universitário, junto aos pilares ensino-pesquisa, a extensão universitária assume papel fundamental na dinâmica universitária e na sociedade. No Brasil, o caminho percorrido para que a extensão se tornasse integrante da instituição universitária e de mesmo patamar curricular que o ensino-pesquisa foi longo e alvo de controvérsias.¹ Segundo o Plano Nacional de Extensão Universitária, conceitua-se a extensão como processo educativo, cultural e científico que articula o Ensino e a Pesquisa de forma indissociável e viabiliza a relação transformadora entre universidade e sociedade.²

Não obstante, as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina pontuam que o profissional médico deve estar apto a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo.³ O objetivo da formação médica no Brasil e a extensão universitária têm muito em comum. A responsabilidade social é pautada tanto nas diretrizes universitárias como pelo Conselho Federal de Medicina, que a pontua tanto no Código de Ética do Estudante de Medicina como no Código de Ética Médica.^{4,5}

A pergunta que surge é: A extensão universitária como ferramenta de ação comunitária tem sido realizada de forma a cumprir com os objetivos que a regulamentam? A criação das Ligas acadêmicas no século XX trouxe esperança e questionamentos acerca da extensão universitária. Ligas acadêmicas são uniões de estudantes, sem fins lucrativos e que criam para seus membros oportunidades acadêmicas, didáticas, sociais e culturais dentro do tripé universitário.⁶

Fato é, entretanto, que a atuação das ligas acadêmicas, muitas vezes desprovidas da orientação necessária, culminou com a realização de atividades eminentemente

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: 14/10/2017.
Aprovado em: 18/10/2017.

Como citar: LABG Farias. Estudantes de medicina e ação comunitária: estamos no caminho certo? Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-2. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1640](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1640)

com intuito curricular, priorizando apenas o ensino e a pesquisa. Hamamoto Filho et al. afirmam que algumas ligas, além de não realizar atividades de impacto social relevante, fomentam espaço de especialização precoce, distante, portanto, das diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina.⁷

São ações comunitárias em shopping centers, praias, escolas particulares e que, apesar do cunho científico, levantam dúvidas acerca do impacto e da escolha da população alvo das ações. Há relatos de projetos de extensão que mais se assemelham a congregações científicas ou grupos de pesquisa do que mecanismo de integração entre estudantes de medicina, universidade e comunidade.

O papel transformador do estudante e da universidade, sobretudo na comunidade que a cerca, deve ser o palco ideal para a ação social efetiva. A realização da pesquisa acadêmico-científica pelos estudantes não é um ponto negativo. O Plano Nacional de Extensão Universitária preconiza a ação comunitária como via de mão-dupla, com trânsito assegurado à comunidade acadêmica, que encontrará, na sociedade, a oportunidade de elaboração da praxis de um conhecimento acadêmico.²

Por fim, suscito a enorme quantidade de projetos de extensão efetivos e de impacto sociais favoráveis existentes no país. É possível, sim, unir o fazer curricular com o impacto social. Todavia, é importante pensarmos o caminho que nossos estudantes de medicina seguem e repensarmos maneiras de integrar a demanda currículo-acadêmica com a realidade social do país. As ligas e projetos voltados à medicina de família e comunidade assumem papel fundamental nessa mudança. A escolha do público-alvo a partir das necessidades locais, assim como uma boa compreensão da atenção primária e seu funcionamento complexo, constitui parte integrante na busca pela ação comunitária de impacto social. Desse modo, é possível contribuir de forma efetiva para a comunidade por meio de qualquer especialidade médica.

Referências

1. Jezine E. As Práticas Curriculares e a Extensão Universitária. In: Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária; 2004 Set 12-15; Belo Horizonte, MG, Brasil [acesso 2017 Set 19]. Disponível em: <https://www.ufmg.br/congrent/Gestao/Gestao12.pdf>
2. Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras e SESu/MEC. Plano Nacional de Extensão Universitária; 2001 [acesso 2017 Set 19]. Disponível em: https://www.unifal-mg.edu.br/extensao/files/file/colecao_extensao_univeristaria/colecao_extensao_universitaria_1_planonacional.pdf
3. Brasil. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina [acesso 2017 Set 20]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf>
4. Brasil. Conselho Federal de Medicina (CFM). Código de Ética Médica Resolução CFM nº 1.931/09. Brasília: CFM; 2010 [acesso 2017 Set 20]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>
5. Distrito Federal. Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal (CRMDF). Código de Ética dos Estudantes de Medicina. Brasília: CRMDF; 2006 [acesso 2017 Set 20]. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/arquivos/CodigodeEticaEstudantes.pdf>
6. Pêgo-Fernandes PM, Mariani AW. (2011) O ensino além da graduação: ligas acadêmicas. Diagn Tratamento. 2011;16(2):50-1 [acesso 2017 Set 20]. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2011/v16n2/a2048.pdf>
7. Hamamoto Filho PT, Villas-Boas PJF, Corrêa FG, Muñoz GOC, Zaba M, Venditti VC, et al. Normatização da abertura das Ligas Acadêmicas: a experiência da Faculdade de Medicina de Botucatu. Rev Bras Educ Med. 2010;34(1):160-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022010000100019>

^a Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, Ceará, Brasil. luisarthurbrasilk@hotmail.com (Autor correspondente)

O desafio da qualidade e integridade das publicações científicas

The challenge of the quality and integrity of scientific publications

El reto de la calidad y la integridad de las publicaciones científicas

Thiago Dias Sarti^a

Resumo

A crescente importância das ciências levanta questões relacionadas à validade, veracidade, relevância, utilidade, *accountability* e sustentabilidade dos produtos da prática científica. Portanto, as práticas que atentem para a integridade da pesquisa científica são fundamentais, tanto por parte dos pesquisadores quanto por parte das revistas científicas. Em 2016, a Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC) recusou 14 trabalhos que apresentavam problemas de plágio, o que representa aproximadamente 10% das submissões do ano. Consideramos este um sério problema, que exige maior atenção e cuidado por parte dos autores que pretendem contribuir com a revista. A política editorial da RBMFC preza pela qualidade de suas publicações, respeitando princípios éticos e de integridade da pesquisa científica aceitos internacionalmente.

Abstract

The increasing importance of the sciences raises issues related to the validity, veracity, relevance, usefulness, *accountability* and sustainability of the products of scientific practice. Therefore, practices that compromise the integrity of scientific research are fundamental, both by researchers and by scientific journals. In 2016, the Brazilian Journal of Family and Community Medicine (RBMFC) refused 14 papers that had problems with plagiarism, which represents approximately 10% of the submissions of the year. We consider this a serious problem that requires greater attention and care from authors who intend to contribute to the journal. The editorial policy of RBMFC values the quality of its publications, respecting internationally accepted ethical principles and integrity of scientific research.

Resumen

La creciente importancia de la ciencia plantea preguntas acerca de la validez, veracidad, relevancia, utilidad, responsabilidad y sostenibilidad de los productos de la práctica científica. En 2016, la Revista Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria (RBMFC) negó 14 artículos con problemas de plagio, lo que representa aproximadamente el 10% de las sumisiones del año. Consideramos que esto sea un problema grave que requiere una mayor atención y cuidado por los autores que deseen contribuir a la revista. La política editorial de RBMFC valora la calidad de sus publicaciones, respetando los principios de la integridad científica internacionalmente aceptados.

Palavras-chave:

Ética na Publicação Científica
Má Conduta Científica
Revisão por pares
Plágio

Keywords:

Scientific Publication Ethics
Scientific Misconduct
Peer Review
Plagiarism

Palabras clave:

Ética en la Publicación Científica
Mala Conducta Científica
Revisión por Expertos
Plagio

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
não se aplica.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.

Recebido em: 15/12/2016.
Aprovado em: 15/12/2016.

Como citar: Sarti TD. O desafio da qualidade e integridade das publicações científicas. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-4. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1434](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1434)

Vivemos em uma sociedade complexa, globalizada, desigual, profundamente reflexiva e de incertezas fabricadas, na qual se questiona a todo instante a capacidade do aparato técnico e científico de dar respostas concretas e efetivas aos inúmeros riscos produzidos pelo problemático processo de modernização e desenvolvimento econômico.¹

A crescente importância, magnitude e densidade das ciências - em contraposição a um único campo científico homogêneo - coloca na pauta política, econômica, filosófica, cultural e científica questões relacionadas à validade, veracidade, relevância, utilidade, *accountability* e sustentabilidade dos saberes e produtos da prática científica.²

Contudo, partindo do pressuposto de que a produção científica é fundamental para a abordagem dos problemas enfrentados pela sociedade - incluindo a saúde, o problema não reside apenas na validade e utilidade da produção científica. Em uma frequência alarmante, políticas de saúde são definidas sem a devida análise e incorporação do conhecimento científico disponível,³ o mesmo ocorrendo no cotidiano da atenção à saúde com a replicação de condutas e práticas sem respaldo em evidências científicas válidas e contextualizadas.⁴ Não basta produzir boa ciência. Ela precisa ser bem utilizada e a consolidação de sistemas e serviços de saúde depende disso.²

É neste sentido que devemos debater e instituir práticas que atem para a qualidade, rigor e integridade na condução da pesquisa, bem como na divulgação da produção científica. Uma série de mecanismos sociais, econômicos e políticos fomentam a competição e o produtivismo acadêmico, induzindo pesquisadores a um intenso ritmo de publicação que pode comprometer a integridade da pesquisa. Isto pressiona as equipes de editores e revisores das revistas científicas a utilizarem ferramentas e fluxos que minimizem a possibilidade de publicação de artigos com graves erros, sem que, infelizmente, consigam alcançar pleno êxito.⁵

Dados mundiais referentes a artigos publicados são escassos e de difícil obtenção, mas estima-se uma taxa anual de 2,5 milhões de artigos publicados, com um crescimento anual de aproximadamente 3%, o que representa uma movimentação financeira que alcança a casa dos bilhões de dólares.⁶

Por outro lado, em uma metanálise, 2% dos pesquisadores admitem ter fabricado, falsificado ou manipulado dados de pesquisa ao menos uma vez na vida e 33% afirmam já terem adotado alguma prática questionável na condução de uma pesquisa. Quando questionados sobre a visão do pesquisador a respeito do comportamento de seus pares, estes percentuais sobem para aproximadamente 14% e 72%, respectivamente.⁷ E esta realidade preocupa ainda mais quando nos deparamos com o trabalho de Ioannidis, que aponta para a possibilidade de que a maior parte das pesquisas publicadas resulte em achados falsos, contraditórios ou desnecessários.^{8,9}

Tal grau de crescimento e ao mesmo tempo insegurança em relação aos produtos da prática científica exige da comunidade acadêmica cuidados significativos com a qualidade do que se publica, tendo em vista alguns princípios basilares da integridade da pesquisa científica e acadêmica, tais como objetividade, honestidade, imparcialidade, independência e responsabilidade.¹⁰

Alguns trabalhos sugerem que, nos últimos anos, a taxa de retratação de artigos aumente acima do crescimento anual de artigos publicados, embora permaneça em níveis relativamente baixos (inferior a 1%).^{11,12} De difícil conceituação, más práticas científicas (aqui considerando comprometimento e manipulação da revisão por pares, fabricação e falsificação de dados e plágio) lideram as estatísticas de retratação de artigos publicados.¹¹ Em análise das retratações feitas em jornais da BioMed Central

entre 2000 e 2015, observou-se que 76% destas decorrem de más práticas científicas, sendo 33% por manipulação do processo de revisão por pares e 16% por plágio.¹¹

A gravidade do plágio é de tal ordem que alguns episódios relatados podem chegar ao nível do inacreditável. Recentemente, Dansinger¹³ publicou uma carta na *Annals of Internal Medicine* denunciando que um artigo de seu grupo de pesquisa, submetido à *Annals*, havia sido roubado e publicado, com dados manipulados, por outro grupo em uma revista diferente alguns meses depois.

O que ocorreu? Dansinger e colaboradores submeteram um artigo referente a uma coorte realizada em Boston (EUA), sendo este recusado no processo de revisão por pares. Um dos pareceristas modificou alguns dados do artigo, incluindo a cidade e continente sede do trabalho, e publicou no *EXCLI Journal*, mantendo inalterado boa parte do texto, tabelas e figuras.

Além disso, o artigo foi publicado com diversos coautores, que autorizaram a inclusão de seus nomes sem terem nenhuma participação efetiva na pesquisa, sendo corresponsáveis pela conduta. O artigo foi retratado¹⁴ e a situação culminou em um editorial da *Annals of Internal Medicine*,¹⁵ que frisou o impacto negativo que situações semelhantes provocam na reputação dos pesquisadores, nas suas instituições e na pesquisa científica em geral.

Outros problemas éticos relacionados à publicação científica incluem, com ou sem dolo dos pesquisadores, erros graves nos dados apresentados, duplicações de dados e imagens, ausência de aprovação ética do trabalho, falta de consentimento dos autores do artigo, conflitos de interesse não declarados e problemas de coautoria dos trabalhos.¹⁰ Cabe também acrescentar, por se tratar de questões da maior relevância para a Medicina de Família e Comunidade, as problemáticas e indevidas influências externas à pesquisa, induzindo conclusões que atendem interesses distantes da qualidade da pesquisa.

De janeiro ao início de dezembro de 2016, a Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC) recebeu 142 submissões, sendo que 30 (31%) foram aceitas para publicação. Das 85 submissões recusadas em 2016, 14 apresentavam problemas de plágio, identificados com o auxílio do iThenticate®, o que representa aproximadamente 10% das submissões e 16% das recusas do ano.

Consideramos este um sério problema, que exige maior atenção e cuidado por parte dos autores que pretendem contribuir com a revista. Observamos com frequência artigos que utilizam fragmentos de textos de outros trabalhos sem a devida citação da fonte original ou com citações equivocadas (o autor faz uma citação e o iThenticate® identifica aquele trecho como pertencendo a outra fonte não citada), em particular nas introduções e discussões dos artigos.

Além disso, em alguns artigos de revisão, os autores estruturam o texto com excessiva quantidade de citações diretas, sem a devida formatação conforme as normas de Vancouver adotadas pela RBMFC. O cuidado deve ser ainda maior quando se trata de artigos oriundos de trabalhos de conclusão de cursos de graduação ou especializações.

É importante destacar que o uso de programas específicos que identificam plágio é fundamental para as revistas científicas. Contudo, estes programas não são capazes de identificar todas as variações de plágio, na medida em que a simples reprodução de textos de outras fontes sem a devida referência não contempla todo o problema. O uso de fragmentos de textos de outras fontes apenas com mudanças cosméticas das frases também é uma má prática científica. E o plágio inclui a reprodução indevida de ideias de outros pesquisadores. Ciência se faz com reprodução de pesquisas nos mais diversos cenários

sociais. Contudo, é desejável e ético que tais replicações sejam corretamente indicadas aos leitores e consumidores dos artigos e achados.⁵

A política editorial da RBMFC preza pela qualidade de suas publicações, respeitando princípios éticos e de integridade da pesquisa científica aceitos internacionalmente. O processo de revisão por pares é feito com o máximo de cuidado possível visando à menor probabilidade possível de ocorrência dos problemas citados acima. Conclamamos autores e colaboradores a juntos empreendermos esforços pela integridade da pesquisa científica. Os maiores beneficiários serão as pessoas que recebem nossos cuidados.

Referências

1. Beck U. Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade. São Paulo: Editora 34; 2010.
2. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N; Evidence Based Medicine Renaissance Group. Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ*. 2014;348:g3725. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g3725>
3. Brownson RC, Chiqui JF, Stamatakis KA. Understanding evidence-based public health policy. *Am J Public Health*. 2009;99(9):1576-83. DOI: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2008.156224>
4. Pope C. Resisting evidence: the study of evidence-based medicine as a contemporary social movement. *Health*. 2003;7(3):267-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1363459303007003002>
5. Hames IM. Research integrity in an increasingly competitive and complex world. *Beilstein Magazine*. 2016;2(7). [citado 17 Jan 2017]. Disponível em: <http://www.beilstein-institut.de/en/publications/magazine/scientific-essays/hames>. DOI: <http://dx.doi.org/10.3762/bmag.7>
6. Ware M, Mabe M. The STM Report. An overview of scientific and scholarly journal publishing. Hague: International Association of Scientific, Technical and Medical Publishers; 2015. [citado 17 Jan 2017]. Disponível em: http://www.stm-assoc.org/2015_02_20_STM_Report_2015.pdf.
7. Fanelli D. How many scientists fabricate and falsify research? A systematic review and meta-analysis of survey data. *PLoS One*. 2009;4(5):e5738. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0005738>
8. Ioannidis JP. Why most published research findings are false. *PLoS Med*. 2005;2(8):e124. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.0020124>
9. Ioannidis JP. The Mass Production of Redundant, Misleading, and Conflicted Systematic Reviews and Meta-Analyses. *Milbank Q*. 2016;94(3):485-514. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/1468-0009.12210>
10. European Science Foundation (ESF), All European Academies (ALLEA). The European Code of Conduct for Research Integrity. Strasbourg: ESF/ALLEA; 2011. P. 1-20. ISBN: 978-2-918428-37-4. [citado 17 Jan 2017]. Disponível em: http://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/other/hi/h2020-ethics_code-of-conduct_en.pdf
11. Moylan EC, Kowalczyk MK. Why articles are retracted: a retrospective cross-sectional study of retraction notices at BioMed Central. *BMJ Open*. 2016;6(11):e012047. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012047>
12. van Noorden R. Science publishing: The trouble with retractions. *Nature*. 2011;478(7367):26-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/478026a>
13. Dansinger M. Dear Plagiarist: A Letter to a Peer Reviewer Who Stole and Published Our Manuscript as His Own. *Ann Intern Med*. 2017;166(2):143. DOI: <http://dx.doi.org/10.7326/M16-2551>
14. Finelli C, Crispino P, Gioia S, La Sala N, D'amico L, La Grotta M, et al. Retraction: The improvement of large High-Density Lipoprotein (HDL) particle levels, and presumably HDL metabolism, depend on effects of low-carbohydrate diet and weight loss. *EXCLI J*. 2016;15:570.
15. Laine C. Scientific Misconduct Hurts. *Ann Intern Med*. 2017;166(2):148-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.7326/M16-2550>

^a Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES);
Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC). Vitória, ES, Brasil.
tdsarti@gmail.com (Autor correspondente)

O que podemos aprender com a atual realidade da Atenção Primária inglesa? Considerações a partir da tradução de textos da *British Journal of General Practice* pela Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

What can we learn from the reality of UK's primary care? Reflections on the translation of texts from the British Journal of General Practice by the Brazilian Journal of Family and Community Medicine

¿Qué podemos aprender de la realidad de la atención primaria del Reino Unido?

Consideraciones sobre la traducción de textos del *British Journal of General Practice* por la Revista Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria

Thiago Dias Sarti^a, Leonardo Ferreira Fontenelle^b

Resumo

Neste editorial, apresentamos a nova sessão de textos traduzidos, fruto da parceria da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade com a *British Journal of General Practice*. Em 2017, optamos por traduzir textos que trouxessem para o Brasil reflexões sobre a atualidade da atenção primária inglesa, particularmente sobre a incorporação de tecnologias na prática dos médicos de família, a necessidade de maior conhecimento sobre a relação entre oferta, demanda e acesso aos serviços de saúde, bem como sobre os efeitos de políticas de pagamento por performance na prática dos profissionais de saúde. Tais reflexões são atuais para o contexto brasileiro, sugerindo a importância de maiores investimentos em inovação e produção de conhecimentos científicos para o fortalecimento da APS no país.

Abstract

In this editorial, we present the new session of translated texts, fruit of the partnership of the Brazilian Journal of Family and Community Medicine with the British Journal of General Practice. In 2017, we chose to translate texts that brought to Brazil reflections on the current reality of United Kingdom's primary health care, particularly on the incorporation of technologies in general practice, the need for greater knowledge about the relationship between supply, demand and access to health services, as well as the effects of pay for performance policies on the practice of health professionals. These reflections are current for the Brazilian context, suggesting the importance of greater investments in innovation and production of scientific knowledge for strengthening primary health care in the country.

Resumen

En este editorial, presentamos la nova sesión de textos traducidos, fruto de la colaboración de la Revista Brasileña de Medicina Familiar y Comunidad con el *British Journal of General Practice*. En 2017, optamos por traducir textos que trajesen a Brasil reflexiones sobre la actualidad de la atención primaria del Reino Unido, particularmente sobre la incorporación de tecnologías en la práctica de los médicos de familia, la necesidad de un mayor conocimiento sobre la relación entre oferta, demanda y acceso a los servicios de salud, así como sobre los efectos de políticas de pago por desempeño en la práctica de los profesionales de salud. Tales reflexiones son actuales para el contexto brasileño, sugiriendo la importancia de mayores inversiones en innovación y producción de conocimientos científicos para el fortalecimiento de la atención primaria de salud en el país.

Como citar: Sarti TD, Fontenelle LF. O que podemos aprender com a atual realidade da Atenção Primária inglesa? Considerações a partir da tradução de textos da *British Journal of General Practice* pela Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-4. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1670](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1670)

Palavras-chave:

Atenção Primária à Saúde
Inovação Organizacional
Política de Saúde
Comunicação e
Divulgação Científica

Keywords:

Primary Health Care
Organization Innovation
Health Policy
Scientific Communication
and Diffusion

Palabras clave:

Atención Primaria de Salud
Innovación Organizacional
Política de Salud
Comunicación y
Divulgación Científica

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: 21/12/2017.
Aprovado em: 21/12/2017.

Neste volume da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC), inserimos uma nova sessão de artigos traduzidos em parceria com o prestigiado *British Journal of General Practice* (BJGP). A critério dos editores da RBMFC, eventualmente serão traduzidos artigos relevantes para o contexto brasileiro inicialmente publicados na revista inglesa, contando para isso com o apoio de Ayrtton Stein, médico de família e comunidade e professor da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), e Ananyr Porto Fajardo, odontóloga que atua na pós-graduação do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre.

Esta iniciativa foi fruto do diálogo com Roger Jones, Professor Emérito de Medicina de Família e Comunidade (General Practice) do King's College, em Londres, e Editor do *British Journal of General Practice*, respondendo ao interesse de difusão de reflexões publicadas nesta revista que podem servir para o debate interno do Brasil e toda a América Latina.

A riqueza de publicações de qualidade da BJGP tornou difícil o trabalho de selecionar os primeiros artigos a serem traduzidos e publicados na RBMFC. Contudo, três editoriais publicados entre 2016 e 2017 pelo BJGP nos pareceram relevantes para o contexto brasileiro tendo em vista as reflexões levantadas pelos autores destes textos sobre a atual Atenção Primária à Saúde britânica. Além disso, traduzimos um texto de autores brasileiros sobre a realidade brasileira. No conjunto, tais análises perpassam temas que podem dar pistas para refletirmos o contexto sanitário brasileiro de forma a iluminar caminhos para enfrentarmos nossos gargalos assistenciais.

No primeiro editorial traduzido, Young¹ chama a atenção para a crescente incorporação tecnológica na atenção à saúde em todo o mundo, influenciando sobremaneira a APS: aplicativos para celulares voltados para profissionais de saúde e usuários do sistema de saúde, dispositivos integrados aos prontuários eletrônicos, plataformas interativas *online* e sensores integrados ao corpo que coletam informações para o monitoramento do estado de saúde da pessoa estão entre estas tecnologias citadas. Não é possível ou mesmo desejável dar as costas e resistir às contínuas inovações observadas na crescente incorporação de tecnologias à vida humana cotidiana. É um caminho sem volta. No entanto, é importante estar atento ao fato apontado por Young e por diversos outros autores de que as promessas de uma revolução no cuidado à saúde com o surgimento destas tecnologias ainda não se cumpriram integralmente. Os resultados alcançados ainda são modestos, às custas de algumas consequências negativas que impactam a interação dos profissionais de saúde com os usuários do sistema e a qualidade global do cuidado.^{2,3} De importância para o Brasil, frisa-se a baixíssima incorporação destas inovações no contexto da APS pública, em particular na Estratégia de Saúde da Família,^{4,5} onde ainda nos encontramos em algum momento intermediário de informatização elementar dos serviços de saúde, com escasso uso de prontuários eletrônicos e outras ferramentas promissoras, o que nos parece estar em estágio mais avançado na APS do setor suplementar.

Já o texto de Box⁶ dialoga diretamente com a necessidade de profundos conhecimentos embasados em consistentes evidências científicas no que diz respeito à relação entre as características da demanda populacional pelos serviços de APS, o acesso a estes serviços pelas pessoas e a organização dos processos de trabalho dos profissionais de saúde, sendo esta uma das temáticas mais pujantes na Medicina de Família e Comunidade brasileira, vide as publicações na RBMFC e as programações dos últimos congressos nacionais e regionais da especialidade. Chama a atenção o diagnóstico feito por Box de que, mesmo em um sistema de saúde consolidado como o inglês, há carência de estudos sobre a

demanda pelos serviços de saúde, o que impacta negativamente a capacidade sistêmica de gerar respostas eficientes e efetivas aos principais gargalos da atenção à saúde no país. Isto se agrava em um contexto de mudança no financiamento da APS inglesa, resultando em sobrecarga dos MFCs, menor atratividade da área e redução da qualidade da atenção à saúde da população. De certa maneira, o *National Health Service* ilumina parte das elaborações teóricas e práticas da MFC brasileira,⁷ sendo desconcertante ver que tais problemas aproximam aquela realidade das precariedades de nosso Sistema Único de Saúde. O chamado de Box para maior investimento em pesquisas que apontem claramente os caminhos para aumentar a eficiência do sistema como um todo deve ser assumido também por nós brasileiros, em especial por aqueles dedicados à construção da APS.

E no último editorial traduzido a refletir sobre as questões inglesas, Ashworth e Gulliford⁸ fazem reflexões complexas e importantes sobre financiamento da APS, contratação de MFCs e políticas de pagamento por desempenho (*pay for performance – P4P*) no contexto inglês, alertando para os diversos problemas decorrentes de uma das maiores experiências de P4P do mundo, no caso o *Quality and Outcomes and Framework* (QOF), bem como dos riscos de se abandonar os aprendizados decorrentes destas políticas. A experiência do QOF ainda é sujeita a intenso debate, levantando dúvidas sobre o grau de padronização dos processos de trabalho e práticas clínicas que é desejável e adequado no cuidado às pessoas que acessam a APS.⁹ Além das sérias dúvidas sobre o real impacto do QOF na qualidade do cuidado, parece ter havido uma maior fragmentação e medicalização do cuidado, na medida em que esta política baseia-se em uma modelagem científico-burocrática que impacta substancialmente, nem sempre de maneira positiva, a prática da MFC.^{10,11} Como bem apontado no comentário ao editorial publicado, observar os efeitos de experiências semelhantes é fundamental para o Brasil, já que há forte presença de iniciativas de P4P tanto no sistema público quanto no suplementar. Destaca-se obviamente o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), cujo repasse de recursos aos Fundos Municipais de Saúde gerou, em alguns locais, iniciativas de P4P direcionadas aos profissionais vinculados à ESF.¹²

Em uma destas experiências locais, foi possível observar que as equipes de saúde drenavam sua energia inteiramente ao cumprimento dos indicadores estabelecidos pela gestão. O problema é que muitos destes indicadores não são baseados em evidências científicas, centrando-se em processos de trabalho e/ou desfechos clínicos intermediários sem uma clara conexão com resultados mais relevantes para as pessoas.¹² Tais problemas colocam em suspeição os efeitos positivos alardeados por muitos na medida em que tais políticas contribuiriam para um direcionamento do trabalho profissional mais racional e uma maior valorização dos profissionais que mais e melhor fazem.

E, por fim, publicamos o texto de Stein e Ferri,¹³ autores brasileiros que discorrem sobre o desafio de garantir uma APS de qualidade no país, tendo seus princípios fundamentais consolidados.^{5,14} Para isto, apontam para a importância do financiamento adequado, de uma sólida e coerente incorporação tecnológica, da produção permanente de conhecimento científico sobre os problemas do sistema de saúde e suas soluções, e de iniciativas de incentivo à formação e fixação de profissionais de saúde na APS, em particular de MFCs.

No conjunto, estes textos frisam a necessidade de investimentos robustos e estratégicos em inovação, tecnologia e produção de conhecimento científico para o processo de consolidação da APS brasileira. Mas não somente isso, pois é amplamente conhecida a dificuldade de incorporação das evidências

científicas na formulação, planejamento, implementação e avaliação das políticas de saúde em todo o mundo: é fundamental termos a exata noção do que queremos em termos de políticas de saúde voltadas para a garantia do acesso a serviços com qualidade e abrangência ótimas em vista das necessidades da população; que saibamos identificar os resultados alcançados pelas nossas ações, corrigindo rumos sem ortodoxia ou corporativismo quando necessário; e que possamos superar o paradigma de ciência *versus* política, articulando melhor os efeitos da produção científica na área da saúde com o processo de tomada de decisão de gestores e demais atores sociais envolvidos com o setor saúde.^{15,16}

Referências

1. Young AJ. Novas tecnologias e Medicina de Família. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;12(39):1-6. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1465](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1465)
2. Dorsey ER, Topol EJ. State of Telehealth. N Engl J Med. 2016;375(2):154-61. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMra1601705>
3. Bateman DR, Srinivas B, Emmett TW, Schleyer TK, Holden RJ, Hendrie HC, et al. Categorizing Health Outcomes and Efficacy of mHealth Apps for Persons With Cognitive Impairment: A Systematic Review. J Med Internet Res. 2017;19(8):e301. <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.7814>
4. Sarti TD, Andreão RV. Avaliação da Implantação do Programa Telessaúde Espírito Santo na Estratégia de Saúde da Família. FAPES: Relatório final de pesquisa. Vitória: FAPES; 2017.
5. Gérvas J, Fernández MP. Uma atenção primária forte no Brasil: relatório sobre como fortalecer os acertos e corrigir as fragilidades da Estratégia de Saúde da Família. 2011. [acesso 2017 Dez 27]. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/relatoriofinal_portugues.pdf
6. Box G. Compreendendo e respondendo à demanda na medicina de família inglesa. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-6. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1505](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1505)
7. Gusso GDF, Knupp D, Trindade TG, Gérmen Junior N, Poli Neto P. Bases para um Novo Sanitarismo. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(36):1-10. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(36\)1056](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(36)1056)
8. Ashworth M, Gulliford M. Financiamento para medicina de família na próxima década: vida após o QOF. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-6. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1575](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1575)
9. Portela MC. Pagamento por desempenho na atenção primária no Reino Unido. Cad Saúde Pública. 2014;30(1):5-7. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311XED010114>
10. Norman AH, Russell AJ, Macnaughton J. The payment for performance model and its influence on British general practitioners' principles and practice. Cad Saúde Pública. 2014;30(1):55-67. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00149912>
11. Forbes LJ, Marchand C, Doran T, Peckham S. The role of the Quality and Outcomes Framework in the care of long-term conditions: a systematic review. Br J Gen Pract. 2017;67(664):e775-84. <https://dx.doi.org/10.3399/bjgp17X693077>
12. Sarti TD. A (Bio) política da Saúde da Família: adoecimento crônico, micropolítica do trabalho e o governo da vida. São Paulo [Tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015. <http://dx.doi.org/10.11606/T.6.2015.tde-16072015-113309>
13. Stein AT, Ferri CP. Inovação e avanços em atenção primária no Brasil: novos desafios. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-4. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1586](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1586)
14. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
15. Baicker K, Chandra A. Evidence-Based Health Policy. N Engl J Med. 2017;377(25):2413-5. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp1709816>
16. Latour B. Políticas da natureza: como fazer ciência na democracia. Bauru: Edusc; 2004. 411p.

^a Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Vitória, ES, Brasil. thiagosarti@yahoo.com.br (Autor correspondente)

^b Universidade de Vila Velha (UVV). Vila Velha, ES, Brasil. leonardof@leonardof.med.br

Hiperuricemia assintomática - tratar ou não tratar? - Uma revisão baseada na evidência

Asymptomatic hyperuricemia - to treat or not to treat? - An evidence based review

Hiperuricemia asintomática - ¿tratar o no tratar? - Una revisión basada en la evidencia

Helena Maria Ribeiro Fernandes^a, Ana Catarina Andrade Peixoto^a, Bruno Santos Maia^b, Filipe Ribeiro Melo^b, Pedro Nuno Rego Miranda^b

Resumo

Introdução: A avaliação dos níveis séricos de ácido úrico é realizada com frequência nos Cuidados de Saúde Primários, porém sem evidência científica que a justifique. A abordagem terapêutica subsequente constitui frequentemente um desafio clínico, particularmente no caso da hiperuricemia assintomática (HA). O objetivo desta revisão foi rever a evidência sobre a pertinência do tratamento da HA. **Métodos:** Pesquisa de normas de orientação clínica (NOC), revisões sistemáticas (RS), meta-análises (MA) e estudos originais (EO) no Medline e outros sites de Medicina Baseada na Evidência, publicados desde abril de 2012 até abril de 2016, em inglês, espanhol e português. Termos MeSH: "hyperuricemia" e "asymptomatic conditions". **Resultados:** Cinco estudos cumpriam os critérios de inclusão: uma MA, três RS e um EO. A MA e o EO recomendam o tratamento da HA, para a prevenção da disfunção renal e para prevenção de eventos cardiovasculares (CV), respetivamente. Duas RS não recomendam o tratamento da HA e uma recomenda uma decisão individualizada para valores de uricemia acima de 9mg/dL, particularmente para a prevenção da gota. **Conclusões:** A evidência científica disponível é escassa, com limitações, e controversa no que diz respeito à instituição de tratamento farmacológico. O significado clínico da HA e sua relação causal com ocorrência de crises agudas de gota, disfunção renal e doença cardiovascular ainda são incertos. Não existe evidência científica que justifique o tratamento farmacológico da HA em doentes assintomáticos (SOR B). São, por isso, necessários mais estudos, metodologicamente robustos e orientados para o paciente.

Abstract

Introduction: Assessment of serum uric acid is frequently done in Primary Health Care, although not scientifically recommended. The subsequent therapeutic approach is often a clinical challenge, particularly in the case of asymptomatic hyperuricemia (AH). The aim of this study was to review the evidence on AH treatment. **Methods:** A research was conducted on Medline and evidence-based medical sites for articles published between April 2012 and April 2016 in English, Spanish or Portuguese using the keywords "hyperuricemia" and "asymptomatic conditions". **Results:** Five articles met the inclusion criteria: one meta-analysis (MA), three systematic reviews (SR) and one original study (OS). MA and OS recommend treatment of AH, for the prevention of renal dysfunction and for the prevention of cardiovascular events (CV), respectively. Two SR do not recommend treatment of AH and one says that pharmacological treatment should be considered after an individual assessment of risk/benefit ratio, particularly in the prevention of gout in subjects with serum uric acid above 9 mg/dL. **Conclusion:** Very limited scientific data are available on the pharmacologic treatment of AH, with limitations and controversial results. The clinical significance of AH and its causal relationship with occurrence of acute attacks of gout, renal dysfunction and cardiovascular disease are still uncertain. There is no scientific evidence to support the pharmacological treatment of HA in asymptomatic patients (SOR B). Further studies, that are methodologically robust and oriented to the patient are needed.

Palavras-chave:

Hiperuricemia
Doenças Assintomáticas
Ácido Úrico
Atenção Primária à Saúde

Keywords:

Hyperuricemia
Asymptomatic Condition
Uric Acid
Primary Health Care

Como citar: Fernandes H, Peixoto AC, Maia BS, Melo F, Miranda P. Hiperuricemia assintomática - tratar ou não tratar? - Uma revisão baseada na evidência. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-6. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1396](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1396)

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: 20/09/2016.
Aprovado em: 08/01/2017.

Resumen

Introducción: La evaluación de los niveles de ácido úrico es una práctica frecuente en los Cuidados de Salud Primarios, pero no hay evidencia científica. El enfoque terapéutico posterior es frecuentemente un desafío clínico, particularmente en el caso de la hiperuricemia asintomática (HA). **Objetivo:** Revisar la evidencia sobre la relevancia del tratamiento de la HA. **Métodos:** Búsqueda de normas de orientación clínica, revisiones sistemáticas (RS), meta-análisis (MA) y estudios originales (EO) en la MEDLINE y otros lugares de Medicina Basada en la Evidencia, publicados desde abril/2012 hasta abril/2016, en inglés, español y portugués. Términos MeSH: "hyperuricemia" e "asymptomatic conditions". **Resultados:** Cinco estudios cumplían los criterios de inclusión: una MA, tres RS y un EO. La MA y el EO recomiendan el tratamiento de la HA, para la prevención de la disfunción renal y de problemas cardiovasculares (CV), respectivamente. Dos RS no recomiendan el tratamiento de la HA y una recomienda una decisión individualizada para valores de uricemia superiores a 9mg/dL, particularmente para la prevención de la gota. **Conclusiones:** La evidencia científica disponible es escasa, con limitaciones, y controversia, en lo que se refiere a la institución del tratamiento farmacológico. La importancia clínica de la HA y su relación causal con la ocurrencia de ataques agudos de gota, disfunción renal y las enfermedades cardiovasculares siguen siendo inciertas. No hay evidencia científica que justifique el tratamiento farmacológico de la HA en pacientes asintomáticos (SOR B). Son necesarios más estudios, metodológicamente robustos y orientados al paciente.

Palabras clave:

Hiperuricemia
Enfermedades Asintomáticas
Ácido Úrico
Atención Primaria de Salud

Introdução

O ácido úrico é o produto final do metabolismo das purinas. A hiperuricemia é definida por uma concentração sérica de ácido úrico igual ou superior a 6,8mg/dL, e é causada por uma produção excessiva de ácido úrico, uma diminuição da sua excreção ou por uma combinação de ambos.¹

A avaliação dos níveis séricos de ácido úrico é realizada com frequência nos Cuidados de Saúde Primários, porém sem evidência científica que a justifique, sendo que a abordagem subsequente constitui frequentemente um desafio clínico, particularmente no caso da hiperuricemia assintomática (HA).

A incidência da HA tem aumentado nas últimas décadas, com prevalência estimada de cerca de 20% na população adulta.² A HA é o principal fator de risco para a ocorrência de artrite gótica,^{3,4} cerca de cinco vezes mais comum nos homens do que nas mulheres. No entanto, a maioria dos doentes com HA não irá desenvolver gota, com uma incidência anual estimada de cerca de 5% em indivíduos com níveis séricos superiores a 9mg/dL.⁵

Existe evidência de que a HA poderá aumentar o risco de desenvolvimento de doença renal,³⁻⁶ pela eventual deposição de cristais de urato nos ductos coletores e resposta inflamatória associada, bem como poderá ser um fator de risco cardiovascular (CV) independente,⁷ pela possível disfunção endotelial que condiciona.^{1,3,4} No entanto, a relação causal entre a HA e estas condições clínicas continua controversa.⁸

O tratamento da hiperuricemia pode englobar medidas não farmacológicas, pela alteração de estilos de vida, e tratamento farmacológico, com uso de hipouricemiantes, como o alopurinol, um inibidor da xantina oxidase. Este associa-se, com alguma frequência, ao desenvolvimento de reações cutâneas de hipersensibilidade, além de outros efeitos laterais menos frequentes, embora não desprezíveis, e deve ser utilizado com precaução nos doentes com insuficiência renal.⁹

O tratamento farmacológico da HA não é consensual, pela incerteza de que a diminuição dos níveis sérios de ácido úrico possa reduzir o risco de ocorrência de artrite gótica, doença renal e eventos CV. O objetivo desta revisão consistiu em rever a evidência sobre a pertinência do tratamento da HA.

Métodos

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica de normas de orientação clínica (NOC), revisões sistemáticas (RS), meta-análises (MA) e estudos originais (EO) em 12 de abril de 2016, com os termos *MeSH* e operador *booleano*: “hyperuricemia” AND “asymptomatic conditions”.

As bases de dados pesquisadas incluem: National Guideline Clearinghouse, Guideline Finder, Canadian Medical Association, The Cochrane Database, DARE, Bandolier, Medline/PubMed e Índex de Revistas Médicas Portuguesas.

Incluíram-se os artigos publicados de abril de 2012 até abril de 2016, em língua portuguesa, inglesa ou espanhola que respeitassem os critérios de elegibilidade a seguir especificados:

- População: doentes adultos, sem doença oncológica ativa nem doenças cardiovascular ou renal estabelecidas;
- Intervenção: tratamento não farmacológico ou farmacológico - hipouricemiante (alopurinol; outros hipouricemiantes - rasburicase, benzbromarona);
- Comparação: sem tratamento ou placebo;
- *Outcome* (orientado para o doente): prevenção de gota, doença renal ou eventos CV.

Definiram-se como critérios de exclusão:

- Presença de doentes portadores de hiperuricemia iatrogênica ou de causa congênita;
- Não utilização de qualquer tratamento na redução da HA;
- Estudos nos quais o grupo controle não padece de HA.

Para avaliação dos níveis de evidência (NE) e atribuição de forças de recomendação (FR), foi usada a escala *Strenght of Recommendation Taxonomy* (SORT), da *American Family Physician*.¹⁰

Resultados

Foram encontrados 99 artigos, tendo-se excluído as publicações repetidas, os artigos cujo tema não se relacionava com o objetivo do trabalho e os artigos que apresentavam critérios de exclusão. Cinco artigos cumpriam os critérios de inclusão: uma MA, três RS e um EO (Modelo de Markov), que foram revistos na sua totalidade.

Na MA incluída, Wang et al.,⁶ foram analisados 11 Ensaios Clínicos Aleatorizados (ECA), que comparavam o tratamento hipouricemiante (alopurinol ou outros - rasburicase ou benzbromarona-) com o placebo, e tinham como *outcome* principal a prevenção da disfunção renal. Segundo esta MA, haverá indicação para o tratamento da HA. Dos estudos incluídos, um tinha dupla ocultação, dois tinham a ocultação apenas dos participantes, e os oito restantes não faziam referência à ocultação. Os autores consideram que serão ainda necessários mais ensaios clínicos randomizados e controlados com amostras maiores e com tempos de estudo superiores. (NE 2).

Uma das RS, Graf et al.,¹¹ procurou analisar ECA que comparassem o tratamento hipouricemiante (com alopurinol) com o placebo, tendo como *outcome* principal a prevenção de doença renal, gota, e eventos CV. Nos três ECAs incluídos na revisão, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à taxa de filtração glomerular entre o grupo tratado e o grupo controle. Os ensaios não avaliavam a prevenção da gota nem de eventos CV. Segundo esta RS, não há evidência para o tratamento da HA no sentido de prevenir disfunção renal. Os três ECA foram de curta duração, compostos por um número reduzido de participantes e com risco significativo de viés (NE 2).

Numa outra RS incluída, Vinik et al.,⁴ foram analisados dois ECA, que também comparavam o tratamento hipouricemiante (com alopurinol) com o placebo, tendo como *outcome* principal a prevenção de gota, doença renal e eventos CV. Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas na função renal entre os pacientes tratados e não tratados. De acordo com esta RS, não há evidência para o tratamento da HA no sentido de prevenir gota, disfunção renal ou eventos CV. Os 2 ECA apresentavam como limitações uma ausência de dupla ocultação, o seu tempo limitado (12 meses) e o fato de serem compostos por um número reduzido de participantes (NE 2).

Uma das RS, Araújo et al.,¹² analisou os três ECA incluídos na RS de Graf et al.,¹¹ apresentando como conclusão não haver evidência para o tratamento da HA para a prevenção de disfunção renal (NE 2). No entanto, de acordo com esta RS, poderá haver evidência para o tratamento da HA, sendo que a decisão deverá ser individualizada, em doentes com valores de uricemia iguais ou superiores a 9mg/dL, e com o objetivo de prevenção da gota - recomendação baseada nos estudos observacionais de grande dimensão Framingham (1967) e *Normative Aging* (1987), que demonstraram um risco aumentado de desenvolvimento de gota para valores de uricemia $\geq 9\text{mg/dL}$ (NE 2).

O Estudo Original incluído, Akkineni et al.,¹ consistiu numa coorte hipotética, usando o Modelo de Markov, de indivíduos de 50 anos de idade, comparando o tratamento da hiperuricemia em todos os indivíduos (assintomáticos e sintomáticos), por oposição ao tratamento apenas dos indivíduos sintomáticos (com gota ou nefrolitíase). O *outcome* consistia na prevenção de eventos CV. Segundo este estudo, haverá redução da incidência e da mortalidade por eventos CV, por meio do tratamento da HA com alopurinol, se valores de uricemia superiores a 7mg/dL, nos doentes do gênero masculino, e superiores a 5mg/dL, em doentes do gênero feminino. À medida que a população envelhece, o tratamento da HA tornar-se-á menos eficaz na prevenção de eventos CV.

Este estudo consiste no primeiro modelo de investigação clínica que compara estratégias de tratamento da HA na prevenção da morbimortalidade CV. Uma vez que as estimativas usadas no estudo são baseadas em dados criados/formulados pelo cruzamento da evidência disponível em estudos observacionais, não podem ser assumidas relações de causalidade. Os autores reconhecem que este estudo não deve ser utilizado como uma norma de orientação clínica (NE 2).

Discussão

A evidência científica disponível não permite assumir uma relação causal entre a presença de HA e condições clínicas, nomeadamente do foro cardiovascular e renal e artrite gotosa.

No que diz respeito ao tratamento farmacológico da HA, a evidência que suporta ou refuta a sua instituição é escassa e com limitações, composta por estudos de tamanho amostral e tempos de seguimento reduzidos. Além disso, os resultados nem sempre fornecem respostas relativas a todos os *outcomes* previstos nos desenhos iniciais dos estudos, sendo que em cada estudo são avaliados *outcomes* diferentes, o que dificulta a homogeneização dos resultados e conclusões.

O EO referido no presente estudo, sendo uma coorte hipotética, poderá ser utilizado como uma base para ensaios clínicos orientados para o doente e metodologicamente mais robustos, que são, indubitavelmente, necessários nesta temática.

Não existe evidência científica que justifique o tratamento farmacológico da HA em doentes assintomáticos (SOR B). Cabe ao médico de família, na posição privilegiada que assume na promoção da saúde e prevenção da doença dos indivíduos adultos saudáveis, efetuar uma prática clínica que tenha sempre como base uma evidência científica atualizada.

Referências

1. Akkineni R, Tapp S, Tosteson AN, Lee A, Miller KL, Choi HK, et al. Treatment of asymptomatic hyperuricemia and prevention of vascular disease: a decision analytic approach. *J Rheumatol*. 2014;41(4):739-48. DOI: <http://dx.doi.org/10.3899/jrheum.121231>
2. Zhu Y, Pandya BJ, Choi HK. Prevalence of gout and hyperuricemia in the US general population: the National Health and Nutrition Examination Survey 2007-2008. *Arthritis Rheum*. 2011;63(10):3136-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/art.30520>
3. Viazzi F, Leoncini G, Pontremoli R. Cardiovascular and renal effects of hyperuricaemia and gout. *Reumatismo*. 2012;63(4):253-62. DOI: <http://dx.doi.org/10.4081/reumatismo.2011.253>
4. Vinik O, Wechalekar MD, Falzon L, Buchbinder R, van der Heijde DM, Bombardier C. Treatment of asymptomatic hyperuricemia for the prevention of gouty arthritis, renal disease, and cardiovascular events: a systematic literature review. *J Rheumatol Suppl*. 2014;92:70-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.3899/jrheum.140465>
5. Emmerson BT. The management of gout. *N Engl J Med*. 1996;334(7):445-51. DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM199602153340707>
6. Wang H, Wei Y, Kong X, Xu D. Effects of urate-lowering therapy in hyperuricemia on slowing the progression of renal function: a meta-analysis. *J Ren Nutr*. 2013;23(5):389-96. DOI: <http://dx.doi.org/10.1053/j.jrn.2012.08.005>
7. Kim SY, Guevara JP, Kim KM, Choi HK, Heitjan DF, Albert DA. Hyperuricemia and coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2010;62(2):170-80. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/acr.20065>
8. Zechman E. What to Do--or Not--About Asymptomatic Hyperuricemia. [citado 17 Jan 2017]. Disponível em: <http://www.medpagetoday.com/resource-center/Gout/Asymptomatic-Hyperuricemia/a/49781>
9. Macías N, Goicoechea M, de Vinuesa MS, Verdalles U, Luño J. Urate reduction and renal preservation: what is the evidence? *Curr Rheumatol Rep*. 2013;15(12):386. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11926-013-0386-3>
10. 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. DOI: <http://dx.doi.org/10.3122/jabfm.17.1.59>
11. Graf SW, Whittle SL, Wechalekar MD, Moi JH, Barrett C, Hill CL, et al. Australian and New Zealand recommendations for the diagnosis and management of gout: integrating systematic literature review and expert opinion in the 3e Initiative. *Int J Rheum Dis*. 2015;18(3):341-51. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/1756-185X.12557>
12. Araújo F, Cordeiro I, Teixeira F, Rovisco J, Ramiro S, Mourão AF, et al. Portuguese recommendations for the diagnosis and management of gout. *Acta Reumatol Port*. 2014;39(2):158-71.

^a Unidade de Saúde Familiar do Mar, Agrupamento dos Centros de Saúde Grande Porto IV. Póvoa de Varzim/Vila do Conde, Portugal. helenafernandes25@gmail.com
(*Autora correspondente*); catarinapeixoto@usfdomar.com

^b Unidade de Saúde Familiar Eça de Queirós, Agrupamento dos Centros de Saúde Grande Porto IV. Póvoa de Varzim/Vila do Conde, Portugal. bsmaia@msn.com;
filipemelo1@gmail.com; pedronuno_miranda@hotmail.com

Internações por condições sensíveis à atenção primária em Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul

Hospitalizations for primary care sensitive conditions in Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul

Hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención primaria en Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul

Jocinei Santos de Arruda^a, Juvenal Soares Dias Da Costa^a

Resumo

Objetivos: O presente estudo teve por objetivo analisar a tendência das internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) em Novo Hamburgo, comparando-a com o restante do Estado do Rio Grande do Sul, e relacionando-a com os investimentos financeiros em saúde e a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município, no período de 1998 a 2012. **Métodos:** Foi realizado um estudo ecológico. Os dados foram coletados do Sistema de Internações Hospitalares do SUS. As causas de ICSAP foram baseadas na lista do Ministério da Saúde. A tendência das ICSAP em Novo Hamburgo e no restante do Estado do Rio Grande do Sul foram analisadas por meio dos seus coeficientes padronizados, pelas médias móveis a cada três anos e pela Regressão Binomial Negativa. Foi realizada análise de correlação entre as variáveis de interesse. **Resultados:** Apesar do aumento de 329,26% nos investimentos financeiros e da expansão da cobertura por ESF no período, atingindo 20,20% da população, não houve diminuição nas tendências dos coeficientes de ICSAP em Novo Hamburgo. No restante do Rio Grande do Sul houve redução nas ICSAP, contudo, os coeficientes foram maiores do que em Novo Hamburgo no período estudado. **Conclusões:** Embora no presente estudo não tenha sido encontrada associação entre a diminuição nos coeficientes de ICSAP com o aumento da cobertura pela ESF, incremento do investimento financeiro em saúde, investimento financeiro em APS e o gasto per capita em saúde, há evidências que estes estejam correlacionados. Provavelmente, a cobertura de ESF não foi suficiente para impactar as ICSAP.

Abstract

Objectives: This study aimed to analyze trends in admissions for ambulatory care sensitive conditions (ACSC) in Novo Hamburgo, comparing it with the rest of the Rio Grande do Sul State, and relating it to the investments in health and the Family Health Strategy (FHS) coverage in the city, from 1998 to 2012. **Methods:** We conducted an ecological study. Data were obtained from the Unified Health System's Hospital Database (SIH-SUS). The causes of ACSC were based on a national list published by the Ministry of Health. ACSC tendencies in Novo Hamburgo and the rest of the Rio Grande do Sul State were analyzed by means of their standardized rates, based on moving averages every three years, and Negative Binomial Regression. Correlation analysis was performed between the variables of interest. **Results:** Despite an increase of 329.26% in financial investments and the expansion of FHS coverage in the period, reaching 20.20% of the population, there was no decrease in ACSC rate trends in Novo Hamburgo. In the rest of Rio Grande do Sul, there was a reduction in ACSC, however, the rates were higher than in Novo Hamburgo during the same period. **Conclusion:** Although this study found no association between the decrease in ACSC rates and increased coverage for FHS, increase financial investment in health, financial investment in primary care and per capita spending on health, there is evidence that they are correlated. Probably the FHS coverage was not enough to impact the ACSC.

Como citar: Arruda JS, Dias da Costa JS. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-11. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1256](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1256)

Palavras-chave:

Qualidade da Assistência à Saúde
Atenção Primária à Saúde
Hospitalização
Saúde da Família
Financiamento da Assistência à Saúde

Keywords:

Quality of Health Care
Primary Health Care
Hospitalization
Family Health
Health Care Financing

Fonte de financiamento: declaram não haver.

Parecer CEP: 127/2014 (UNISINOS), aprovado em 11/09/2014.

Conflito de interesses: declaram não haver.

Procedência e revisão por pares: revisado por pares.

Recebido em: 22/12/2015.

Aprovado em: 23/04/2017.

Resumen

Objetivos: Este estudio tuvo como objetivo analizar las tendencias de las hospitalizaciones por condiciones sensibles a cuidados de atención primaria (HCSAP) en Novo Hamburgo, comparándolo con el resto del estado de Río Grande do Sul, y relacionándolo con las inversiones en la salud y la cobertura de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) en la ciudad, de 1998 a 2012. **Métodos:** Se realizó un estudio ecológico. Los datos se obtuvieron a través del sistema SUS de los ingresos hospitalarios. Las causas de HCSAP se basaron en la lista del Ministerio de la Salud. La tendencia de HCSAP en Novo Hamburgo y el resto del Río Grande do Sul se analizaron por medio de los coeficientes estandarizados, las medias móviles cada tres años y la Regresión Binomial Negativa. Se realizó análisis de correlación entre las variables de interés. **Resultados:** A pesar de un aumento de un 329,26% en las inversiones financieras y la ampliación de la cobertura de ESF en el período, llegando a un 20,20% de la población, no hubo una disminución en las tendencias de las tasas de HCSAP. En el resto de Río Grande do Sul hubo una reducción en HCSAP, sin embargo, las tasas fueron más altas que en Novo Hamburgo, en el mismo período. **Conclusión:** Aunque en este estudio no se encontró asociación entre la disminución de los coeficientes HCSAP con el aumento de la cobertura por el ESF, con el aumento de la inversión financiera en APS, y con el gasto per cápita en salud, hay evidencia de que están correlacionados. Es probable que la cobertura del ESF no fue suficiente para afectar la HCSAP.

Palabras clave:

Calidad de la Atención en Salud
Atención Primaria de Salud
Hospitalización
Salud de la Familia
Financiación de la Atención de la Salud

Introdução

Na década de 1990, pesquisadores de países como Estados Unidos,^{1,2} Espanha³ e Canadá⁴ passaram a realizar estudos utilizando um novo indicador, denominado internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP). Esse indicador definiu um grupo de doenças para as quais um cuidado efetivo no nível da atenção primária diminuiria o risco das hospitalizações, tanto na prevenção do surgimento dos agravos quanto no manejo adequado das condições ou patologias crônicas.⁵ Desta forma, o indicador serviria para avaliação da atenção primária, bem como de todo sistema de saúde e poderia prever gastos, necessidades de investimento e definir prioridades em saúde.

Em 2008, o Ministério da Saúde do Brasil elaborou uma lista própria de condições sensíveis à atenção primária, como tentativa de avaliar a qualidade do nível de atenção básica.⁶ Com a elaboração dessa lista, tem sido possível disseminar estudos avaliativos sobre os sistemas de atenção primária em diferentes regiões do país,⁷⁻¹⁰ a partir do princípio de que elevadas taxas de ICSAP indicariam problemas de acesso ou de efetividade dos cuidados em atenção primária à saúde (APS).^{5,11}

Com o objetivo da mudança no modelo de atenção até então vigente no Brasil, em 1994 foi lançado o Programa Saúde da Família, atualmente transformado em Estratégia Saúde da Família (ESF). Essa estratégia surgiu como tentativa de reorganizar a utilização dos níveis assistenciais de forma a racionalizar o atendimento, contribuindo para a melhoria do acesso e da qualidade da APS.⁶

Contudo, sabe-se que os investimentos financeiros realizados em saúde no Brasil, nos três níveis de atenção, ainda são insuficientes. Destaca-se que há uma desigualdade em investimentos, tendo em vista a maior escassez de recursos principalmente na atenção primária, devido a uma visão distorcida da sua complexidade, que leva à desvalorização deste nível de atenção.¹²⁻¹⁴

As ICSAP, como indicador de acesso e qualidade da atenção, passou a valorizar a APS, servindo de ferramenta para avaliação do desempenho e seu reflexo nos investimentos em saúde.⁶ Alguns estudos já foram realizados nesse sentido; no interior de São Paulo, entre 2008 e 2010, as ICSAP geraram um gasto de R\$ 30.370.691,08, o que representou 17% dos investimentos financeiros totais realizados em saúde.¹⁵ Em outro estudo relacionado aos gastos com ICSAP, foi demonstrada uma redução no percentual dos gastos no estado de São Paulo, entre 2000 e 2007, de 14,7%, em 2000, para 13,8%, em 2007.¹⁶

O presente estudo teve por objetivo analisar a tendência das ICSAP em Novo Hamburgo, comparando-a com o restante do Estado do Rio Grande do Sul, e relacionando-a com os investimentos financeiros em saúde e a cobertura da ESF no município, no período de 1998 a 2012.

Métodos

Esse trabalho trata-se de um estudo ecológico com o objetivo de analisar a tendência por ICSAP no município de Novo Hamburgo, comparando-a com o restante do Estado do Rio Grande do Sul, no período de 1998 a 2012.

De acordo com o Censo no ano de 2010, o município de Novo Hamburgo possuía 238.940 habitantes. Nesse município, as principais portas de acesso de atenção primária à saúde são 14 Unidades de Saúde da Família (USF) e 2 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Além disso, também são oferecidos atendimentos especializados em dois centros de saúde. Os atendimentos de urgência e emergência são ofertados em duas unidades mantidas pelo município, uma destas com estrutura de Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Além disso, em Novo Hamburgo, os atendimentos contam com o suporte de um hospital municipal (266 leitos) e um hospital conveniado (53 leitos).

Os dados secundários foram coletados do DATASUS (www.datasus.gov.br), por meio do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), e as informações populacionais foram disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

As causas de ICSAP foram baseadas na lista nacional, conforme a Portaria do Ministério da Saúde nº 221, de 17 de abril de 2008.

Assim, foram construídos os coeficientes brutos de ICSAP. Para comparação das tendências, também foram elaborados os coeficientes brutos por todas as causas de internação, excluídas as causas obstétricas. Posteriormente, foi realizada a padronização direta dos coeficientes para retirar a influência das diferenças devido às estruturas etárias, utilizando-se como referência a população do Estado do Rio Grande do Sul no ano de 2010.¹⁷ Com a finalidade de atenuar as variações aleatórias, utilizou-se a técnica denominada média móvel a cada três anos.¹⁸

Assim, a tendência das ICSAP em Novo Hamburgo e no restante do Estado do Rio Grande do Sul foram analisadas por meio dos seus coeficientes padronizados,¹⁷ bem como das médias móveis a cada três anos.¹⁸ As tendências dos coeficientes padronizados e das médias móveis foram inicialmente analisadas pelas diferenças percentuais.

Os dados financeiros de Novo Hamburgo foram extraídos dos extratos de repasses financeiros disponíveis no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (www.saude.gov.br/siops). Os indicadores foram elaborados a partir da despesa liquidada em cada ano da administração direta em saúde. Assim, foi determinado o investimento financeiro/ano, o gasto per capita em saúde, o investimento em APS/ano; esse último disponível desde 2002. O custo anual das ICSAP foi obtido por meio do DATASUS, com isso, descreveu-se o seu percentual em relação ao investimento financeiro/ano.

Para correções em decorrência da inflação no período, no investimento financeiro em saúde/ano, no investimento em atenção primária à saúde/ano e no custo das ICSAP/ano foi utilizado o Índice Geral de Preços: Disponibilidade Interna (IGP-DI), da Fundação Getúlio Vargas.¹⁹ Já para a padronização e correção

do gasto per capita em saúde, foi utilizada como moeda padrão o dólar americano, usando na conversão a cotação da moeda na metade do período.²⁰

O percentual de cobertura populacional pela ESF anual, em Novo Hamburgo, foi obtido pelas informações fornecidas pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (www.dab.saude.gov.br) e, posteriormente, os dados foram tabulados no programa *Excel*[®].

Além disso, por meio da Regressão Binomial Negativa, utilizando o Programa *Stata*[®] 11.0, foram analisados os coeficientes padronizados das ICSAP, investimento financeiro, investimento em APS, gasto per capita e a cobertura da ESF no município de Novo Hamburgo. Os resultados foram descritos mediante o coeficiente da razão das médias com seus respectivos intervalos de confiança a 95% e os resultados dos testes estatísticos.²¹

Realizou-se também a correlação de Spearman, atendendo seus pressupostos, para testar a associação das ICSAP com os investimentos financeiros, investimentos em APS, gastos per capita em saúde e a cobertura da ESF no município de Novo Hamburgo, sendo considerada como significativa quando alcançou valor superior a 0,50 e valor p menor que 0,05.²²

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), mediante resolução 127/2014 de 11/09/2014.

Resultados

Por meio da análise das ICSAP no município de Novo Hamburgo, constatou-se que o menor coeficiente padronizado foi no ano de 2002 e o maior no ano de 2006, sendo estas, respectivamente, 9,41/1000 e 13,11/1000. Essa variação representou um aumento de 39,31% das ICSAP. Em relação à análise das ICSAP no Rio Grande do Sul, excluindo Novo Hamburgo, foi demonstrado o maior coeficiente padronizado no ano de 1998 (29,40/1000) e o menor em 2012 (15,95/1000). A variação nos coeficientes padronizados de ICSAP representou redução de 45,75%. Apesar do aumento encontrado os coeficientes de ICSAP em Novo Hamburgo, esses foram mais baixos do que o restante do Estado em todo o período (Tabela 1).

Quanto à análise dos coeficientes padronizados das internações por todas as causas em Novo Hamburgo, o menor valor encontrado foi no ano de 1998, com 41,73 internações por 1000 habitantes, enquanto que o maior foi em 2012 (55,23/1000), correspondendo a um aumento de 32,35%. Em relação à análise dos coeficientes padronizados das internações por todas as causas no Rio Grande do Sul, excluindo Novo Hamburgo, constatou-se que o maior valor encontrado foi em 1999 (73,49/1000), enquanto que o menor foi em 2011, com 55,60 internações por 1000 habitantes, correspondendo a uma redução de 24,34%. Apesar do aumento dos coeficientes por internações por todas as causas em Novo Hamburgo, esses foram menores que os verificados no restante do Estado em todo o período (Tabela 1).

Posteriormente, realizou-se a análise das médias móveis de três anos, das internações por todas as causas em Novo Hamburgo, na qual foi possível observar também uma elevação. O menor coeficiente foi observado no ano de 2000 (45,19/1000) e o maior em 2012 (52,39/1000), correspondendo a uma elevação de 15,93%. Em relação à análise das médias móveis das internações por todas as causas no restante do Rio Grande do Sul, foi possível observar redução nas variações aleatórias. A maior taxa foi observada em 2000 (71,63/1000) e a menor em 2012 (57,03/1000), correspondendo a uma redução de 20,38% (Gráfico 1).

Tabela 1. Coeficiente de internações por causas sensíveis em atenção primária (ICSAP) por ano, coeficientes de internações totais por ano ajustados do município de Novo Hamburgo e do estado do Rio Grande do Sul (sem Novo Hamburgo), 1998 a 2012.

Ano	Novo Hamburgo		RS (sem Novo Hamburgo)	
	Coeficiente Ajustado ICSAP	Coeficiente Ajustado Intern. Total	Coeficiente Ajustado ICSAP	Coeficiente Ajustado Intern. Total
1998	11,66	41,73	29,40	72,30
1999	12,49	44,92	28,67	73,49
2000	11,80	48,92	25,20	69,11
2001	10,32	47,47	24,52	68,11
2002	9,41	43,11	22,70	67,54
2003	10,69	45,06	20,74	65,45
2004	12,96	51,18	20,25	65,06
2005	12,69	49,23	19,80	62,92
2006	13,11	48,45	19,88	64,06
2007	11,91	46,84	17,51	58,34
2008	9,89	42,98	17,26	57,62
2009	11,02	46,94	17,62	58,50
2010	11,72	50,63	17,47	58,32
2011	11,78	51,32	16,30	55,60
2012	12,68	55,23	15,95	57,18

Em relação às médias móveis das ICSAP, em Novo Hamburgo, observou-se uma elevação, com o menor coeficiente no ano de 2003 (10,14/1000) e o maior em 2006 (12,92/1000), o que representou um aumento de 27,41%. A análise das médias móveis no restante do Rio Grande do Sul demonstrou uma diminuição nas variáveis aleatórias, com a maior taxa em 2000 (27,75/1000) e a menor no ano de 2012 (16,57/1000), o que representou uma redução de 40,28% (Gráfico 1).

Na análise da tendência observou-se que tanto as internações por todas as causas como as ICSAP tiveram decréscimo gradativo ao longo de todo período estudado, 1998 a 2012, no restante do Rio Grande do Sul. Já em relação às tendências no município de Novo Hamburgo, observou-se uma gradativa elevação das internações por todas as causas e uma tendência à estabilização das ICSAP no decorrer do referido período. Ainda assim, os coeficientes padronizados das ICSAP em Novo Hamburgo sempre estiveram abaixo do restante do Estado (Gráfico 1).

Quanto aos investimentos financeiros realizados em saúde, foi possível observar um incremento nos valores aplicados. No ano de 1998 foram investidos R\$ 30.500.995,07 e no ano de 2012 os valores atingiram R\$ 130.929.810,25, representando um aumento de 329,26%. Observou-se um comportamento semelhante nos gastos per capita em saúde, que tiveram um importante aumento, passando de U\$ 32,66 em 1998 para U\$ 275,02 em 2012, correspondendo a um aumento de 742,07% (Tabela 2).

Os dados referentes aos investimentos financeiros em APS só estavam disponíveis a partir do ano de 2002, quando foram investidos R\$ 23.215.162,48, enquanto que, em 2012, foram investidos R\$ 119.990.755,51 em APS. Esta variação correspondeu a um aumento de 416,86%. Assim, ao relacionar os investimentos em APS com os investimentos totais em saúde, a proporção destinada à APS passou de 50,78% em 2002 para 91,64% em 2012, correspondendo a um aumento de 80,46% no período (Tabela 2).

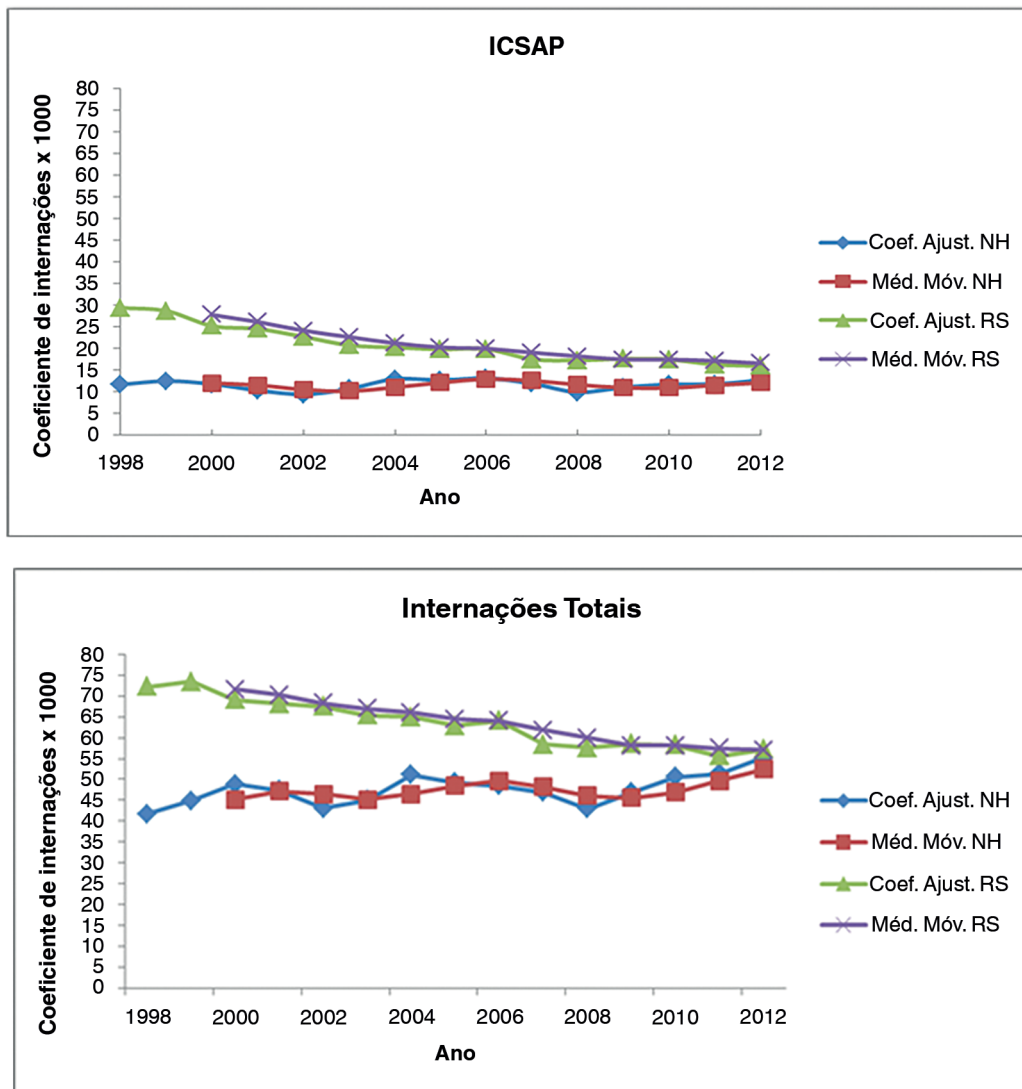


Gráfico 1. Coeficientes de ICSAP e coeficiente de internação por todas as causas padronizados com suas respectivas médias móveis. Rio Grande do Sul (sem Novo Hamburgo) e Novo Hamburgo, 1998-2012.

Em 1998, os custos das ICSAP atingiram R\$ 3.216.590,90, passando para R\$ 3.430.535,00 no ano de 2012, o que representou um aumento de 6,70%. Entretanto, quando analisados os percentuais dos custos das ICSAP em relação aos investimentos financeiros totais, verificou-se que estes passaram de 10,55% em 1998 para 2,62% em 2012, representando uma redução de 75,17% no período (Tabela 2).

Com esse estudo, observou-se que a análise da cobertura populacional pela ESF ficou prejudicada, pois o município aderiu à Estratégia de Saúde da Família somente no ano de 2011, partindo de 17,33% no primeiro ano e atingindo 20,20% da população em 2012 (Tabela 2).

Na análise da Regressão Binomial Negativa, não foram encontradas diferenças entre as taxas de ICSAP no período estudado ($p=0,87$), assim como no investimento em APS ($p=0,29$), porém percebeu-se um aumento significativo do investimento financeiro em saúde ($p<0,0001$), do gasto per capita em saúde ($p<0,0001$) e da cobertura pela ESF ($p=0,0009$) no período estudado (Tabela 3).

Tabela 2. Investimento financeiro por ano, gasto per capita em saúde, investimento em atenção primária em saúde, percentual de investimento em atenção primária à saúde em relação ao investimento total em saúde, custo por ICSAP, percentual de custo por ICSAP em relação ao investimento total em saúde e cobertura populacional.

Ano	Investimento Financeiro/ano (IF)	Gasto per Capita saúde	Investimentos APS/ano (IAPS) em R\$	% IAPS/IF	Custo ICSAP em R\$	% Custo ICS P/IF
1998	R\$ 30.500.995,07	U\$ 32,66	0,00*	0,00*	3.216.590,90	10,55
1999	R\$ 20.706.132,84	U\$ 17,03	0,00*	0,00*	3.142.450,36	15,18
2000	R\$ 33.224.385,36	U\$ 30,09	0,00*	0,00*	2.757.837,84	8,30
2001	R\$ 41.789.818,82	U\$ 32,05	0,00*	0,00*	2.245.273,99	5,37
2002	R\$ 45.716.523,05	U\$ 34,74	23.215.162,48	50,78	1.693.272,00	3,70
2003	R\$ 36.935.464,45	U\$ 30,34	25.847.446,90	69,98	1.907.521,27	5,16
2004	R\$ 61.422.418,18	U\$ 51,71	26.030.350,38	42,38	2.311.345,39	3,76
2005	R\$ 65.600.112,26	U\$ 72,26	27.026.961,59	41,20	2.179.765,84	3,32
2006	R\$ 74.904.352,54	U\$ 91,64	27.274.346,04	36,41	2.193.622,00	2,92
2007	R\$ 78.038.215,35	U\$ 113,41	29.209.390,94	37,43	2.327.243,27	2,98
2008	R\$ 86.414.322,26	U\$ 172,26	28.666.021,78	33,17	2.188.858,08	2,53
2009	R\$ 90.923.599,16	U\$ 144,19	28.766.983,51	31,64	2.890.457,90	3,18
2010	R\$ 101.671.069,83	U\$ 208,68	80.383.823,45	79,06	2.767.625,63	2,72
2011	R\$ 126.127.767,30	U\$ 315,07	107.913.630,37	85,59	2.774.779,78	2,20
2012	R\$ 130.929.810,25	U\$ 275,02	119.990.755,51	91,64	3.430.535,00	2,62

* Dados não disponíveis no SIOPS no referido período.

Tabela 3. Regressão Binomial Negativa da taxa padronizada de ICSAP, do investimento financeiro, do investimento em APS, do gasto per capita e da cobertura de ESF, em relação aos anos. Novo Hamburgo, 1998-2012.

Variáveis	Razão de médias	IC 95%	p-valor
ICSAP	1,003	0,97 a 1,04	0,87
IF/ano	1,124	1,11 a 1,14	<0,0001
IF APS/ano	1,345	0,60 a 2,97	0,29
Gasto PC	1,226	1,20 a 1,26	<0,0001

Na análise da correlação de Spearman, foi possível observar que todas as variáveis apresentaram associação positiva, porém, muito fraca, ou seja, mesmo com o aumento no investimento financeiro, no investimento em APS, no gasto per capita em saúde e na cobertura pela ESF, houve aumento discreto nos coeficientes de ICSAP, contudo, essas diferenças não foram estatisticamente significativas (Tabela 4).

Tabela 4. Correlação de Spearman das taxas padronizadas de ICSAP em relação ao investimento financeiro total em saúde, investimentos financeiros em atenção primária à saúde, gasto per capita em saúde e cobertura da ESF. Novo Hamburgo, 1998-2012.

Variáveis	R	r ²	p-valor
Investimento financeiro	0,1036	1,07%	0,71
Investimento em APS	0,2036	4,14%	0,46
Gasto per capita (dólar)	0,0857	0,73%	0,76
Cobertura ESF	0,1932	3,73%	0,49

Discussão

O presente estudo não mostrou diminuição nas tendências de ICSAP em Novo Hamburgo entre 1998 e 2012, como se demonstrou no restante do estado do Rio Grande do Sul, apesar de ter sido observado aumento nos investimentos financeiros em saúde e a adesão e expansão da cobertura da ESF no município.

Cabe ressaltar que Novo Hamburgo, por ser um polo industrial, por muito tempo teve grande parte da população com acesso a planos de saúde privados. Com a crise das empresas calçadistas e consequente restrição ao acesso a esses serviços, a população passou a procurar na rede básica municipal a solução para seus problemas, com isso, aumentando a demanda e, conseqüentemente, fazendo com que o município necessitasse um investimento maior em APS.

A análise do comportamento das tendências dos coeficientes seguiu uma estratégia baseada na comparação das ICSAP com as internações por todas as causas, na construção de médias móveis e na regressão binomial negativa. Apesar das discretas elevações percentuais encontradas nas comparações dos coeficientes, a regressão binomial não revelou diferenças significativas no período.

As diversas transformações ocorridas no Sistema Único de Saúde têm provocado diminuição das ICSAP em diferentes locais do Brasil.^{7-10,23}

Uma das inovações que tem se mostrado relevante na diminuição das ICSAP tem sido a expansão da ESF.²⁴ Estudos realizados em Minas Gerais mostraram uma relação do aumento da cobertura da ESF com a diminuição das ICSAP, bem como redução da probabilidade de internar nas áreas acompanhadas pela estratégia. Após a expansão da ESF, observou-se uma redução de 17,9%, entre 2004 e 2006, em Belo Horizonte⁷. No município de Montes Claros, o controle regular fora da ESF duplicou a probabilidade de internação.²⁵ Deve-se advertir que Belo Horizonte já contava com mais de 70% de cobertura de ESF em 2002⁷ e Montes Claros com aproximadamente 50% no ano de 2007.²⁵ Embora a ESF em Novo Hamburgo em dois anos tenha atingido 20,2%, ainda deve ser considerada como incipiente quando comparada com critérios de classificação de cobertura populacional, não produzindo o impacto esperado na diminuição das ICSAP.²⁶⁻²⁸

Outro aspecto que deve ser destacado foi que a presente análise não permitiu verificar a origem dos pacientes que internaram por condições sensíveis, distinguindo acesso ou não à ESF.

Em relação aos investimentos financeiros, foi observado um incremento no período. Os dados referentes aos gastos per capita mostraram um aumento de mais de 740% no período de 15 anos, passando de U\$ 32,66 para U\$ 275,02, de acordo com cotação da moeda americana na metade do período de cada ano correspondente. Este valor foi inferior ao gasto per capita brasileiro, de U\$ 474,00, que tem sido denunciado como insuficiente por diversos autores.²⁹ Por sua vez, ao se comparar com países latino-americanos, estes valores se encontraram ainda mais abaixo, podendo-se citar como exemplos o gasto per capita de U\$ 851,00 na Argentina, U\$ 825,00 na Costa Rica e U\$ 740,00 no Uruguai, segundo dados de 2013.³⁰ Isto pode ser explicado pelo fato de que os gastos públicos em saúde no Brasil estavam abaixo do praticado em outros países de média-baixa renda e alta renda.³¹

Ao se analisar o comportamento das despesas com APS em Novo Hamburgo, observou-se um aumento no investimento com o passar dos anos, destacando o ano de 2012, no qual 91% do total investido foram destinados à APS, provavelmente pela expansão da ESF, um montante relevante ao se comparar com os recursos federais, visto que o Brasil destinou 21% das despesas totais em saúde para a APS no período.³⁰ Porém, ficou o questionamento se essas vultosas despesas em APS no referido ano foram efetivamente reais, visto que teriam sido aplicados somente 9% no nível hospitalar; talvez isso tenha ocorrido pela necessidade de praticamente se criar uma rede de atenção básica no município, que até então era incipiente.

Nesse sentido, um estudo que demonstrou os gastos com ICSAP na cidade de São José do Rio Preto, SP, município com cerca de 400 mil habitantes, revelou um valor de R\$ 30.370.691,08, nos anos de 2008 a 2010.¹⁵ Nesse mesmo período os gastos de ICSAP em Novo Hamburgo foram de R\$ 7.846.941,61. Embora não tivessem mesma população, ambos os municípios se enquadravam na mesma faixa do Programa Expansão e Consolidação Saúde da Família (PROESF), ou seja, entre 100.000 e 500.000 habitantes. Com esses dados, considerou-se que houve um menor gasto com ICSAP em Novo Hamburgo, do que em São José do Rio Preto no referido período.

Estudos ecológicos verificando tendências de séries históricas apresentam inúmeras limitações e, além dos problemas oriundos da utilização de dados secundários (subnotificação e erros de classificação),³² sofrem com variação aleatória dos coeficientes¹⁹ e pela análise agregada não controlam fatores de confusão. Entretanto, recente estudo realizado no Rio Grande do Sul mostrou a adequação do SIH/SUS, revelando a apropriação do uso das ICSAP.³³ Em relação ao controle de fatores de confusão, na análise do presente estudo construíram-se médias móveis para “alisamento da tendência” e padronizaram-se os coeficientes ajustando o efeito de idade como tentativas de minimizar as limitações.

A realização de estudos tendo como fonte de dados o SIH/SUS certamente pode contribuir para seu aprimoramento, desde que utilizados para a avaliação, gestão e delineamento de políticas de saúde. Ao pensar que a regionalização é um princípio ordenador dos sistemas de saúde, pode-se apontar a necessidade de incorporação no sistema de informações de alguma variável mais proximal do local de residência dos indivíduos que possa identificar seus serviços de saúde de origem.

Cabe destacar que estudos que avaliam os coeficientes de ICSAP e suas tendências são importantes fontes de dados para o gerenciamento em saúde e para formulação de políticas e estratégias que visem à redução destes coeficientes, de modo a aperfeiçoar o sistema de saúde e os investimentos financeiros aplicados. Ressalta-se, ainda, que a criação da lista brasileira de ICSAP permite a comparabilidade entre estudos nacionais e contribui para a sua consolidação como indicador no país.

Contudo, embora no presente estudo não tenha sido encontrada associação entre a diminuição nos coeficientes de ICSAP com o aumento da cobertura pela ESF, incremento do investimento financeiro em saúde, investimento financeiro em APS e o gasto per capita, há evidências que estes estejam correlacionados.^{7,34} Recomendam-se outros estudos que permitam identificar fatores individuais relacionados às internações hospitalares como identificação do serviço de origem e condições socioeconômicas, além do acompanhamento contínuo das ICSAP, que se revelam como indicadores disponíveis e rápidos para reorganização e aprimoramento do sistema de saúde.

Referências

1. Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey TS, Blank AE, Newman L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Aff (Millwood)*. 1993;12(1):162-73. DOI: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.12.1.162>
2. Gill JM. Can hospitalizations be avoided by having a regular source of care? *Fam Med*. 1997;29(3):166-71.
3. Casanova C, Starfield B. Hospitalizations of children and access to primary care: a cross-national comparison. *Int J Health Serv*. 1995;25(2):283-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.2190/PCF7-ALX9-6CN3-7X9G>
4. Roos NP, Mustard CA. Variation in health and health care use by socioeconomic status in Winnipeg, Canada: does the system work well? Yes and no. *Milbank Q*. 1997;75(1):89-111. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/1468-0009.00045>
5. Shi L, Samuels ME, Pease M, Bailey WP, Corley EH. Patient characteristics associated with hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in South Carolina. *South Med J*. 1999;92(10):989-98. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00007611-199910000-00009>
6. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICAP - Brasil). *Cad Saúde Pública*. 2009;25(6):1337-49. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600016>
7. Mendonça CS, Harzheim E, Duncan BB, Nunes LN, Leyh W. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy Plan*. 2012;27(4):348-55. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czr043>
8. Batista SRR, Jardim PCBV, Sousa ALL, Salgado CM. Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(1):34-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000001>
9. Souza LL, Costa JSD. Internações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(4):765-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000400017>
10. Barreto JOM, Nery IS, Costa MSC. Estratégia de Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(3):515-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300012>
11. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Soc Sci Med*. 2000;51(11):1611-25. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00057-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00057-5)
12. Mendes A. A longa batalha pelo financiamento do SUS. *Saúde Soc*. 2013;22(4):987-93. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000400002>
13. Mendes EV. O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda. *Rev Min Saúde Pública*. 2004;3(4):4-26.
14. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
15. Ferreira JBB, Borges MJG, Santos LL, Forster AC. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014;23(1):45-56. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000100005>
16. Rehem TCMSB, Egry EY. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(12):4755-66. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300024>
17. Lilienfeld AM, Lilienfeld DE. *Foundations of epidemiology*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1980.
18. Latorre MRDO, Cardoso MRA. Análise de séries temporais em epidemiologia: uma introdução sobre os aspectos metodológicos. *Rev Bras Epidemiol*. 2001;4(3):145-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2001000300002>
19. Oliveira G, Pacheco M. *Mercado Financeiro: Objetivo e Profissional*. Curitiba: Fundamento; 2006.
20. Amado AM, Mollo MLR. *Noções de macroeconomia: razões teóricas para as divergências entre economistas*. São Paulo: Manole; 2003.
21. Rosenberg D. *Trend analysis and interpretation. Key concepts and methods for maternal and child health professionals*. Rockville: Division of Science, Education and Analysis Maternal and Child Health Bureau; 1997.
22. Chen PY, Popovich PM. *Correlation: Parametric and Nonparametric Measures*. Thousand Oaks: Sage Publication; 2002.

23. Macinko J, de Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. *Am J Public Health*. 2011;101(10):1963-70. DOI: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2010.198887>
24. Campos AZ, Theme-Filha MM. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(5):845-55. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000500004>
25. Fernandes VBL, Caldeira AP, Faria AA, Rodrigues Neto JF. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(6):928-36. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000080>
26. Figueiró AC, Hartz ZM, Thuler LC, Dias AL. Meta-evaluation of baseline studies of the Brazilian Family Health Strategy Expansion Project: a participatory and formative approach. *Cad Saude Pública*. 2010;26(12):2270-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010001200006>
27. Carvalho SC, Mota E, Dourado I, Aquino R, Teles C, Medina MG. Hospitalizations of children due to primary health care sensitive conditions in Pernambuco State, Northeast Brazil. *Cad Saude Pública*. 2015;31(4):744-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00069014>
28. Aquino R, de Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health*. 2009;99(1):87-93. DOI: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2007.127480>
29. Santos NR. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(1):273-80. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100028>
30. Mendes EV. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estud Avanç*. 2013;27(78):27-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000200003>
31. 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>
32. Bittencourt SA, Camacho LAB, Leal MC. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(1):19-30. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000100003>
33. Abaid RA. Análise da confiabilidade dos diagnósticos das autorizações de internação hospitalar: um estudo em Santa Cruz do Sul [Dissertação de mestrado]. Santa Cruz do Sul: Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC); 2012.
34. Brasil VP, Costa JSD. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina - estudo ecológico de 2001 a 2011. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016;25(1):75-84.

^a Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), PPG em Saúde Coletiva. São Leopoldo, RS, Brasil. doc.arruda@hotmail.com (*Autor correspondente*); episoares@terra.com.br

Análise da síndrome da fragilidade em idosos na atenção primária - Estudo transversal

Analysis of frailty syndrome in primary care - Cross sectional study

Análisis de síndrome del anciano frágil en atención primaria - Estudio transversal

Ana Carolina Veloso Augusti^a, Gláucia Regina Falsarella^b, Arlete Maria Valente Coimbra^c

Resumo

Objetivo: Avaliar a prevalência da síndrome da fragilidade em idosos atendidos na atenção primária à saúde no bairro Jardim Camanducaia, localizado no município de Amparo, SP, Brasil. **Métodos:** Realizou-se um estudo transversal, que incluiu uma amostra de 306 indivíduos de ambos os sexos, com idade de 65 anos ou mais, residentes no bairro Camanducaia em Amparo, SP, Brasil. Foram avaliados os dados referentes ao sexo, idade, doenças crônicas, desempenho cognitivo e o fenótipo da fragilidade, que considera os critérios de força de preensão, velocidade de marcha, nível de atividade física, perda de peso e fadiga. **Resultados:** Verificou-se na amostra o predomínio do sexo feminino (60%). Foram caracterizados como frágeis 21,5% dos pacientes investigados, 71,5% dos idosos foram classificados como pré-frágeis e 6% da amostra foi categorizada como não frágil. **Conclusão:** Observou-se uma alta prevalência de idosos frágeis e pré-frágeis, e esse achado aponta para a necessidade de avaliação periódica do idoso por uma equipe multidisciplinar. Dessa forma, estaria se fazendo uma prevenção da fragilidade, no intuito de reduzir ou minimizar os desfechos adversos na dimensão na saúde.

Abstract

Objective: To assess the prevalence of frailty syndrome in elderly patients in primary health care. **Methods:** A cross-sectional study that included a sample of 306 individuals of both sexes, aged 65 years or older, living in the neighborhood of Jardim Camanducaia, city of Amparo, SP, Brazil. We evaluated data on sex, age, chronic disease, cognitive performance, and the phenotype of frailty, which considered grip strength, gait speed, level of physical activity, weight loss and fatigue. **Results:** It was found a predominance of females (60%) in the sample. 21.5% of the studied patients were characterized as frail, 71.5% of elderly people have been classified as pre-frail, and 6% of the sample were categorized as non-frail. **Conclusion:** There was a high prevalence of frail and pre-frail elderly patients, and this finding points to the need for periodic evaluation of the elderly by a multidisciplinary team. Thus, frailty could be prevented, in order to reduce or minimize adverse outcomes concerning health.

Resumen

Objetivo: El objetivo del estudio fue evaluar la prevalencia del síndrome de fragilidad en los pacientes de edad avanzada en la atención primaria de salud. **Métodos:** Un estudio de la sección transversal que incluyó una muestra de 306 individuos de ambos sexos, con edades de 65 años o más, que viven en el municipio de Amparo, SP, Brasil. Se evaluaron los datos sobre el género, la edad, las enfermedades crónicas, el rendimiento cognitivo y el fenotipo de fragilidad teniendo en cuenta los criterios de fuerza de preensión, la velocidad al caminar, nivel de actividad física, pérdida de peso y fatiga. **Resultados:** Se encontró en la muestra el predominio del sexo femenino (60%). Fueron caracterizados como débiles un 21,5% de los pacientes estudiados, un 71,5% de las personas de edad avanzada han sido clasificados como pre-frágil y un 6% de la muestra se clasificó como no frágil. **Conclusión:** Hubo una alta prevalencia de ancianos de edad avanzada y pre-frágiles, y este hallazgo muestra la necesidad de una evaluación periódica de las personas mayores a través de un equipo multidisciplinario. Por lo tanto, se estaría haciendo una prevención de la fragilidad, con el fin de reducir o minimizar los resultados adversos en dimensión en la salud.

Como citar: Augusti ACV, Falsarella GR, Coimbra AMV. Análise da síndrome da fragilidade em idosos na atenção primária - Estudo transversal. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-9. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1353](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1353)

Palavras-chave:

Idoso Fragilizado
Atenção Primária à Saúde
Comorbidade

Keywords:

Frail Elderly
Primary Health Care
Comorbidity

Palabras clave:

Anciano Frágil
Atención Primaria de Salud
Comorbilidad

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
835.715 (UNICAMP), aprovado
em 17/10/2014.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.
Recebido em: 15/07/2016.
Aprovado em: 22/04/2017.

Introdução

É inegável o crescimento da população de idosos no Brasil nos últimos anos, sendo este um fator que se reflete no próprio sistema de saúde, através dos índices de morbidade e mortalidade. O envelhecimento é notado na estrutura da pirâmide etária brasileira; esse fenômeno é resultado da queda da fecundidade e mortalidade, além do aumento da expectativa de vida.¹ Observa-se nesta população que envelhece maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, síndromes geriátricas, limitações físicas, perdas cognitivas, sintomas depressivos, declínio sensorial, acidentes e isolamento social.²

Diante deste cenário, torna-se relevante a discussão sobre o tema “síndrome da fragilidade” na população idosa. Primeiramente, vale ressaltar que o termo fragilidade surgiu na literatura na década de 80, designando indivíduos frágeis aqueles que tinham mais de 65 anos, dependentes para atividade de vida diária (AVD) e geralmente institucionalizados.³ Ficava claro que o conceito baseava-se na perspectiva da funcionalidade, ou seja, era relacionado à incapacidade e doenças crônicas.²

Com o passar dos anos, alguns estudos sobre a fragilidade passaram a sugerir a existência de um quadro de síndrome, de caráter multissistêmico, em que a redução da capacidade de adaptação do organismo tornaria o idoso suscetível a eventos adversos quando exposto a fatores estressores. Portanto, esta síndrome vem sendo caracterizada como uma condição clínica, de natureza multifatorial, embasada na tríade de alterações neuromusculares (sarcopenia), desregulação do sistema neuroendócrino e disfunção do sistema imunológico.⁴

Entretanto, não há na literatura um consenso referente à definição da síndrome da fragilidade, em virtude das diferentes concepções existentes, as quais podem relacionar a síndrome com o declínio multissistêmico, e outros que conceituam a fragilidade como um acúmulo de déficits funcionais, estados de doença, limitações resultantes da influência psicossocial,⁵ declínio da dimensão cognitiva.^{6,7} A definição mais utilizada na literatura é o modelo operacionalizado por Fried et al.⁴ Os critérios estabelecidos por este grupo de pesquisadores contemplam um declínio fisiológico acumulado envolvendo vários sistemas, e esse acúmulo de declínios repercute na maior vulnerabilidade do indivíduo a desfechos adversos.⁸

Há poucos dados sobre essa síndrome na literatura brasileira, portanto, o presente estudo se justifica pela contribuição na área da saúde do idoso. Nesta perspectiva, objetiva-se avaliar a prevalência da fragilidade em idosos de comunidade, atendidos na Atenção Primária à Saúde e, assim, contribuir para o planejamento e ações preventivas e terapêuticas em saúde coletiva.

Métodos

Trata-se de um estudo observacional, de corte transversal, com amostra aleatória de indivíduos com idade de 65 anos e mais, não institucionalizados, residentes na área urbana do município de Amparo, SP, e cadastrados na Unidade de Saúde da Família (USF) do Jardim Camanducaia, em Amparo, no estado de São Paulo, Brasil.

Amparo, SP, está localizada em uma das regiões mais desenvolvidas do país, e tem uma população estimada de 70.280 habitantes, dos quais 14% são idosos.⁹

No Jardim Camanducaia, há 8848 pessoas cadastradas na Unidade Básica de Saúde (UBS), sendo 822 idosos com idade de 65 anos ou mais. O Jardim Camanducaia apresenta-se subdividido em nove microáreas ou regiões.

Para a formação da amostra, foram recrutados 45 idosos em cada uma das 9 microáreas do Jardim Camanducaia. O processo de recrutamento considerou a listagem de idosos em cada uma destas áreas (idosos vinculados à USF).

A escolha dos voluntários nestas microáreas considerou o nome do idoso por ordem alfabética, ou seja, após encontrar o primeiro nome (idoso) de cada lista ou microárea, foi identificado o endereço do mesmo e todos os idosos moradores nesta mesma rua foram convidados a participar da pesquisa. Este procedimento foi repetido com o segundo nome de cada lista, até atingir o número definido de 45 idosos por microárea. Foram acrescentados mais 12 participantes, totalizando 417 idosos.

Vale ressaltar que de um total de 822 idosos (≥ 65 anos) cadastrados na UBS do Jardim Camanducaia de Amparo, SP, participaram desta pesquisa 417 indivíduos.

Após a constituição da amostra de 417 idosos, a presente investigação considerou os indivíduos com dados completos no protocolo de avaliação da pesquisa, os critérios de exclusão, bem como a avaliação do desempenho cognitivo. Assim, foi estabelecida uma amostra final de 306 idosos.

Para a pesquisa, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 65 anos, compreender as instruções, concordar em participar e ser residente do município de Amparo e cadastrado na Unidade Saúde da Família do Jardim Camanducaia. Os critérios de exclusão foram: incapacidade permanente ou transitória para caminhar, indicada pelo uso de cadeira de rodas, sendo permitido o uso de bengala; sequelas graves de acidente vascular encefálico; doença de Parkinson em estágio grave ou instável; graves déficits de audição ou de visão; em estágio terminal e baixo desempenho no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM),¹⁰ sendo os pontos de corte ajustados à escolaridade.^{11,12}

O delineamento da pesquisa ocorreu em locais distintos. Inicialmente, realizou-se a entrevista (questionário autorreferido), aplicada no próprio domicílio do participante. Essa etapa da pesquisa foi executada pelos agentes de saúde do município de Amparo, os quais foram previamente treinados por alunos de pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Posteriormente, realizou-se a avaliação antropométrica e os testes físicos na Unidade Básica de Saúde do Jardim Camanducaia do município de Amparo, SP. Esses procedimentos foram aplicados pelos pesquisadores.

Durante a coleta de dados, os idosos foram submetidos à avaliação cognitiva mediante um teste de rastreio, por intermédio do MEEM. Este instrumento avalia a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, praxia, habilidades de linguagem e visuo-espaciais. O escore do MEEM pode variar de um mínimo de 0 pontos, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo, até um total máximo de 30 pontos, qual, por sua vez, corresponde à melhor capacidade cognitiva.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, com o protocolo número 835.715/2014; e contou com apoio financeiro da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e da CAPES (Coordenação para Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), do governo federal do Brasil. Todos os sujeitos assinaram um termo de consentimento antes da participação no estudo.¹³

Instrumentos e medidas

Dados sociodemográficos e condições de saúde: Cada participante foi questionado sobre as variáveis: idade, sexo e a presença das seguintes doenças crônicas: doença cardiovascular, acidente vascular encefálico, diabetes, hipertensão, artrite ou reumatismo, doença pulmonar e depressão. A questão utilizada foi: alguma vez o seu médico disse que o senhor(a) tem as seguintes doenças?

Síndrome da fragilidade: foi caracterizada a partir do modelo proposto por Fried et al.⁴

1. Perda de peso não intencional: avaliada pela seguinte pergunta “No último ano, o(a) senhor(a) perdeu mais do que 4,5 kg ou 5% do peso corporal sem intenção”. Para as respostas positivas, eram perguntados quantos quilos.
2. Fadiga: analisada por duas perguntas da *Center for Epidemiological Studies-Depression* (CES-D), pelos itens 7 (“Senti que tive que fazer esforço para fazer tarefas habituais”) e 20 (“Não conseguiu levar adiante suas coisas”). Como resposta, havia as alternativas: a) sempre, b) na maioria das vezes, c) poucas vezes e d) nunca ou raramente. Pontuaram para o critério fadiga os idosos que responderam sempre ou na maioria das vezes a qualquer uma das duas perguntas.
3. Força de preensão palmar: foi medida utilizando o dinamômetro (Jamar®) colocado na mão dominante. A baixa força de preensão correspondeu aos valores 20% menores da distribuição das médias das três tentativas. As médias foram ajustadas segundo sexo e índice de massa corporal (IMC). O Quadro 1 apresenta o ponto de corte adotado para o critério força de preensão.

Quadro 1. Pontos de corte para a força de preensão, velocidade de marcha e para o nível de atividade física.

Pontos de corte para a força de preensão			
Homens		Mulheres	
IMC*	Pontos de corte (kgf)**	IMC*	Pontos de corte (kgf)**
≤24	≤29	≤23	≤17
24,1-26	≤30	23,1-26	≤17,3
26,1-28	≤30	26,1-29	≤18
>28	≤32	>29	≤21
Pontos de corte para a velocidade de marcha			
Homens		Mulheres	
Altura (cm)	Pontos de corte (seg)	Altura (cm)	Pontos de corte (seg)
≤173	≥7	≤159	≥7
>173	≥6	>159	≥6
Pontos de corte para o nível de atividade física			
Homens		Mulheres	
Sedentário	<300 Kcal#	Sedentária	<270 Kcal#
Ativo	>300 Kcal#	Ativa	>270 Kcal#

* IMC: índice de massa corporal; ** Kgf: quilograma força; # Kcal: quilocalorias.

4. Velocidade da marcha: indicada pelo tempo médio em segundos que cada idoso percorreu por três vezes uma distância de 4,6 metros em passo usual, no plano. As médias obtidas foram ajustadas à altura de homens e de mulheres. A baixa velocidade da marcha foi indicada pelos valores 20% mais altos relativos ao tempo gasto para percorrer os 4,6 m. O ponto de corte para esse critério da fragilidade está descrito no Quadro 1.

5. Nível de atividade física foi avaliado pelo dispêndio semanal de energia em kcal em atividades e exercícios físicos, baseado no *Minnesota Leisure Time Activities Questionnaire*.¹⁴ Este instrumento avaliou o desempenho do idoso em atividades realizadas nas duas últimas semanas, nos últimos 12 meses e por quantos meses no ano, frequência semanal e duração diária. Com base no autorrelato das atividades desempenhadas, derivou-se o dispêndio semanal de energia em quilocalorias (kcal). O método para calcular o gasto energético por minuto de cada atividade considerou o peso corporal do idoso e o número de equivalentes metabólicos (MET=*Metabolic Equivalent of Task*) necessários para executar a atividade. O Quadro 1 indica o ponto de corte considerado pelo estudo.

Foram considerados frágeis aqueles que pontuaram em três ou mais critérios. Os idosos que pontuaram para um ou dois componentes caracterizaram-se como pré-frágeis. Aqueles que não pontuaram para nenhum dos critérios foram classificados como não frágeis ou robustos.⁴

Resultados

A amostra foi composta por 306 idosos, com faixa etária acima dos 65 anos, sendo a média de idade de 72 anos ($\pm 5,71$). Observou-se predomínio do sexo feminino, sendo 185 mulheres e 121 homens. Em relação às comorbidades, a hipertensão arterial mostrou-se a doença crônica mais prevalente, sendo referida por 216 idosos (70,3%), seguida pelo diabetes, que atingiu 104 idosos (33,9%), depressão 81 (26,3%), doença cardiovascular 72 (23,4%) e reumatismo 70 (22,9%). Presença de osteoporose foi apontada por 57 (18,5%) pacientes, câncer 36 (11,8%), doença pulmonar 35 (11,4%), acidente vascular cerebral 18 (5,8%). Somente 15 (4,8%) referiram episódio de convulsão e 10 (3,2%) de trombose (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização da casuística segundo idade e morbididades.

Variáveis	Média/Frequência	Porcentagem (%)
Idade (anos)		
Amostra total	72.62 (± 5.71)	
Masculino	72.41 (± 0.40)	
Feminino	72.93 (± 0.54)	
Sexo		
Masculino	121	39,74
Feminino	185	60,26
Doenças crônicas		
Doença Cardiovascular	72	23,45
Hipertensão Arterial	216	70,36
Acidente Vascular Cerebral	18	5,86
Diabetes	104	33,99
Câncer	36	11,80
Reumatismo	70	22,92
Doença Pulmonar	35	11,40
Depressão	81	26,38
Osteoporose	57	18,57
Convulsão	15	4,89
Trombose	10	3,26

Em relação aos critérios de fragilidade, 60 (19%) pacientes apresentaram diminuição da força de preensão palmar, com uma notável diferença entre gêneros, sendo 30,8% em mulheres e 2,4% em homens. A diminuição da velocidade da marcha esteve presente em 265 (86,6%) dos pacientes. A fadiga em 28,1%, a perda de peso em 21,2% e o baixo nível de atividade física (19,6%) (Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização da casuística segundo a presença de critério de fragilidade (n=306).

Score	Total	Mulheres (n=185)	Homens (n=121)	Valor p
Preensão	(n=60; 19,61%)	(n=7; 3,81%)	(n=3; 2,48%)	0,000
Marcha	(n=265; 86,60%)	(n=169; 91,35%)	(n=96; 79,34%)	0,03
Atividade Física	(n=60; 19,61%)	(n=40; 21,62%)	(n=20; 16,53%)	0,27
Perda Peso	(n=65; 21,24%)	(n=47; 25,41%)	(n=18; 14,88%)	0,028
Fadiga	(n=86; 28,10)	(n=59; 31,89)	(n=27; 22,31)	0,06

Baseando-se no fenótipo proposto para detectar a fragilidade, 21,5% dos pacientes são caracterizados como frágeis (apresentam três ou mais critérios), 71,5% são pré-frágeis e 6% são não frágeis (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição da casuística segundo o número de critérios de fragilidade envolvidos.

Score	Total n/%	Mulheres (n=185)	Homens (n=121)
0 (Não Frágeis)	(n=21; 6,86%)	(n=6; 3,24%)	(n=15; 12,40%)
1 (Pré-Frágeis)	(n=125; 40,85%)	(n=61; 32,97%)	(n=64; 52,89%)
2 (Pré-Frágeis)	(n=94; 30,72%)	(n=64; 34,59%)	(n=30; 24,79%)
3 (Frágeis)	(n=48; 15,69%)	(n=38; 20,54%)	(n=10; 8,26%)
4 (Frágeis)	(n=15; 4,90%)	(n=14; 7,57%)	(n=1; 0,83%)
5 (Frágeis)	(n=3; 0,98%)	(n=2; 1,08%)	(n=1; 0,83%)

Discussão

Pesquisas internacionais e nacionais mostram maior prevalência de pessoas do sexo feminino nas amostras dos estudos.^{4,15,16} A maior contingência das mulheres nas pesquisas envolvendo a questão da saúde pode ser justificada por sua maior exposição a tratamentos de saúde ao longo da vida, comparado aos homens, bem como pode ser explicada pela condição de cuidadora das mulheres.¹³ No presente estudo as mulheres foram maioria (60,26%) e a idade média foi de 72,62 anos ($\pm 5,71$) entre todos os participantes, corroborando com outros estudos.^{15,16}

Em relação às comorbidades referidas observa-se, neste estudo, que as principais doenças relatadas são hipertensão arterial (70,3%), seguida de diabetes (33,9%), depressão (26,3%), doença cardiovascular (23,4%) e reumatismo (22,9%). Percebe-se que houve diferença no estudo feito por Fried et al.,⁴ em que a principal comorbidade referida é o reumatismo (51,2%), seguida da hipertensão (42,9%) e doença cardiovascular (27,6%).

Talvez essa diferença possa ser explicada pelo fato de que a amostra investigada em Amparo, SP, foi constituída por idosos atendidos na atenção primária, que possui ênfase no tratamento de hipertensão arterial e diabetes. Outra hipótese está relacionada aos “determinantes sociais da saúde”. A dimensão

da saúde reflete a influência dos aspectos sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. Assim, a maior parte da carga de doenças e iniquidades em saúde, associam-se às condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem.

Um estudo realizado no nordeste brasileiro¹⁷ que relaciona as comorbidades com a prevalência da fragilidade mostrou significância estatística entre osteoporose, AVC e depressão. Essa pesquisa ainda evidenciou que a presença de comorbidade está associada à fragilidade, apesar da síndrome da fragilidade também se mostrar presente em indivíduos sem comorbidades.⁴

Em relação aos critérios de fragilidade, 19% dos pacientes apresentaram diminuição da força de preensão palmar, o que corrobora com o estudo feito por Fried et al.,⁴ que mostra uma prevalência de 20% entre os pacientes analisados, porém não há a diferença entre os gêneros que foi notada no presente estudo. O baixo nível de atividade física descrito neste estudo em 19,6% dos participantes se relaciona com o estudo de Fried et al., em que 22% apresentam essa característica. A diminuição da velocidade da marcha presente na maioria dos pacientes deste estudo (86,6%) não se relaciona com o estudo de Fried et al., no qual apenas 20% dos pacientes apresentam tal critério.

Os outros critérios também não corroboram com o estudo de Fried et al., pois a fadiga que aparece em 28,1% dos pacientes, no outro estudo são 17% que apresentam essa alteração. A perda de peso presente em 21,2% dos idosos deste estudo não se relaciona com apenas 6% no estudo de Fried et al. No estudo FIBRA,¹⁵ que avalia idosos de sete cidades brasileiras, a fadiga está presente em 22,7% dos pacientes e perda de peso em 19,1%; nota-se, portanto, uma relação de proximidade com o estudo em questão.

Na pesquisa desenvolvida, 21,5% foram considerados frágeis, sendo 6,9% no estudo de Fried et al. e 9% no estudo FIBRA.¹⁶ Pré-frágeis foram 71,5% e 6% não frágeis ou robustos. No estudo de Fried et al. 45,3% foram pré-frágeis e 48,3% não frágeis. No estudo FIBRA¹⁶ foram 51,9% pré-frágeis e 39,1% não frágeis. Em uma revisão sistemática,¹⁸ foi verificada uma ampla variação da prevalência de fragilidade, variando de 6,9 a 21% para o estado frágil e 33 a 55% para o estado pré-frágil.

Tendo em vista a prevalência de idosos pré-frágeis e frágeis, torna-se importante o desenvolvimento de intervenções para evitar os eventos adversos. Um estudo¹⁹ ressalta a importância das prevenções primária, secundária e terciária relacionadas à incidência de fragilidade. Sendo para os idosos robustos e alguns pré-frágeis, intervenções como: prevenção à hipertensão, tabagismo, dislipidemia, ações de vacinação, realização de exercícios, orientações sobre nutrição. Para os pré-frágeis, em geral recomenda-se realizar diagnóstico precoce e tratamento de doenças crônicas, prevenção de quedas, entre outros. Em relação aos frágeis, realizar uma abordagem geriátrica com enfoque na reabilitação para manter a funcionalidade.

Este estudo apresenta algumas limitações. É necessário que estudos adicionais sejam realizados com amostras maiores, que permitam mais extrapolações dos dados. Sugere-se que estudos adicionais considerem a população idosa não apenas de comunidade, mas os indivíduos atendidos no âmbito ambulatorial e aqueles institucionalizados, uma vez que os critérios de exclusão da pesquisa tenham excluídos os idosos mais doentes e debilitados. Entretanto, a necessidade da adoção dos critérios de exclusão é justificada, devido à interferência de algumas condições de saúde sobre o desempenho cognitivo e físico, que comprometeriam os resultados do estudo.

Conclusão

Em países em desenvolvimento a síndrome da fragilidade em idosos ainda é pouco investigada. Nota-se que o processo de envelhecimento surge em condições de saúde, econômica e social desfavoráveis, e talvez por isso a prevalência dessa síndrome seja elevada. Seria interessante que fosse realizada uma avaliação global do idoso periodicamente por uma equipe multidisciplinar, ao considerar as várias dimensões da saúde. Dessa forma, estaria se fazendo uma prevenção da fragilidade e diminuindo os desfechos adversos como a institucionalização e a hospitalização, além de reduzir as taxas de morbimortalidade. No âmbito do Sistema Único de Saúde, que tem como referência a atenção primária, essas ações contribuirão para o cuidado integral do idoso.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):793-7.
3. Woodhouse KW, Wynne H, Baillie S, James OF, Rawlins MD. Who are the frail elderly? *Q J Med*. 1988;68(255):505-6.
4. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al.; Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(3):M146-56. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>
5. Rockwood K, Howlett SE, MacKnight C, Beattie BL, Bergman H, Hébert R, et al. Prevalence, attributes, and outcomes of fitness and frailty in community-dwelling older adults: report from the Canadian study of health and aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004;59(12):1310-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/59.12.1310>
6. Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing*. 2006;35(5):526-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/af1041>
7. Fabrício-Wehbe SC, Schiaveto FV, Vendrusculo TR, Haas VJ, Dantas RA, Rodrigues RA. Cross-cultural adaptation and validity of the 'Edmonton Frail Scale - EFS' in a Brazilian elderly sample. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2009;17(6):1043-9.
8. Macedo C, Najas M, Gazzola JM. Síndrome da fragilidade no idoso: importância da fisioterapia. *Arq Bras Ciênc Saúde*. 2008;33(3):177-84.
9. Brasil. IBGE. Censo demográfico. [Internet]. [acesso 2016 Jan 21]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br>
10. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189-98. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
11. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2003;61(3B):777-81. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014>
12. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 1994;52(1):1-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>
13. Falsarella GR, Gasparotto LP, Barcelos CC, Coimbra IB, Moretto MC, Pascoa MA, et al. Body composition as a frailty marker for the elderly community. *Clin Interv Aging*. 2015;10:1661-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S84632>
14. Lustosa LP, Pereira DS, Dias RC, Britto RR, Parentoni AN, Pereira LSM. Tradução e adaptação transcultural do Minnesota Leisure Time Activities Questionnaire em idosos. *Geriatr Gerontol Aging*. 2011;5(2):57-65.
15. Neri AL, Yassuda MS, Araújo LF, Eulálio AC, Cabral BE, Siqueira MEC, et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(4):778-92. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000800015>

16. Vieiral RA, Guerra RO, Giacomini KC, Vasconcelos KSS, Andrade ACS, Pereira LSM, et al. Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: dados do estudo FIBRA. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(8):1631-43. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013001200015>
17. Sousa AC, Dias RC, Maciel AC, Guerra RO. Frailty syndrome and associated factors in community-dwelling elderly in Northeast Brazil. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012;54(2):e95-e101.
18. Tribess S, Oliveira RJ. Síndrome da fragilidade biológica em idosos: revisão sistemática. *Rev Salud Pública*. 2011;13(5):853-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642011000500014>
19. Sternberg SA, Wershof Schwartz A, Karunanathan S, Bergman H, Mark Clarfield A. The identification of frailty: a systematic literature review. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59(11):2129-38. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03597.x>

^a Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Campinas, SP, Brasil. carol_augusti@hotmail.com

^b Programa de Gerontologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Campinas, SP, Brasil. grfalsarella@ig.com.br
(*Autora correspondente*)

^c Programa de Gerontologia e Programa Saúde da Família da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Campinas, SP, Brasil. acoimbra@fcm.unicamp.br

Rumo à educação baseada em competências: construindo a matriz do internato em Medicina de Família e Comunidade

Towards competency-based education: building the Family Medicine clerkship blueprint

Hacia una educación basada en competencias: la construcción de la matriz de prácticas en Medicina de Familia

Ângela Jornada Ben^a, José Mauro Ceratti Lopes^a, Carmen Vera Giacobbo Daudt^a, Maria Eugênia Bresolin Pinto^a, Mônica Maria Celestina de Oliveira^a

Resumo

Objetivo: Elaborar a matriz de competências a serem desenvolvidas pelos estudantes durante os três meses de estágio no internato em Medicina de Família e Comunidade na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). **Métodos:** Foi realizada revisão de literatura sobre o referencial teórico do ensino baseado em competências sobre escolas médicas que utilizassem o ensino baseado em competências na especialidade e sobre as principais diretrizes nacionais e internacionais sobre o tema. Diante da revisão de literatura, foi discutida a aplicabilidade das recomendações no contexto do internato da UFCSPA. **Resultados:** Dezoito competências foram elaboradas e divididas em quatro eixos: Geral; Abordagem Individual; Abordagem Familiar e Abordagem Comunitária. Cada competência foi detalhada em um ou mais componentes. Para cada componente, foram identificados os métodos de ensino e de avaliação atualmente utilizados no programa do internato. **Conclusão:** Com a definição da matriz, as competências, antes desenvolvidas de forma intuitiva, foram organizadas de modo a viabilizar a revisão e adequação dos processos de ensino e avaliação.

Palavras-chave:

Educação Baseada em Competências
Educação Médica
Internato e Residência
Medicina de Família e Comunidade

Abstract

Objective: To elaborate a blueprint of the competencies to be developed during three months of Family Medicine Clerkship at the Federal University of Health Sciences of Porto Alegre (UFCSPA). **Methods:** A literature review was carried out on competency-based education, medical schools using this approach and national and international guidelines on medical education. Therefore, the applicability of the recommendations in the context of UFCSPA Clerkship was discussed. **Results:** Eighteen competencies were established and divided into four axes: General, Individual Approach, Family Approach, and Community Approach. Each competency was depicted in one or more components. For each component, we have identified the teaching and students' assessment methods currently applied in Family Medicine Clerkship. **Conclusions:** Clerkship competencies, which were previously developed in an intuitive way, were organized in a blueprint that enables the review and adequacy of teaching methods and students' assessment.

Keywords:

Competency-Based Education
Medical Education
Internship and Residency
Family Practice

Como citar: Ben AJ, Lopes JMC, Daudt CG, Pinto MEB, Oliveira MMC. Rumo à educação baseada em competências: construindo a matriz do internato em Medicina de Família e Comunidade. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-16. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1354](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1354)

Fonte de financiamento: declaram não haver.

Parecer CEP: 837.591 (UFCSPA), aprovado em 20/10/2014.

Conflito de interesses: declaram não haver.

Procedência e revisão por pares: revisado por pares.

Recebido em: 16/07/2016.
Aprovado em: 22/04/2017.

Resumen

Objetivo: Elaborar una matriz de competencias, que debe ser desarrollada durante tres meses de Internado de Medicina Familiar y Comunitaria en la Universidad Federal de Ciencias de la Salud de Porto Alegre (UFCSPA). **Métodos:** Se realizó una revisión de la literatura sobre el marco teórico de la educación basada en competencias sobre las escuelas de medicina que utilizara la educación basada en competencias en la especialidad y sobre las principales directrices nacionales e internacionales sobre el tema. Por lo tanto, se discutió la aplicabilidad de las recomendaciones en el contexto del internado de UFCSPA. **Resultados:** Se elaboraron dieciocho competencias y se dividieron en cuatro ejes: General, Enfoque Individual, Enfoque Familiar y Enfoque Comunitario. Cada competencia se representó en uno o más componentes. Para cada componente se identificaron los métodos de enseñanza y de evaluación actualmente utilizados en el programa del internado. **Conclusiones:** Las competencias del Internado, antes desarrolladas de manera intuitiva, fueron organizadas en una matriz para hacer posible la revisión y adecuación de los métodos de enseñanza y la evaluación.

Palabras clave:

Educación Basada en Competencias
Educación Médica
Internado y Residencia
Medicina Familiar y Comunitaria

Introdução

O ensino por competências tem sido adotado por escolas médicas com o objetivo de orientar a formação baseada na aplicação do conhecimento e no desenvolvimento de habilidades e atitudes. Esse método pressupõe uma avaliação formativa, ou seja, que se avalie o desempenho do estudante em relação às competências previamente estabelecidas.^{1,2} Tradicionalmente, o ensino médico está fundamentado na aquisição de conhecimentos com exposição a conteúdos médicos específicos distribuídos em disciplinas.

Os métodos de ensino são, geralmente, baseados em aulas expositivas e o processo de aprendizagem é avaliado de forma somativa,³ medindo, principalmente, a capacidade de memorização e aquisição de conhecimento. O modelo tradicional tem sido questionado por apresentar limitações quanto à capacidade de formar profissionais aptos a responderem às demandas sociais atuais, como ter habilidades comunicacionais e culturais ou capacidade para resolver problemas que vão além do conhecimento teórico.^{4,5}

Entende-se por competência a capacidade de mobilizar e integrar conhecimentos, habilidades e atitudes para resolver problemas num contexto profissional específico.⁶ As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCNs) incorporaram esse conceito e recomendam que as Instituições de Ensino Superior organizem, desenvolvam e avaliem a formação médica baseada nesse modelo, a fim de contemplar as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

Há também uma demanda crescente por profissionais médicos, principalmente após a adoção da Estratégia de Saúde da Família como política de expansão e qualificação do acesso aos serviços de saúde pela população. Por outro lado, os resultados do estudo “Demografia Médica no Brasil 2015”⁷ mostram grande número de práticas profissionais não padronizadas e concentração de profissionais em especialidades médicas não diretamente ligadas à atenção primária. Isso pode ser entendido como um processo de formação não alinhado com os princípios do Sistema Nacional de Saúde.

Assim, o objetivo desse artigo é apresentar a Matriz de Competências desenvolvida para o internato em Medicina de Família e Comunidade no contexto de uma Instituição de Ensino Superior que utiliza o modelo tradicional de ensino a fim de iniciar o processo de incorporação do ensino baseado em competências ao currículo.

Métodos

Foi realizada revisão de literatura sobre o referencial teórico do ensino baseado em competências, sobre escolas médicas que utilizassem o ensino baseado em competências na especialidade e sobre as principais recomendações das entidades nacionais e internacionais envolvidas com o ensino médico.

O critério de seleção foi encontrar definições de competências para o exercício profissional e modelos de matriz de competências utilizados. As bases de dados consultadas foram PubMed, Scielo e Google Acadêmico. Foi utilizada uma combinação de termos de busca amplos em português, inglês e espanhol como Educação Baseada em Competências, *Competency-Based Education*, *Educación Basada en Competencias*, Medicina de Família e Comunidade, *Family Medicine* e *Medicina Familiar y Comunitaria*, Internato, *Clerkship*, *Internship*, Internado, matriz de competências, *blueprint*, competência, *competency*. Sites de escolas médicas e recomendações nacionais e internacionais foram acessados conforme referências indicadas em artigos, livros e ou por colegas docentes de outras escolas médicas.

O processo de construção da Matriz foi iniciado no curso de desenvolvimento docente na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) sob coordenação dos professores do Núcleo de Apoio Pedagógico em 2012 e no curso Leonardo níveis I e II da *European Academy of Teachers of General Practice and Family Medicine* (EURACT) para formadores em MFC em 2013. As etapas seguintes foram realizadas em 2014 e 2015 como parte do projeto desenvolvido no programa de desenvolvimento docente da *Foundation for Advancement of International Medical Education* - Instituto Regional FAIMER - Brasil, reconhecido como especialização pela Universidade Federal do Ceará.

Resultados

A revisão de literatura sobre o referencial teórico do ensino baseado em competências mostrou que várias escolas médicas na Europa e América do Norte utilizam essa metodologia em seus currículos e que, essencialmente, seguem as recomendações de instituições acreditadoras.^{1,2,4,6,8-15} Tendo em vista o grande número de escolas, optou-se por consultar os sites das instituições acreditadoras reiteradamente citadas nas referências consultadas, com objetivo de encontrar, primeiramente, a definição das competências para o exercício profissional.

São elas: *Association for Medical Education in Europe* (AMEE),¹⁶ *Accreditation Council for Graduate Medical Education* (ACGME),¹⁷ *Association of American Medical Colleges*¹⁸ e *Canadian Medical Education - Family Medicine* (CanMEDS-FM).¹⁹ Foram encontrados estudos sobre definição de competências para residência médica e diretrizes com objetivo de incentivar a incorporação do ensino por competências nos currículos da graduação e integração com os da residência.²⁰

Na América Latina^{11,12,21,22} e no Brasil, algumas escolas implementaram o currículo por competências. Foram encontradas referências sobre três escolas médicas brasileiras, a Universidade Estadual de Londrina (UEL),¹⁴ Universidade da Cidade de São Paulo (UNICID)⁹ e Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA).¹⁵ Os sites dessas Instituições apresentam informações sobre perfil geral do egresso e sobre competências recomendadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCNs), não sendo informado sobre matriz de competências adaptadas ao contexto local.

Como não foram encontrados modelos específicos de matriz de competências para graduação e, principalmente, para o internato em MFC ao nível nacional, optou-se por selecionar as recomendações da DCNs²³ e da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade para a residência médica (SBMFC).²⁴

A fim de complementar as competências gerais requeridas para o exercício profissional das DCNs e da SBMFC, foram também selecionadas duas recomendações internacionais por serem reiteradamente citadas nas referências consultadas: *Canadian Medical Education - Family Medicine (CanMEDS-FM)*;¹⁹ e *Family and Community Medicine - University of Toronto*.²⁵ No site da Universidade de Toronto foram encontradas descritas as competências principais para o interno em MFC. Assim, foi realizada adaptação dos modelos das DCNs, SBMFC, CanMEDS-FM e da Universidade de Toronto ao contexto do internato em MFC em nossa Instituição.

Adaptando tais recomendações ao contexto do internato, foi definida uma Matriz detalhando 18 competências a serem desenvolvidas pelo interno durante os 3 meses de estágio apresentadas no Quadro 1. As competências foram organizadas em quatro eixos: Geral, Abordagem Individual, Abordagem Familiar e Abordagem Comunitária. Um eixo pode conter uma ou mais competências. Uma competência pode abranger um ou mais componentes. Para cada componente, foram identificados os métodos de ensino e avaliação atualmente utilizados no programa do internato apresentadas nos Quadros 2, 3, 4 e 5. O conjunto de competências dispostas nos quatro eixos compõe o perfil esperado do estudante que concluiu o estágio na especialidade de Medicina de Família e Comunidade.

Quadro 1. Matriz de Competências do Internato em Medicina de Família e Comunidade conforme eixos.

EIXO	COMPETÊNCIAS
GERAL	(1) Demonstrar consciência da necessidade de ser um eterno aprendiz. (2) Demonstrar habilidades de comunicação efetiva, profissional e sem preconceitos. (3) Entender o papel do Médico de Família e Comunidade no sistema de saúde.
INDIVIDUAL	(4) Adotar abordagem centrada na pessoa. (5) Realizar anamnese e exame físico de forma apropriada para o internato. (6) Elaborar lista de diagnóstico diferencial condizente com os dados coletados na anamnese e exame físico. (7) Reconhecer as apresentações típica e atípica das doenças prevalentes na APS e das doenças com risco de morte. (8) Demonstrar uma abordagem eficaz para a apresentação de sintomas sem explicação médica. (9) Demonstrar uma abordagem eficaz para a apresentação de doença aguda autolimitada e doença potencialmente fatal. (10) Demonstrar uma abordagem eficaz em relação às doenças crônicas. (11) Demonstrar uma abordagem eficaz em relação às doenças com um forte componente emocional/saúde mental. (12) Modificar o diagnóstico diferencial tendo em vista sintomas inesperados ou modificados, ou quando os sintomas persistem além do esperado. (13) Justificar escolha de exames laboratoriais e utilizá-los apenas quando houver impacto no manejo do paciente. (14) Interpretar os testes diagnósticos pronta e adequadamente. (15) Comunicar os resultados em tempo hábil. (16) Desenvolver um plano de tratamento adequado.
FAMILIAR	(17) Adotar abordagem centrada na pessoa considerando contexto familiar.
COMUNITÁRIA	(18) Envolver outros recursos de forma adequada no sistema de saúde.

Quadro 2. Matriz de Competências do Internato em Medicina de Família e Comunidade no Eixo Geral.

EIXO	COMPETÊNCIAS	COMPONENTES	MÉTODOS DE APRENDIZADO	MÉTODOS DE AVALIAÇÃO
GERAL	Demonstrar consciência da necessidade de ser um eterno aprendiz.	Aplicar, sempre que possível, os princípios da medicina baseada em evidências.	Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC. Dramatização.	Observação direta Videogravação + Relatório da consulta filmada
		Comprometer-se com o acompanhamento dos casos clínicos, a fim de aprender com os desfechos favoráveis e desfavoráveis dos pacientes.	Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC. Dramatização.	Observação direta Videogravação + Relatório da consulta filmada
	Demonstrar habilidades de comunicação efetiva, profissional e sem preconceitos	Utilizar diferentes técnicas de comunicação: realizar perguntas abertas e fechadas, questões diretas, escalas e narrativas.	Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC. Dramatização.	Observação direta Videogravação + Relatório de autoavaliação da consulta filmada
		Utilizar estilo flexível que se adapte a várias culturas e níveis escolares (princípio da competência cultural). Demonstrar abordagem apropriada para idade do paciente (ex. jogos e humor com crianças, fala mais clara com idosos).	Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC. Dramatização. Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC. Dramatização.	Observação direta Videogravação Observação direta Videogravação
Entender o papel do MFC no sistema de saúde.	Caracterizar como o conhecimento, habilidades e atitudes do MFC o diferenciam dos demais especialistas.	Proporcionar cuidado continuado.	*Estudo de texto: Capítulo 1. Princípios da Medicina de Família e Comunidade. Discussão de casos clínicos.	Teste de conhecimento aplicado Observação direta Videogravação
			Organização da agenda na unidade de saúde para garantir consultas de retorno.	Observação direta Videogravação
	Utilizar os princípios do MFC embasado no conhecimento do ciclo de vida e nos atributos da APS.	Proporcionar cuidado preventivo adequado.	*Estudo de texto: Capítulo 4. Atenção Primária à Saúde no Brasil. Ciclo de vida PROMEF Discussão de casos clínicos Tarefas: teste	Teste de conhecimento aplicado Observação direta Videogravação
			*Estudo de texto: Capítulo 61. Rastreamento de doenças. Capítulo 74. Saúde da Criança. Capítulo 75. Saúde do Homem. Capítulo 76. Saúde da Mulher. Capítulo 77. Saúde do Idoso. Discussão de casos clínicos	Teste de conhecimento aplicado Observação direta Videogravação
Entender o papel do MFC na promoção de saúde das comunidades.		*Estudo de texto: Capítulo 6. Cultura, Saúde e o MFC. Discussão de casos clínicos	Teste de conhecimento aplicado Observação direta Videogravação	

Quadro 3. Matriz de Competências do Internato em Medicina de Família e Comunidade no Eixo Abordagem Individual.

EIXO	COMPETÊNCIAS	COMPONENTES	MÉTODOS DE APRENDIZADO	MÉTODOS DE AVALIAÇÃO
ABORDAGEM INDIVIDUAL	Adotar abordagem centrada na pessoa	<p>Definir a agenda do paciente e a experiência com o adoecer.</p> <p>Identificar e esclarecer as metas e prioridades do paciente.</p> <p>Negociar as prioridades do paciente.</p> <p>Desenvolver e monitorar os contratos definidos com o paciente.</p> <p>Equilibrar as necessidades dos pacientes com os desfechos desejáveis de tratamento.</p> <p>Esclarecer o entendimento do paciente e desenvolver um plano conjunto de manejo.</p>	<p>*Estudo de texto: Capítulo 13. Consulta e abordagem centrada na pessoa. Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC. Dramatização.</p>	<p>Teste de conhecimento aplicado</p> <p>Observação direta</p> <p>Videogravação</p>
	Realizar anamnese de forma apropriada para o internato.	<p>Demonstrar habilidade para coletar informações sobre os principais sintomas apresentados pelo paciente.</p> <p>Direcionar o foco da história levando em conta o sintoma principal.</p> <p>Esclarecer sintomas pertinentes associados, sinais de alerta e fatores de risco.</p> <p>Demonstrar através da natureza e sequência das perguntas que as hipóteses diagnósticas estão sendo geradas e testadas.</p>	<p>Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC. Dramatização. Relatório SOAP</p>	<p>Teste de conhecimento aplicado</p> <p>Observação direta</p> <p>Videogravação + Relatório SOAP</p>
	Elaborar lista de diagnóstico diferencial condizente com as informações coletadas na anamnese e exame físico.	<p>Realizar registro da lista de diagnóstico diferencial condizente com as informações coletadas na anamneses e exame físico.</p>	<p>*Estudo de texto: Capítulo 21. Medicina baseada em evidências aplicada à prática do MFC. Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor. Dramatização.</p>	<p>Teste de conhecimento aplicado</p> <p>Observação direta</p> <p>Videogravação + Relatório SOAP</p>
	Reconhecer a apresentação típica e atípica das doenças prevalentes na APS e das doenças com risco de morte.		<p>*Estudo de texto: Capítulo 3. A organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. Duncan</p>	<p>Teste de conhecimento aplicado</p> <p>Observação direta</p> <p>Videogravação + Relatório SOAP</p>
	Demonstrar uma abordagem eficaz para a apresentação de sintomas sem explicação médica.	<p>Considera os efeitos colaterais dos medicamentos e interações como um contribuinte potencial para os sintomas dos pacientes.</p>	<p>*Estudo de texto: Capítulo 24. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. Capítulo 93. Prescrevendo na APS. Capítulo 94. Como desprescrever medicamentos. Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC. Dramatização.</p>	<p>Teste de conhecimento aplicado</p> <p>Observação direta</p> <p>Videogravação + Relatório SOAP</p>

Continuação Quadro 3.

EIXO	COMPETÊNCIAS	COMPONENTES	MÉTODOS DE APRENDIZADO	MÉTODOS DE AVALIAÇÃO
ABORDAGEM INDIVIDUAL	Demonstrar uma abordagem eficaz para a apresentação de sintomas sem explicação médica.	Considera sintomas sem explicação médica no diagnóstico diferencial.	*Estudo de texto: Capítulo 218. Somatização e sintomas sem explicação médica. Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC. Dramatização.	Teste de conhecimento aplicado Observação direta Videogravação + Relatório SOAP
		Explora ativamente o sintoma indiferenciado como uma possível complicação do diagnóstico estabelecido.	*Estudo de texto: Capítulo 218. Somatização e sintomas sem explicação médica. Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC. Dramatização.	Teste de conhecimento aplicado Observação direta Videogravação + Relatório SOAP
Avalia as possíveis contribuições de ambos os fatores orgânicos e psicossociais no desenvolvimento de sintomas sem explicação médica.		Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC. Dramatização.	Teste de conhecimento aplicado Observação direta Videogravação + Relatório SOAP	
Explora contexto cultural e social do paciente para entender como estes podem influenciar a apresentação do (s) seu (s) sintoma (s).		Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC. Dramatização.	Observação direta Videogravação + Relatório SOAP	
Mostra sensibilidade cultural e consciência do contexto social do paciente na implementação de um plano de tratamento.		Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor.	Observação direta Videogravação + Relatório SOAP	
Emprega uma estratégia de assistência ao paciente ao longo do tempo para facilitar o diagnóstico e tratamento de doenças que apresentam em um estágio indiferenciado.		Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor.	Observação direta Videogravação + Relatório SOAP	
Compromete-se apenas a investigações diagnósticas que são justificáveis em termos de probabilidade pré-teste de doença, melhor evidência disponível e custo.		*Estudo de texto: Capítulo 21. Medicina baseada em evidências aplicada à prática do MFC. Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC. Dramatização.	Teste de conhecimento aplicado Observação direta Videogravação + Relatório SOAP	
Verifica com os pacientes para garantir se entendeu o sintoma sem explicação médica.		Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC. Dramatização.	Observação direta Videogravação	
Planeja um acompanhamento adequado dos pacientes com sintomas sem explicação médica.		Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC. Dramatização.	Observação direta Videogravação + Relatório SOAP	
Demonstrar uma abordagem eficaz para a apresentação de doença aguda autolimitada e doença potencialmente fatal.		Formular um diagnóstico diferencial que inclua o diagnóstico mais provável (tendo em conta a prevalência da doença na população), uma hierarquia de alternativas possíveis, e a possibilidade mais grave ou com risco de vida.	*Estudo de texto: Seção XXIX. Problemas com Risco de Morte. Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC. Dramatização.	Teste de conhecimento aplicado Observação direta Videogravação + Relatório SOAP

Continuação Quadro 3.

EIXO	COMPETÊNCIAS	COMPONENTES	MÉTODOS DE APRENDIZADO	MÉTODOS DE AVALIAÇÃO
ABORDAGEM INDIVIDUAL	Demonstrar uma abordagem eficaz para a apresentação de doença aguda autolimitada e doença potencialmente fatal.	Demonstrar uma compreensão da história natural e prognóstico do diagnóstico estabelecido quando tratados e não tratados.	*Estudo de texto: Seção XXIX. Problemas com Risco de Morte. Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC. Dramatização.	Teste de conhecimento aplicado Observação direta Videogravação + Relatório SOAP
		Localizar as provas pertinentes, quando necessário para o diagnóstico e tratamento.	*Estudo de texto: Seção XXIX. Problemas com Risco de Morte. Capítulo 21. Medicina baseada em evidências aplicada à prática do MFC. Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC. Dramatização.	Teste de conhecimento aplicado Observação direta Videogravação + Relatório SOAP
		Discutir a evidência mais relevante para a terapia médica para o diagnóstico.	*Estudo de texto: Seção XXIX. Problemas com Risco de Morte. Capítulo 21. Medicina baseada em evidências aplicada à prática do MFC. Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC. Dramatização.	Teste de conhecimento aplicado Observação direta Videogravação + Relatório SOAP
		Recomendar somente produtos farmacêuticos que são claramente indicados para o diagnóstico.	*Estudo de texto: Seção XXIX. Problemas com Risco de Morte. Capítulo 21. Medicina baseada em evidências aplicada à prática do MFC. Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC. Dramatização.	Teste de conhecimento aplicado Observação direta Videogravação + Relatório SOAP
		Reforçar ao paciente a importância da terapia não farmacológica adequada.	Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC.	Observação direta Videogravação
		Explicar ao paciente quando e/ou porque eles precisam de acompanhamento clínico.	Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC.	Observação direta Videogravação
		Gerenciar a maioria dos diagnósticos frequentes, sem a necessidade de encaminhamento.	Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC.	Observação direta Videogravação
		Listar e demonstrar o uso das habilidades essenciais, equipamentos e medicamentos necessários para lidar com a vida em risco, condições agudas na APS.	Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC.	Observação direta Videogravação
		Providenciar acesso seguro e imediato serviços de emergência para o paciente com uma condição potencialmente fatal.	*Estudo de texto: Capítulo 229. Princípios da prática da medicina pré-hospitalar. Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC.	Teste de conhecimento aplicado. Observação direta Videogravação

Continuação Quadro 3.

EIXO	COMPETÊNCIAS	COMPONENTES	MÉTODOS DE APRENDIZADO	MÉTODOS DE AVALIAÇÃO
ABORDAGEM INDIVIDUAL	Demonstrar uma abordagem eficaz para a apresentação de doença aguda autolimitada e doença potencialmente fatal.	Compartilhar informações-chave com os serviços de emergência quando se refere a pacientes com condições de risco de vida.	Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC.	Observação direta Videogravação
	Demonstrar uma abordagem eficaz em relação às doenças crônicas.	<p>Rastrear apropriadamente pacientes assintomáticos, de acordo com as recomendações baseadas em evidências mais relevantes.</p> <p>Interpretar corretamente os resultados dos testes utilizados para diagnosticar doenças crônicas.</p> <p>Certificar-se que o paciente preencha os critérios diagnósticos para a doença crônica antes de confirmar o diagnóstico.</p> <p>Informar corretamente os objetivos do tratamento das doenças crônicas comuns, de acordo com os consensos mais relevantes.</p> <p>Reconhecer as principais complicações das doenças crônicas comuns e como monitorá-las adequadamente.</p> <p>Considerar a possibilidade de uma doença crônica estabelecida poder contribuir para um novo sintoma.</p> <p>Recomendar, quando indicado, farmacoterapia para alívio de sintomas, para alcançar objetivos do tratamento ou prevenir complicações.</p> <p>Abordar a doença crônica do paciente, mesmo quando a queixa da consulta não parece estar associada à condição.</p> <p>Propor que o paciente estabeleça objetivos alcançáveis de mudança de estilo de vida, no sentido de maximizar sua capacidade de controle da doença.</p> <p>Enfatizar a educação do paciente a respeito da sua doença crônica usando ferramentas e recursos disponíveis e os empoderar quanto à sua doença.</p>	<p>*Estudo de texto: Capítulo 56. Estratégias preventivas para doenças crônicas não transmissíveis. Capítulo 60. Rastreamento de doença. Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC.</p> <p>Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC.</p> <p>Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC.</p> <p>Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC.</p> <p>Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC.</p> <p>Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC.</p> <p>Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC.</p> <p>Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC.</p> <p>Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC.</p> <p>Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC.</p>	<p>Observação direta Videogravação</p> <p>Teste de conhecimento aplicado Observação direta Videogravação + Relatório SOAP</p> <p>Teste de conhecimento aplicado Observação direta Videogravação + Relatório SOAP</p> <p>Teste de conhecimento aplicado Observação direta Videogravação + Relatório SOAP</p> <p>Observação direta Videogravação</p> <p>Teste de conhecimento aplicado Observação direta Videogravação + Relatório SOAP</p> <p>Teste de conhecimento aplicado Observação direta Videogravação + Relatório SOAP</p> <p>Teste de conhecimento aplicado Observação direta Videogravação + Relatório SOAP</p> <p>Observação direta</p> <p>Teste de conhecimento aplicado Observação direta Videogravação + Relatório SOAP</p> <p>Observação direta</p>

Continuação Quadro 3.

EIXO	COMPETÊNCIAS	COMPONENTES	MÉTODOS DE APRENDIZADO	MÉTODOS DE AVALIAÇÃO
ABORDAGEM INDIVIDUAL	Demonstrar uma abordagem eficaz em relação às doenças com um forte componente emocional/saúde mental	Identificar situações nas quais a interação entre o físico e emocional complicam a apresentação e manejo dos sintomas.	*Estudo de texto. Seção XXIII. Problemas de Saúde Mental. Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC.	Teste de conhecimento aplicado Observação direta Videogravação + Relatório SOAP
		Explorar ativamente as questões emocionais associadas que contribuem para a doença na atenção primária.	Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC.	Observação direta
		Enumerar medicamentos comuns que podem desencadear efeitos adversos psicológicos.	Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC.	Observação direta
		Explorar intencionalmente o contexto social e cultural do paciente para compreender melhor o impacto dessas variáveis na experiência da doença.	Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC.	Observação direta
		Demonstrar competência cultural ao implementar um plano de tratamento buscando manejo conjunto.	Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC.	Observação direta
		Limitar a quantidade de encaminhamentos, investigações e intervenções médicas àquelas que trarão benefício ao paciente.	Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC.	Observação direta
		Utilizar a importância da relação médico-paciente na experiência de doença e recuperação do paciente.	Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC.	Observação direta
		Mobilizar equipe multidisciplinar apropriada, quando necessário.	Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC.	Observação direta
		Comprometer-se com o cuidado e acompanhamento de pacientes com doenças psicológicas e psicossomáticas.	Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC.	Observação direta
		Demonstrar disposição para desenvolver relações terapêuticas com pacientes que apresentam doenças psicológicas e psicossomáticas.	Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC.	Observação direta
Modificar o diagnóstico diferencial em vista de sintomas inesperados ou modificados, ou quando os sintomas persistem além do esperado.		Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC.	Observação direta	
Justificar escolha de exames laboratoriais e utilizá-los apenas quando houver impacto no manejo do paciente.	Escolher a investigação considerando a prevalência, evidências de risco e benefício, experiência prévia do médico, desejo do paciente e custos.	*Estudo de texto: Capítulo 20. Epidemiologia clínica. Capítulo 5. Prática da medicina ambulatorial baseada em evidências.	Teste de conhecimento aplicado Observação direta Videogravação + Relatório SOAP	

Continuação Quadro 3.

EIXO	COMPETÊNCIAS	COMPONENTES	MÉTODOS DE APRENDIZADO	MÉTODOS DE AVALIAÇÃO
ABORDAGEM INDIVIDUAL	Interpretar os testes diagnósticos pronta e adequadamente.		*Estudo de texto: Capítulo 20. Epidemiologia clínica. Capítulo 5. Prática da medicina ambulatorial baseada em evidências. Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC.	Teste de conhecimento aplicado Observação direta Videogravação + Relatório SOAP
	Desenvolver um plano de tratamento adequado.	Informar o paciente sobre o diagnóstico, possíveis diagnósticos alternativos e o prognóstico provável.	*Estudo de texto: Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC.	Teste de conhecimento aplicado Observação direta Videogravação + Relatório SOAP
		Vincular sintoma do paciente com um comportamento e estilo de vida e, ao fazê-lo, empregar os princípios da prevenção de doenças e promoção da saúde.	*Estudo de texto: Seção VII. Prevenção e Promoção à Saúde. Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC.	Teste de conhecimento aplicado Observação direta Videogravação + Relatório SOAP
		Aconselhar sobre os riscos e benefícios do tratamento e se o diagnóstico é passível de tratamento.	Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC.	Observação direta
		Sintetizar e ajudar a focar nos objetivos do tratamento.	Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC.	Observação direta
		Considerar o ponto de vista do paciente.	Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC.	Observação direta
		Avaliar o entendimento do paciente, a capacidade de aderir ao plano e o custo do tratamento para ajustar o plano conforme necessário.	Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC.	Observação direta
		Escrever uma prescrição completa quando apropriado.	Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC.	Teste de conhecimento aplicado Observação direta
Recomendar ao paciente quando e/ou porque deve retornar.	Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC.	Observação direta		

A ideia de eixo remete ao conceito de dar uma direção a uma competência, possibilitando a avaliação da aquisição dos conhecimentos, habilidades e atitudes ao longo do tempo de forma independente. Apesar de poderem ser avaliados independentemente, o desempenho ótimo em apenas um eixo caracteriza um conjunto de competências não satisfatório. Por outro lado, os eixos se relacionam entre si de forma a potencializar o desenvolvimento das competências mutuamente. Como exemplo, um estudante que desenvolve a competência de realizar anamnese de forma apropriada para o internato no eixo de Abordagem Individual também acaba demonstrando habilidades de comunicação efetiva, profissional e sem preconceitos contemplada no eixo Geral.

Quadro 4. Continuação da Matriz de Competências do Internato em Medicina de Família e Comunidade no Eixo Abordagem Familiar.

EIXO	COMPETÊNCIAS	COMPONENTES	MÉTODOS DE APRENDIZADO	MÉTODOS DE AVALIAÇÃO
ABORDAGEM FAMILIAR	Adotar abordagem centrada na pessoa considerando o contexto familiar.	Comunicar-se efetivamente e profissionalmente com a família.	*Capítulo 26. Abordagem familiar. Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC.	Observação direta
		Estabelecer relacionamento terapêutico com o paciente e familiares.	*Capítulo 26. Abordagem familiar. Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC.	Observação direta
		Gerar hipóteses sobre o sistema familiar baseadas no domínio das etapas do desenvolvimento familiar.	*Capítulo 26. Abordagem familiar. Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC.	Teste de conhecimento aplicado Observação direta
		Obter um genograma para 3 gerações.	*Capítulo 26. Abordagem familiar. Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC.	Teste de conhecimento aplicado Observação direta
		Avaliar a estabilidade familiar em relação aos grandes eventos da vida (nascimento, incapacidades, fim de vida).	*Capítulo 26. Abordagem familiar. Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor e do professor especialista em MFC.	Teste de conhecimento aplicado Observação direta

Quadro 5. Continuação da Matriz de Competências do Internato em Medicina de Família e Comunidade no Eixo Abordagem Comunitária.

EIXO	COMPETÊNCIAS	COMPONENTES	MÉTODOS DE APRENDIZADO	MÉTODOS DE AVALIAÇÃO
ABORDAGEM COMUNITÁRIA	Envolver outros recursos de forma adequada no sistema de saúde.	Comunicar-se em tempo hábil com outros prestadores de cuidados de saúde relevantes ao seu paciente.	*Estudo de texto: Capítulo 33. Trabalho em equipe. Capítulo 34. Apoio matricial. Capítulo 35. Telessaúde para APS. Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor.	Teste de conhecimento aplicado Observação direta
		Referenciar quando apropriado e escrever referências qualificadas.	*Estudo de texto: Protocolos de encaminhamento MS. Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor.	Teste de conhecimento aplicado Observação direta
		Envolver profissionais de saúde e recursos existentes na comunidade apropriados ao cuidado seu paciente.	*Estudo de texto: Capítulo 33. Trabalho em equipe. Capítulo 34. Apoio matricial. Capítulo 35. Telessaúde para APS. Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor.	Teste de conhecimento aplicado Observação direta
		Mobilizar serviços do sistema de saúde e instituições da comunidade em nome de seu paciente.	*Estudo de texto: Capítulo 33. Trabalho em equipe. Capítulo 34. Apoio matricial. Capítulo 35. Telessaúde para APS. Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor.	Teste de conhecimento aplicado Observação direta
		Construir, quando apropriado, uma abordagem de equipe interdisciplinar.	*Estudo de texto: Capítulo 33. Trabalho em equipe. Capítulo 34. Apoio matricial. Capítulo 35. Telessaúde para APS. Discussão de casos clínicos. Exemplo do preceptor.	Teste de conhecimento aplicado Observação direta

O eixo Geral compreende competências que são referenciais filosóficos e pilares da especialidade. Já o eixo de Abordagem Individual, traduz a aplicação dos referenciais técnicos para prática clínica com enfoque na pessoa, em contrapartida ao enfoque apenas na doença. Por fim, tanto no eixo de Abordagem Familiar como no de Abordagem Comunitária, o estudante deve considerar um contexto mais amplo do atendimento, como a influência da família, assim como o possível envolvimento de outros profissionais no cuidado da pessoa.

Os métodos de ensino utilizados para o desenvolvimento das competências e os métodos de avaliação em cada eixo estão apresentados nos Quadros 2 a 5. A avaliação final do estágio ainda é somativa. Entretanto, é realizada avaliação formativa aliada à somativa na apresentação da videogravação das consultas, na postagem dos relatórios, nos testes de conhecimento aplicado e na observação direta pelo preceptor nas unidades de estágio.

DISCUSSÃO

Esse artigo apresenta a experiência dos professores do internato em MFC da UFCSPA em elaborar uma matriz de competências de acordo com sua realidade de ensino em uma Instituição de Ensino Superior com currículo tradicional.

Entre os componentes que mais se destacam na Matriz está o desenvolvimento da consciência de ser um eterno aprendiz frente aos problemas enfrentados na atenção primária. A atenção primária é a porta de entrada prioritária no SUS. A atuação nesse nível do sistema de saúde demanda abordagem de problemas complexos e diversos os quais exigem do médico habilidade e atitude em lidar com situações inesperadas buscando soluções baseadas nas necessidades das pessoas. Assim, desenvolver a capacidade de identificar e conciliar a sua agenda profissional com a agenda do paciente, compartilhar a decisão em relação ao plano terapêutico, estar atento ao perfil da comunidade, manter-se atualizado e conhecer sua rede de atenção, são aspectos fundamentais para garantir a eficiência do atendimento médico.

Fica evidente na Matriz que praticamente todas as competências envolvem habilidades e atitudes comunicacionais. Isso deixa claro aos alunos, professores e preceptores a necessidade de desenvolver habilidades em se comunicar com as pessoas, seus familiares, com a comunidade, equipamentos sociais, equipe de trabalho local e equipes em outros níveis do sistema. Os alunos e professores, geralmente, valorizam aspectos relacionados ao conhecimento teórico especializado do atendimento. Colocar na agenda curricular competências que abrangem a capacidade de se relacionar com pessoas possibilita a conscientização da importância de desenvolvê-las. Uma vez que o estudante entende as competências esperadas, ele também terá autonomia para buscá-las.

Como limitação, está a construção dessa Matriz somente pelo núcleo de professores do internato, sem a participação direta e ativa dos preceptores e internos. Por outro lado, alguns dos professores são preceptores, participaram do processo de elaboração do currículo baseado em competências da SBMFC e contribuíram com sua expertise em preceptoría para tradução das recomendações à realidade do internato em nossa Instituição.

Além disso, houve uma contribuição indireta dos preceptores e estudantes com as respostas a questionário semiestruturado de avaliação do programa. Com essa avaliação, ficou evidente que há discrepâncias entre as experiências de ensino-aprendizagem dos internos nas unidades básicas de saúde,

desconhecimento dos objetivos específicos do estágio e críticas em relação ao processo de avaliação. Conhecer o estado atual do currículo foi o motivador fundamental para a elaboração dessa Matriz, a qual explicitou os métodos de ensino e de avaliação atualmente utilizados, o que possibilitará a revisão da validade de tais métodos.

O currículo baseado em competências vem sendo utilizado pelas escolas médicas na Europa e América do Norte. Essas Escolas utilizam recomendações de Instituições internacionais destinadas a apoiar os programas a implementar a avaliação baseada em competências.⁹ O desenvolvimento da Matriz de competências do internato em nossa instituição baseou-se também nesses critérios internacionais fazendo as devidas adaptações para o contexto brasileiro.

Um estudo realizado pela *European Academy of Teachers of General Practice and Family Medicine* (EURACT)²⁶ definiu 15 competências básicas a serem desenvolvidas no internato em MFC em cenários nos quais os estágios sejam oferecidos em períodos inferiores a quatro meses. Nossa Matriz está de acordo e se assemelha à definida por esse estudo.

Na América Latina^{11,12,21,22} e no Brasil^{13,27} as discussões sobre o currículo baseado em competências iniciaram-se na década de 90. Desde então, algumas escolas implementaram o currículo por competências como a Universidade Estadual de Londrina (UEL),¹⁴ Universidade da Cidade de São Paulo (UNICID)⁹ e Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA).¹⁵ A matriz de competências do internato em MFC nessas escolas não está restrita a esse momento no curso. Ela faz parte de um processo de desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes ao longo de todos os anos utilizando metodologias ativas de ensino aprendizagem, como abordagem baseada em problemas e problematização.

A experiência na elaboração do currículo baseado em competências nessas escolas difere da experiência relatada nesse artigo, pois estão baseadas num projeto pedagógico consistente com o processo de aquisição de competências profissionais de forma longitudinal e interdisciplinar ao longo do curso.

A adaptação das recomendações internacionais e nacionais referentes à residência em MFC ao contexto do internato visou definir competências básicas em MFC a serem desenvolvidas pelos estudantes enquanto graduandos de modo a possibilitar aperfeiçoamento dessas competências na residência médica. O período de três meses de internato em nossa Instituição, certamente, é insuficiente para desenvolvimento pleno das competências definidas. Espera-se que a elaboração da dessa Matriz contribua para a discussão sobre a reorganização curricular baseada em competências em nossa Instituição e aponte para a necessidade da integração longitudinal ao longo do currículo do curso, com outros cursos e com a residência médica.

Conclusão

Com a definição da Matriz, as competências, antes desenvolvidas de forma intuitiva, foram organizadas de forma a permitir a avaliação da validade dos métodos de ensino-aprendizagem e dos instrumentos de avaliação. Assim, espera-se otimizar o processo de incorporação do ensino baseado em competências no currículo em nossa Instituição. Cientes de que essa Matriz estará em contínua construção em nosso contexto, espera-se que possa ser utilizada e aprimorada por outras escolas médicas em cenários semelhantes. A Matriz de competências elaborada é pública, sendo a avaliação externa por pares essencial para sua validação e confiabilidade.

Referências

1. Gruppen LD, Mangrulkar RS, Kolars JC. The promise of competency-based education in the health professions for improving global health. *Hum Resour Health*. 2012;10:43. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4491-10-43>
2. Santos WS. Organização curricular baseada em competência na educação médica. *Rev Bras Educ Médica*. 2011;35(1):86-92. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022011000100012>
3. Carraccio C, Wolfsthal SD, Englander R, Ferentz K, Martin C. Shifting paradigms: from Flexner to competencies. *Acad Med*. 2002;77(5):361-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00001888-200205000-00003>
4. Quintero GA. Medical education and the healthcare system--why does the curriculum need to be reformed? *BMC Med*. 2014;12:213.
5. World Health Organization. The world health report 2008: primary health care now more than ever. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2008. [cited 2017 May 2]. Available from: http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf
6. Perrenoud P. Ensinar: agir na urgência, decidir na incerteza: saberes e competências em uma profissão. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.
7. Scheffer M, Biancarelli A, Cassenote A. Demografia médica no Brasil 2015 [Internet]. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2015 p. 284. Report No.: ISBN: 978-85-89656-22-1. [cited 2017 May 2]. Available at: <http://www.usp.br/agen/wp-content/uploads/DemografiaMedica30nov2015.pdf>
8. Association for Medical Education in Europe (AMEE). Outcome-based education. No 14. Association for Medical Education in Europe. Dundee: AMEE; 1999.
9. Bollela VR, Machado JLM. Bridging the gaps [Internet]. Vol. 30. [cited 2016 Jun 26]. Available from: [https://www.researchgate.net/profile/Valdes_Bollela/publication/259677053_Internato_Baseado_em_Competencias_Bridging_the_gaps_\(2010\)/links/0deec52d50c12c96db000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Valdes_Bollela/publication/259677053_Internato_Baseado_em_Competencias_Bridging_the_gaps_(2010)/links/0deec52d50c12c96db000000.pdf)
10. Albanese MA, Mejicano G, Anderson WM, Gruppen L. Building a competency-based curriculum: the agony and the ecstasy. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2010;15(3):439-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10459-008-9118-2>
11. Schmal SR, Ruiz-Tagle AA. Una metodología para el diseño de un currículo orientado a las competencias. *Ingeniare Rev Chil Ing*. 2008;16(1):147-58. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-33052008000100004>
12. Risco de Domínguez G. Design and implementation of a competency-based curriculum for medical education. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2014;31(3):572-81.
13. Braid LMC, Machado MFAS, Aranha AC. State of the art of curriculum research relating to healthcare professional training courses: a survey on articles published between 2005 and 2011. *Interface (Botucatu)*. 2012;16(42):679-92. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012000300008>
14. Campos JJB. Novos currículos de Medicina na FAMEMA e na UEL: uma construção permanente rumo à realidade presente e futura [Internet]. 2001 [cited 2016 Jul 3]. Available from: <http://www.uel.br/ccs/olhomagico/v8n2/Joao2.htm>
15. Feuerwerker LCM. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1998. 190 p.
16. An International Association For Medical Education - AMEE [Internet]. [cited 2016 Dec 28]. Available from: <https://www.amee.org/home>
17. Allen S, Anim T, Anthony E, Araujo D, Beebe D, Dostal J, et al. The Family Medicine Milestone Project. The Accreditation Council for Graduate Medical Education and The American Board of Family Medicine [Internet]. 2015 [cited 2016 Jul 3]. Available from: <https://www.acgme.org/Portals/0/PDFs/Milestones/FamilyMedicineMilestones.pdf>
18. Medical Education - Initiatives - AAMC [Internet]. [cited 2016 Dec 28]. Available from: <https://www.aamc.org/initiatives/meded/>
19. Chair DT, Konkin J, Parsons E, Saucier D, Shaw L, Walsh A, et al. Canadian Medical Education (CanMEDS)-FamilyMedicine [Internet]. 2009. [cited 2017 May 2]. Available from: <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/CanMeds%20FM%20Eng.pdf>
20. Core EPAs - Initiatives - AAMC [Internet]. [cited 2016 Dec 29]. Available from: <https://www.aamc.org/initiatives/coreepas/>
21. Zahlout AJM, Uzcátegui Z, Pérez-González JF. Exploración de un modelo de la competencia médica en alumnos de sexto año de la Escuela de Medicina "Luis Razetti". *Rev Fac Med*. 2006;29(2):184-93.

22. Ribeiro ECO. A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. *Interface (Botucatu)*. 2000;4(7):139-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832000000200014>
23. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução n.3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. [Internet]. Ministério da Educação; 2014 [acesso 2016 Jun 25]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&Itemid=30192
24. Lermen Junior N. Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) [Internet]. 2015. [acesso 2017 Maio 2]. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf)
25. Moaveni A, Valin S, Hilderall V. Family and Community Medicine Clerkship. University of Toronto. [Internet]. 2014. [cited 2017 Maio 2]. Available from: <http://dfcm.webservices.utoronto.ca/Assets/DFCM2+Digital+Assets/Family+and+Community+Medicine/DFCM+Digital+Assets/Undergraduate/HPD+Handbook+14.15.pdf>
26. Tandeter H, Carelli F, Timonen M, Javashvili G, Basak O, Wilm S, et al. A 'minimal core curriculum' for Family Medicine in undergraduate medical education: a European Delphi survey among EURACT representatives. *Eur J Gen Pract*. 2011;17(4):217-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/13814788.2011.585635>
27. Franco CAGS, Cubas MR, Franco RS. Currículo de medicina e as competências propostas pelas diretrizes curriculares. *Rev Bras Educ Méd*. 2014;38(2):221-30. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022014000200009>

*** Referências sugeridas para estudo de texto:**

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti (Org.). *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012.

DUNCAN, Bruce B. et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências*. 4. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2013. 1952 p.

FERNANDES, Carmen Luiza Corrêa; CURRA, Lêda Chaves Dias. *Ferramentas de Abordagem Familiar*. PROMEF. Porto Alegre: ArtMed, 2005.

Cadernos de atenção básica. Disponíveis em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes>

Protocolos de encaminhamento da Atenção Básica para Atenção Especializada. Disponíveis em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes>

^a Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA). Porto Alegre, RS, Brasil. angelaiben@gmail.com (*Autora correspondente*); jmauro.lopes@terra.com.br; carmend@ufcsa.edu.br; cgdautd@hotmail.com; eugenia@ufcsa.edu.br; meugeniap2@gmail.com; monica@ufcsa.edu.br

Doenças respiratórias em crianças e adolescentes: um perfil dos atendimentos na atenção primária em Vitória/ES

Respiratory diseases in children and adolescents: profiling primary care visits in Vitória/ES

Enfermedades respiratorias en niños y adolescentes: un perfil de asistencia en la atención primaria en Vitória/ES

Diana de Oliveira Frauches^a, Isabela Bittencourt Coutinho Lopes^a, Henrique Ton Azevedo Giacomini^a, João Pedro Gonçalves Pacheco^a, Ricardo Felipe Costa^a, Christiane Boaventura Lourenço^a

Resumo

Objetivo: Identificar as principais causas de atendimento por doenças respiratórias na atenção primária, em Vitória, ES, nos residentes de 0–19 anos, relacionando a gravidade das mesmas com idade e nível socioeconômico, e verificar a variação temporal de frequência desses atendimentos. **Métodos:** Estudo transversal descritivo dos atendimentos realizados em 2014 nas 30 unidades básicas de saúde do município de Vitória, com dados do sistema de registros eletrônicos Rede Bem Estar. Realizou-se análise descritiva das variáveis sociodemográficas, grupos de diagnóstico e mês de atendimento e regressão logística entre topografia de acometimento do aparelho respiratório e variáveis sociodemográficas. **Resultados:** Dos 113.252 atendimentos de 0–19 anos, doenças respiratórias constituíram as causas mais frequentes (28.810, 25,43% do total, 40,18% dos atendimentos por doença), destacando-se “Infecções agudas das vias aéreas superiores” (61,35%), “Doenças crônicas das vias aéreas inferiores” (14,60%) e “Outras doenças das vias aéreas superiores” (8,69%). A proporção de atendimentos caiu com a idade e foi maior entre residentes em bairro de menor renda domiciliar média. As vias aéreas superiores foram mais acometidas em todas as faixas etárias, principalmente nas mais avançadas, e nos residentes em bairros de maior renda domiciliar média. Porém, apenas 6% da variância da distribuição segundo topografia de acometimento do aparelho respiratório foi explicada por faixa etária e nível socioeconômico. Observou-se crescimento dos atendimentos nos meses de março a novembro. **Conclusões:** Doenças respiratórias são agravos de grande impacto na população pediátrica em Vitória. Recomendam-se medidas de prevenção primária e secundária que levem em consideração a multicausalidade envolvida na determinação dessas doenças.

Abstract

Objective: To identify the main reasons for visiting a primary health care facility among 0-19 year old residents with respiratory diseases, as well as their frequency, and to associate the severity of those diseases with age and socioeconomic status. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on all visits to any of the 30 basic health units of the city of Vitória, ES in 2014, using the electronic database Rede Bem Estar. A descriptive analysis was carried out on sociodemographic variables, diagnostic groups and the month of these visits, in addition to logistic regression between the topography of the impairment of the respiratory system and sociodemographic variables. **Results:** Respiratory diseases were the most frequent reason for visiting the primary health care facility among all 113,252 0-19 years old participants included in the study (28,810, corresponding to 25.43% of the total and 40.18% of visits due to illness), particularly “acute upper respiratory infections” (61.35%), “chronic lower respiratory diseases” (14.60%), and “other diseases of the upper airways” (8.69%). The months of March to November showed higher frequency of visits, and the visit rates decreased with age, proving to be higher among residents of neighborhoods with lower average income. The upper airways were more affected in all age groups, especially in the older ones, and in residents of higher average income neighborhoods. However, only 6% of the variance of the distribution based on the topography of the impairment of the respiratory system was explained by age group and socioeconomic status. **Conclusions:** Respiratory diseases have a major impact on the pediatric population in Vitória. Primary and secondary prevention measures are recommended, taking into account the multi-causality involved in determining these diseases.

Como citar: Frauches DO, Lopes IBC, Giacomini HTA, Pacheco JPG, Costa RF, Lourenço CB. Doenças respiratórias em crianças e adolescentes: um perfil dos atendimentos na atenção primária em Vitória/ES. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-11. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1450](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1450)

Palavras-chave:

Doenças Respiratórias
Perfil de Saúde
Atenção Primária à Saúde
Adolescente
Criança

Keywords:

Respiratory Tract Diseases
Health Profile
Primary Health Care
Adolescent
Child

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
1.336.228 (EMESCAM),
aprovado em 24/11/2015.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.
Recebido em: 17/01/2017.
Aprovado em: 24/04/2017.

Resumen

Objetivo: Identificar las principales causas de enfermedades respiratorias en la atención primaria, en Vitória, ES, para residentes de edades entre 0 y 19 años, relacionar su gravedad con la edad y el estatus socioeconómico y verificar la variación temporal en la frecuencia de estas visitas. **Métodos:** Estudio descriptivo transversal de las visitas realizadas en el 2014 en las 30 unidades básicas de salud de la ciudad de Vitória, con datos del sistema de registros electrónicos Rede Bem Estar. Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, grupos diagnósticos y mes de atención y regresión logística entre la topografía del tracto respiratorio y las variables sociodemográficas. **Resultados:** De los 113.252 casos de 0 a 19 años de edad, las enfermedades respiratorias fueron las más frecuentes (28.810, 25,43% del total, 40,18% de las visitas por enfermedad), especialmente las "Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores" (61,35%), las "Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores" (14,60%) y "Otras enfermedades de las vías aéreas superiores" (8,69%). La proporción de asistencias disminuyó con la edad y fue mayor entre los residentes de los vecindarios de ingresos promedios más bajos. Las vías aéreas superiores fueron más afectadas en todos los grupos de edad, especialmente en los más avanzados, y entre los residentes de los barrios de ingreso familiar promedio más alto. Sin embargo, sólo el 6% de la varianza de la distribución según la topografía del aparato respiratorio se explicó por grupo de edad y estado socioeconómico. Se observó un aumento de las asistencias en los meses de marzo a noviembre. **Conclusiones:** Las enfermedades respiratorias tienen un gran impacto en la población pediátrica de Vitória. Se recomiendan medidas de prevención primaria y secundaria que tengan en cuenta la multi-causalidad implicada en la determinación de estas enfermedades.

Palabras clave:

Enfermedades Respiratorias
Perfil de Salud
Atención Primaria de Salud
Adolescente
Niño

Introdução

Doenças respiratórias são um importante problema de saúde pública e representam atualmente a principal causa de mortalidade em crianças menores de cinco anos de idade.^{1,2} De etiologia infecciosa ou não infecciosa, podem acometer tanto as vias aéreas superiores (nariz e fossas nasais, seios perinasais, boca, faringe e laringe), estendendo-se ao ouvido médio, quanto as vias aéreas inferiores (traqueia, brônquios, bronquíolos e pulmões). Esta última localização apresenta, em geral, maior gravidade.³⁻⁵

Alguns aspectos constituem fatores de risco, como período de inverno, número de moradores no domicílio, baixa condição socioeconômica, idade, tabagismo passivo, baixa escolaridade e pouca idade materna, desnutrição infantil, cultura familiar e maior exposição a poluentes atmosféricos.²

As crianças são mais susceptíveis à poluição atmosférica, em comparação com a população adulta, devido a características anatômicas e à imaturidade do sistema fisiológico e imunológico.⁶ Além do controle da poluição, modificações comportamentais como manutenção da amamentação, não exposição da criança à fumaça de cigarro em âmbito doméstico, limpeza contínua da moradia e dos brinquedos com que a criança entra em contato e seguimento correto das orientações médicas, no caso da presença de agravos à saúde, são fundamentais para a prevenção das doenças respiratórias e o melhor manejo dos casos. Também é importante a vacinação, a fim de evitar as doenças infecciosas,⁷ bem como as imunoalérgicas, visto que infecções podem ser fatores desencadeadores para essas doenças.⁸

A atenção primária é a porta de entrada dos usuários no sistema de saúde e está centrada nas unidades básicas de saúde, às quais compete a promoção e a proteção da saúde, na ótica da integralidade, priorizando as demandas e necessidades de saúde de maior prevalência.⁹ Em relação às doenças respiratórias, um dos indicadores da atuação da atenção primária é a proporção de hospitalizações de menores de cinco anos por pneumonia, doença que, ao lado de outras afecções respiratórias, integra a lista brasileira de condições sensíveis à atenção primária.¹⁰

O elevado impacto das doenças respiratórias na saúde das populações é demonstrado pelo fato de que representam 8% do total de mortes em países desenvolvidos e 5% em países em desenvolvimento,

segundo a Organização Mundial de Saúde,¹¹ sendo especificamente as pneumonias responsáveis por 20 a 40% das hospitalizações dessa população nos países em desenvolvimento.⁵

Sua prevalência é alta em nível nacional, chegando a constituir 16% das internações no Sistema Único de Saúde,¹¹ e acometem expressivamente os menores de 5 anos.² Em Vitória, capital do Espírito Santo, ocupam um lugar expressivo nos atendimentos da rede básica e dos hospitais,¹² apresentando relação consistente com o perfil misto de poluição atmosférica existente no município, decorrente tanto de fonte veicular como industrial.¹³

Nesse cenário, esse estudo tem como objetivo identificar as principais causas de atendimento por doenças respiratórias na atenção primária, em Vitória, nos residentes de 0–19 anos, relacionando a gravidade das mesmas com idade e nível socioeconômico, e verificar a variação temporal de frequência desses atendimentos.

Métodos

Local de estudo

Essa pesquisa foi realizada em Vitória. O município tinha, em 2014, 352.104 habitantes estimados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁴ e há vários anos vem apresentando cobertura populacional de 100% pela atenção primária, de acordo com os Indicadores do Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015.¹⁵ Por outro lado, o número de beneficiários de plano de saúde no município era 234.182 em junho de 2014, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar,¹⁶ correspondendo a uma cobertura de 66,51% da população.

Tipo de estudo

Transversal descritivo.

População de estudo

Crianças e adolescentes residentes em Vitória, atendidos em 2014 por médicos e enfermeiros nas 30 unidades básicas de saúde do município, com diagnóstico de doenças respiratórias. Os atendimentos constituíram a unidade de observação. Do total geral de 523.745 atendimentos registrados, foram excluídos 109.648, correspondentes a registros sem CID-10 especificado, sem informação sobre bairro de residência, com residência em bairros de Vitória cuja população é referenciada a outro município ou com residência em outros municípios.

Após esta etapa, foram excluídos 300.845 atendimentos de pessoas de 20 anos e mais e, dos 113.252 atendimentos na faixa etária de 0 a 19 anos, foram excluídos 84.442 por não contemplarem o agravo de interesse, sendo 41.550 deles com CID-10 não indicativo de doença, constante do capítulo “Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde” (Z00-Z99).

Ao final do processo de seleção, foram objeto de estudo 27.474 atendimentos de pessoas de 0 a 19 anos, residentes em Vitória, com CID-10 no capítulo doenças do aparelho respiratório (J00-J99), além de 1336 correspondentes a otite média (H65, H66 e H67), totalizando 28.810 atendimentos.

Fonte e coleta de dados

Os dados foram obtidos do sistema de registros eletrônicos Rede Bem Estar, um complexo de processamento de dados e informações que integra todos os serviços municipais de saúde.¹⁷ O sistema contempla desde o prontuário eletrônico do paciente até a emissão de relatórios com algumas variáveis padronizadas, como idade, sexo e bairro de residência da pessoa atendida, unidade e data de atendimento, diagnóstico, procedimento realizado e profissional responsável. Tais relatórios podem conter dados numéricos consolidados na forma de distribuição de frequência simples ou no máximo bivariada, bem como dados detalhados com informação sobre as variáveis disponíveis em relação a cada atendimento, de forma individualizada.

Estes últimos foram utilizados nesta pesquisa, sendo os campos em branco ou com informação deficiente considerados sem informação. Em cada registro, foi inserida no banco informação sobre a renda domiciliar média do bairro de residência, com base no censo demográfico 2010 do IBGE para Vitória.¹⁸

Análise de dados

As variáveis de interesse foram idade, renda domiciliar média do bairro de residência e diagnóstico da pessoa atendida, além de mês de ocorrência do atendimento. Idade foi estudada segundo as faixas etárias 0 a 4 anos, 5 a 9 anos, 10 a 14 anos e 15 a 19 anos.

A renda domiciliar média do bairro de residência foi utilizada para estimar nível socioeconômico, informação não disponível na fonte de dados. Esta variável foi categorizada tendo como ponto de corte o valor de 5 salários mínimos, considerando que, segundo o censo demográfico 2010 do IBGE, a população de Vitória residente em bairros com renda domiciliar média até dois salários mínimos era de apenas 0,28% da população total, enquanto bairros com renda mais de dois a três salários mínimos absorviam somente 9,48%.¹⁸

Os diagnósticos, originalmente especificados por categoria da CID-10, foram classificados em sete grupos, a saber: "Doenças do ouvido médio e da mastoide" (H65-H75), "Infecções agudas das vias aéreas superiores" (J00-J06), "Influenza (gripe) e pneumonia" (J09-J18), "Outras infecções agudas das vias aéreas inferiores" (J20-J22), "Outras doenças de vias superiores" (J30-J39), "Doenças crônicas de vias aéreas inferiores" (J40-J47) e "Outras" (J60-J99). Exceto este último, os demais grupos foram, em seguida, dicotomicamente agrupados de acordo com a topografia de acometimento do aparelho respiratório em doenças das vias aéreas superiores (H65-H75, J00-J06 e J30-J39) e doenças das vias aéreas inferiores (J09-J18, J20-J22 e J40-J47). O acometimento de vias aéreas inferiores foi tomado como indicador de gravidade.

Na análise descritiva, foram calculadas frequências absoluta e relativa das variáveis faixa etária, renda domiciliar média do bairro de residência e grupo de diagnósticos. Para quantificar a influência das variáveis sociodemográficas sobre a topografia de acometimento do aparelho respiratório, foi realizada Regressão Logística Binária. A variável dependente foi a topografia de acometimento do aparelho respiratório (0: vias aéreas superiores; 1: vias aéreas inferiores), e as variáveis independentes foram faixa etária (0 a 4 anos, 5 a 9 anos, 10 a 14 anos e 15 a 19 anos) e renda domiciliar média do bairro de residência (0: até 5 salários mínimos; 1: mais de cinco salários mínimos).

As variáveis foram selecionadas por eliminação para trás pelo teste de Wald. O teste de Qui quadrado *omnibus* ($p < 0,05$) e o teste de Hosmer e Lemeshow ($p > 0,05$) foram usados para determinar o ajuste do modelo, enquanto que o R^2 de Nagelkerke foi usado com índice de variância explicada, em que quanto maior é o valor de R^2 melhor é o modelo. A codificação das variáveis e a análise estatística foram conduzidas com *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 23.0.

Aspectos éticos

O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (CAAE 44858215.6.0000.5065).

Resultados

Excluídas causas de atendimento não indicativas de doença, as doenças respiratórias constituíram o motivo mais frequente nos atendimentos da atenção primária à população de 0 a 19 anos residente em Vitória, perfazendo 28.810 (25,43%) do total de 113.252 atendimentos a pessoas da faixa etária de interesse. Dos 71.702 atendimentos por doença, nessa faixa, representaram 40,18%.

Conforme apresentado na Tabela 1, os atendimentos concentraram-se na faixa etária de 0 a 4 anos (60,07%) e nos residentes em bairros com menor renda domiciliar média (72,45%). Entre os grupos de diagnóstico, o mais frequente foi o das “Infecções agudas das vias aéreas superiores” (61,35%), seguido de “Doenças crônicas das vias aéreas inferiores” (14,60%) e de “Outras doenças das vias aéreas superiores” (8,69%).

Tabela 1. Atendimentos de crianças e adolescentes com doenças respiratórias na atenção primária, por faixa etária e por nível de renda domiciliar média do bairro de residência, segundo grupo de diagnósticos - Vitória, ES - 2014.

Grupos de diagnóstico (CID-10)	Doenças do ouvido médio e da mastoide	Infecções agudas das vias aéreas superiores	Influenza [gripe] e pneumonia	Outras infecções agudas das vias aéreas inferiores	Outras doenças das vias aéreas superiores	Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	Outras	Total
Faixa etária								
0 a 4	815 (4,71%)	10163 (58,72%)	1028 (5,94%)	1527 (8,82%)	926 (5,35%)	2840 (16,41%)	8 (0,05%)	17307
5 a 9	281 (5,05%)	3467 (62,34%)	176 (3,16%)	101 (1,82%)	678 (12,19%)	856 (15,39%)	2 (0,04%)	5561
10 a 14	138 (4,14%)	2113 (63,38%)	82 (2,46%)	64 (1,92%)	561 (16,83%)	372 (11,16%)	4 (0,12%)	3334
15 a 19	102 (3,91%)	1932 (74,08%)	55 (2,11%)	36 (1,38%)	339 (13,00%)	137 (5,25%)	7 (0,27%)	2608
Renda*								
Até 5	986 (4,72%)	12706 (60,87%)	1076 (5,15%)	1495 (7,16%)	1515 (7,26%)	3081 (14,76%)	15 (0,07%)	20874
Mais de 5	350 (4,41%)	4969 (62,61%)	265 (3,34%)	233 (2,94%)	989 (12,46%)	1124 (14,16%)	6 (0,08%)	7936
Total	1336 (4,64%)	17675 (61,35%)	1341 (4,65%)	1728 (6,00%)	2504 (8,69%)	4205 (14,60%)	21 (0,07%)	28810

* Renda domiciliar média do bairro de residência, em salários mínimos.

A proporção de atendimentos pelos diversos grupos de diagnóstico variou conforme a faixa etária (Tabela 1). Em todas, predominaram as “Infecções agudas das vias aéreas superiores”, cuja proporção cresceu com a idade. Nota-se que “Doenças do ouvido médio e da mastoide” e “Outras doenças das vias aéreas superiores” seguiram padrão de crescimento semelhante, as primeiras até os 9 anos e as últimas até os 14 anos. Já o inverso ocorreu com “Influenza e pneumonia”, bem como com “Outras infecções agudas das vias aéreas inferiores” e com as “Doenças crônicas das vias aéreas inferiores”, nas quais houve decréscimo de proporção com o aumento da idade.

Em relação à renda domiciliar média do bairro de residência (Tabela 1), os residentes em bairros de maior nível de renda apresentaram frequência de “Infecções agudas das vias aéreas superiores” um pouco maior e de “Outras doenças das vias aéreas superiores” bem maior do que os residentes em bairros de menor nível de renda. Os demais grupos de diagnósticos predominaram nos residentes em bairros de menor nível de renda.

A maioria dos grupos de diagnóstico apresentou tendência de crescimento a partir dos primeiros meses do ano, com pico de ocorrência em abril, e novo crescimento a partir de maio até o início do segundo semestre, com pico em julho ou agosto (Figura 1). O grupo das “Outras doenças das vias aéreas superiores” alcançou o primeiro pico somente em junho e o segundo, em setembro, enquanto o grupo “Outras” não apresentou padrão regular. Observa-se que as “Infecções agudas das vias aéreas superiores” atingiram o ápice de ocorrência no segundo semestre, ao contrário dos outros grupos.

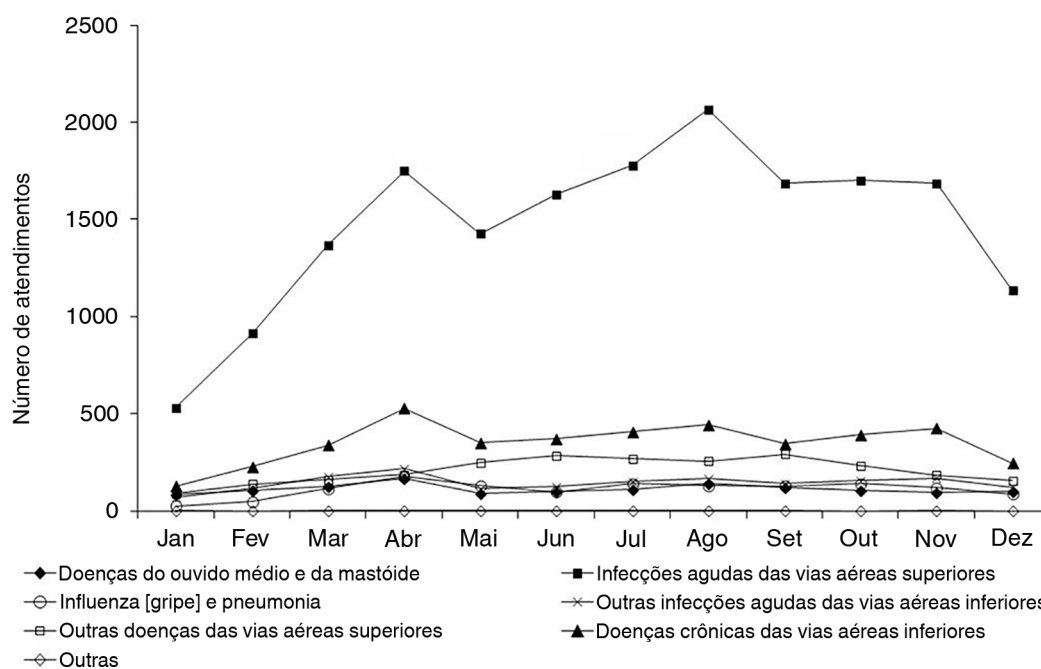


Figura 1. Frequência mensal dos atendimentos de crianças e adolescentes com doenças respiratórias na atenção primária, segundo grupo de diagnósticos - Vitória, ES - 2014.

Como pode ser observado na Tabela 2, a proporção de acometimento das vias aéreas inferiores, indicador de gravidade, caiu com o aumento da idade e do nível de renda.

Tabela 2. Frequência e percentagem da topografia de acometimento das vias aéreas de acordo com a faixa etária e nível socioeconômico das crianças e adolescentes atendidos na atenção primária em Vitória, ES - 2014.

Variáveis	Doenças respiratórias*			
	Vias aéreas superiores		Vias aéreas inferiores	
	No	%	No	%
Faixa etária				
0 a 4	11904	68,81	5395	31,19
5 a 9	4426	79,62	1133	20,38
10 a 14	2812	84,44	518	15,56
15 a 19	2373	91,23	228	8,77
Renda domiciliar média**				
Até 5	15207	72,90	5652	27,10
Mais de 5	6308	79,55	1622	20,45

* Excluídas "Outras"; ** Renda domiciliar média do bairro de residência, em salários mínimos.

Este fato foi confirmado pela análise de regressão logística (Tabela 3), que demonstrou um maior fator de proteção para faixa etária entre 15 a 19 anos (para aproximadamente 24 casos na faixa etária de referência, há somente um adolescência tardia) e que residir em bairro com renda domiciliar média maior que 5 salários mínimos diminui a chance de acometimento das vias aéreas inferiores (cerca de um caso para mais de dois do nível de renda mais baixo). No entanto, faixa etária e nível socioeconômico influenciaram apenas 6% da variância total das doenças respiratórias categorizadas segundo a topografia de acometimento do aparelho respiratório.

Tabela 3. Influência da faixa etária e nível socioeconômico na chance (OR) de acometer infecções nas vias aéreas inferiores em crianças e adolescentes atendidas pela atenção primária em Vitória, ES - 2014.

Variáveis	Razão de odds (IC 95%)
Faixa etária	
0 a 4	Referência
5 a 9	0,57 (0,53-0,61)
10 a 14	0,41 (0,37-0,45)
15 a 19	0,22 (0,19-0,25)
Renda domiciliar média*	
Até 5	Referência
Mais de 5	0,71 (0,67-0,76)

R²=0.06 (Nagelkerke); Model χ^2 (4) =1141.2, p<0.01. * Variável dependente topografia de acometimento do aparelho respiratório (0: vias aéreas superiores; 1: vias aéreas inferiores). ** Renda domiciliar média do bairro de residência, em salários mínimos.

Discussão

Observou-se, no presente estudo, que as doenças respiratórias foram a principal causa de atendimento na atenção primária em Vitória, na população de 0 a 19 anos, em 2014, o que confirma o grande impacto deste agravo na população pediátrica do município e está em consonância com a alta prevalência dessas doenças em âmbito nacional.¹¹

A grande proporção de atendimentos por doenças respiratórias encontrada em Vitória pode estar relacionada à qualidade do ar no município. Na capital do Espírito Santo há uma exposição mista aos poluentes atmosféricos, com contribuição tanto de dejetos industriais como veiculares, tendo sido observada relação entre doenças respiratórias e particulado PM10, que representa o poluente de maior associação com internações por causas respiratórias.¹³

Foi observada maior frequência de atendimentos na faixa etária de zero a quatro anos e em residentes em bairros de menor renda domiciliar média, com crescimento da frequência a partir dos primeiros meses do ano.

A maior vulnerabilidade biológica das crianças de zero a quatro anos explica o alto percentual de atendimentos encontrado nessa faixa etária, em consonância com a literatura. Em crianças, o epitélio das vias aéreas é mais permeável aos poluentes e as defesas pulmonares contra essas partículas não estão completamente desenvolvidas. Além disso, têm, proporcionalmente, um maior volume de ar circulante em suas vias aéreas, pois possuem uma taxa ventilatória maior em função do metabolismo mais acelerado, da maior exposição ao ambiente externo e da prática mais exuberante de atividade física.⁶

Adicionalmente, crianças mais jovens possuem menor número de alvéolos, canais colaterais de ventilação menos desenvolvidos (ou ausentes, dependendo da idade), vias aéreas menores e mais estreitas, laringe localizada mais superiormente, menos cartilagem para promover a sustentação das vias aéreas, entre outros fatores, o que facilita a instalação de microorganismos em suas vias aéreas.¹⁹ Têm, também, o sistema imunológico ainda imaturo, o que leva a uma maior frequência de doenças potencialmente mais graves ou de complicações de infecções de vias aéreas superiores.²⁰

Quanto ao nível socioeconômico, os resultados também estão de acordo com a literatura, visto que os principais fatores de risco para doenças respiratórias, especialmente as mais graves, são a baixa escolaridade materna, aglomeração familiar, condições precárias de moradia e tabagismo materno.⁴

Além da maior vulnerabilidade dos residentes em bairros de menor renda domiciliar média, o predomínio dos atendimentos neste grupo populacional se justifica também pela existência, para os de maior nível socioeconômico, de outras opções de acesso a serviços de saúde, como planos de saúde, convênios empresariais ou de outros tipos, determinando, para esse último grupo, subregistro de doenças de uma maneira geral nas unidades básicas de saúde.^{16,21}

Dentre as doenças respiratórias, a proporção de atendimentos por “Infecções agudas das vias aéreas superiores” variou com a faixa etária, mas em todas mostrou-se muito superior aos demais grupos de diagnóstico, como reflexo de sua alta prevalência. As infecções respiratórias agudas possuem uma representatividade mundial de 20 a 40% das consultas em serviços de pediatria e 12 a 35% das internações hospitalares, o que reitera a importância do bom manejo clínico dessas patologias.^{5,22,23}

Em seguida, vieram as “Doenças crônicas das vias aéreas inferiores”, entre as quais encontram-se diagnósticos como bronquite e asma, doenças imunoalérgicas também relativamente comuns em crianças e adolescentes.^{19,24} A asma é uma doença de difícil controle clínico e, no Brasil, sua prevalência estimada em crianças é de 20%. Outros fatores importantes, além da má aderência ao tratamento, são a dificuldade de acesso ao sistema básico de saúde e o baixo nível socioeconômico.²⁵ Nota-se que as faixas etárias mais jovens, mais vulneráveis aos quadros graves, foram mais acometidas por doenças de vias aéreas inferiores.

Embora os atendimentos por “Infecções agudas das vias aéreas superiores” tenham predominado em ambos os níveis de renda estudados, o nível de renda mais alto apresentou proporção um pouco maior este grupo de diagnóstico. Tal diferença, bem maior, também se deu quanto a “Outras doenças das vias aéreas superiores”, enquanto o menor nível de renda mostrou-se mais afetado pelos demais grupos, principalmente “Influenza [gripe] e pneumonia” e “Outras infecções agudas das vias aéreas inferiores”, um indicativo de sua maior vulnerabilidade.

Porém, mesmo demonstrada a existência de associação entre faixa etária e nível socioeconômico e a topografia de acometimento do aparelho respiratório (vias aéreas superiores e vias aéreas inferiores), a variância encontrada em nosso estudo, de 6%, indica que essas duas variáveis apresentam pouca influência como fator de risco global para a gravidade das doenças respiratórias, sendo a multicausalidade uma questão importante. Dessa forma, é necessário considerar os demais fatores de risco, como os comportamentais, ambientais e genéticos, no manejo das doenças respiratórias.

Os atendimentos por doenças respiratórias apresentaram polarização entre os meses de março a novembro, mais uma vez coincidindo com a literatura. Tal padrão, como um todo, pode ser explicado tanto pelo fato de esse ser o período de atividades escolares, aumentando o risco de transmissão das doenças devido ao maior número de contactantes, como também pela maior permanência em ambientes fechados e com aglomeração de pessoas, condições geralmente associadas às menores temperaturas.^{19,22,24}

A relação entre baixas temperaturas, aglomerações e doenças respiratórias tem substancial ancoragem no fato de que os atendimentos por “Infecções de vias aéreas superiores” apresentaram importante aumento de frequência no período referente ao inverno, com pico em agosto.

Mesmo com grande representatividade populacional, limitações importantes desse estudo consistem na utilização de dados secundários, sujeitos a falhas de registro, e em sua abrangência restrita aos usuários da rede de atenção primária do município, no qual é alta a cobertura de planos de saúde privados.

Adicionalmente, nesse estudo não é possível avaliar a interferência do grau de resolutividade ambulatorial de cada unidade básica, fator que pode alterar o número de atendimentos em relação a um problema de saúde e que talvez afete de forma diferente as diversas unidades. Desse modo, a territorialização existente na atenção primária à saúde pode representar um viés.

Finalmente, a utilização da variável renda domiciliar média do bairro de residência para estimar o nível socioeconômico produz falácia ecológica, por se tratar de um dado agregado, podendo a heterogeneidade de renda dentro de um mesmo bairro afetar a demanda aos serviços públicos de saúde. Além disso, o nível de renda da população do município (menos de 10% residente em bairros com renda média domiciliar de até três salários mínimos) condicionou a utilização de um ponto de corte relativamente alto (cinco salários mínimos), talvez subestimando a associação entre nível de renda e acometimento de vias aéreas inferiores.

Conclusão

Este estudo confirma, em Vitória, as doenças respiratórias como agravos de grande impacto na saúde da população pediátrica, principalmente a mais jovem. A distribuição dos atendimentos por idade ocorreu conforme descrito na literatura, o mesmo acontecendo em relação a nível socioeconômico, aos grupos de diagnóstico e à distribuição temporal.

Embora menor faixa etária e menor nível socioeconômico tenham se mostrado fatores de risco para doenças das vias aéreas inferiores, tiveram pequeno papel na explicação do acometimento respiratório baixo, sendo necessário estudar a magnitude de outros determinantes.

Considerando a epidemiologia local, recomendam-se medidas de prevenção primária e secundária em relação às doenças respiratórias, tais como controle da poluição atmosférica, ventilação adequada dos ambientes coletivos, educação em saúde, vacinação contra influenza e implementação de protocolos de tratamento para infecções respiratórias agudas e para asma nas unidades básicas de saúde.

Referências

1. Fioravanti C. Progress and challenges for respiratory health in Brazil. *Lancet Respir Med*. 2015;3(5):348-9. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600\(15\)00152-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600(15)00152-6)
2. Prato MIC, Silveira A, Neves ET, Buboltz FL. Doenças respiratórias na infância: uma revisão integrativa. *Rev Soc Bras Enferm Ped*. 2014;14(1):33-9.
3. Sonogo M, Pellegrin MC, Becker G, Lazzerini M. Risk factors for mortality from acute lower respiratory infections (ALRI) in children under five years of age in low and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *PLoS One*. 2015;10(1):e0116380. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0116380>
4. Prietsch SOM, Fischer GB, Cesar JA, Fabris AR, Mehanna H, Ferreira THP, et al. Doença aguda das vias aéreas inferiores em menores de cinco anos: influência do ambiente doméstico e do tabagismo materno. *J Pediatr (Rio J)*. 2002;78(5):415-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572002000500013>
5. Duarte DMG, Botelho C. Perfil clínico de crianças menores de cinco anos com infecção respiratória aguda. *J Pediatr (Rio J)*. 2000;76(3):207-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.55>
6. Salvi S. Health effects of ambient air pollution in children. *Paediatr Respir Rev*. 2007;8(4):275-80. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.prrv.2007.08.008>
7. Neves RG, Böhm AW, 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. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf11\(38\)1122](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf11(38)1122)
8. Sociedade Brasileira de Pneumologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o manejo da asma - 2012. *J Bras Pneumol*. 2012;38(Suppl 1):S1-46.
9. Brasil. Ministério da Saúde. PNAB - Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [acesso 2017 Maio 3]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
10. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). *Cad Saúde Pública*. 2009;25(6):1337-49. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600016>
11. Bernat AC, Oliveira MC, Rocha GC, Boing AF, Peres KG. Prevalência de sintomas respiratórios e fatores associados: estudo de base populacional em adultos de Lages, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(9):1907-16. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900005>
12. Castro HA, Hacon S, Argento R, Junger WL, Mello CF, Castiglioni Júnior N, et al. Air pollution and respiratory diseases in the Municipality of Vitória, Espírito Santo State, Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(Suppl.4):630-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001600023>
13. Freitas CU, Ponce de Leon A, Juger W, Gouveia N. Air pollution and its impacts on health in Vitoria, Espírito Santo, Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2016;50:4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050005909>
14. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [homepage na internet]. Estimativas populacionais para os municípios brasileiros em 01.07.2014. [acesso 2016 Out 29]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/estimativa_dou.shtm

15. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informações e Informática do SUS. Rol de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2013-2015: edição 2015. [acesso 2016 out 29]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?pacto/2015/cnv/coapcires.def>.
16. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar [homepage na internet]. Assistência Médica por Competência segundo Faixa etária [acesso 2016 Dez 7]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_02.def
17. Prefeitura Municipal de Vitória. Lei 8601, de 23 de dezembro de 2013. Dispõe sobre o sistema rede bem estar, a certificação dos registros, e dá outras providências. Vitória: Diário Oficial, 2 jan. 2014. [acesso 2016 Out 29]. Disponível em: <http://leismunicipais.com.br/a/es/v/vitoria/lei-ordinaria/2013/861/8601/lei-ordinaria-n-8601-2013-dispoe-sobre-o-sistema-rede-bem-estar-a-certificacao-dos-registros-e-da-outras-providencias?q=Lei%208601>
18. Secretaria de Gestão Estratégica. Vitória bairro a bairro. Vitória: Prefeitura Municipal de Vitória; jan 2013. [acesso 2016 Dez 7]. Disponível em: http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/geral/publicacoes/Vitoria_bairro_bairro/Vit%C3%B3ria_bairro_%20a_bairro.pdf
19. Kliegman R, Jenson HB, Behrman RE. Nelson - Tratado de Pediatria. 19a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
20. Pereira BB, Limongi JE. Epidemiologia de desfechos na saúde humana relacionados à poluição atmosférica no Brasil: uma revisão sistemática. Cad Saúde Colet. 2015;23(2):91-100. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400050103>
21. Turrini RNT, Lebrão ML, Cesar CLG. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. Cad Saúde Pública. 2008;24(3):663-74. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300020>
22. Pitrez PMC, Pitrez JLB. Infecções agudas das vias aéreas superiores: diagnóstico e tratamento ambulatorial. J Pediatr. 2003;70(Suppl.1):S77-86. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572003000700009>
23. Mouro A, Hidal LBT, Martino MDV, Pasternak J. Prevalência das infecções de vias aéreas superiores em um hospital terciário na cidade de São Paulo. Einstein (São Paulo). 2010;8(2):197-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010ao1348>
24. Miranda DC. Prevalência de asma e sintomas respiratórios no município de Vitória (ES): comparação entre duas áreas com diferentes fontes de poluição atmosférica identificadas através do biomonitoramento [Tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/T.5.2008.tde-30102008-161613>
25. Urrutia-Pereira M, Avila J, Solé D. The Program for the Prevention of Childhood Asthma: a specialized care program for children with wheezing or asthma in Brazil. J Bras Pneumol. 2016;42(1):42-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37562016000004480>

^a Escola Superior de Ciências da Saúde Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Vitória, ES, Brasil. dianafranches@emescam.br (Autora correspondente); isabelabittencoutinho@gmail.com; henrique.ton@hotmail.com; jpgp123@hotmail.com; ricardo_felipe_costa@hotmail.com; christiane.lourenco@emescam.br

Cuidados paliativos oncológicos em um serviço público de atenção domiciliar

Oncology palliative care in a public home-care service

Cuidados paliativos oncológicos em un servicio publico de atención domiciliar

Patrícia Pilatti^a, Verlaine Balzan Lagni^a, Milene Campanholo Picasso^b, Karen Puma^b, Raquel Jeanty de Seixas Mestriner^a, Diani de Oliveira Machado^a, Sati Jaber Mahmud^a, Gislaine dos Santos Jardim^a, Heloisa Arrussul Braga^a, Carine Raquel Blatt^b, Karine Zortéa^a

Resumo

Objetivo: Identificar o perfil dos pacientes com câncer e em cuidados paliativos e suas demandas referentes ao atendimento multidisciplinar existente em um Serviço de Atenção Domiciliar. **Métodos:** Estudo transversal com coleta de dados secundários dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos atendidos pelo Programa de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição, no ano de 2013. Aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o número 13.203. **Resultados:** Foram acompanhados 63 pacientes com diagnóstico de neoplasia. Dentre esses, 71,5% (n=45) estavam em cuidados paliativos. As medianas do tempo de acompanhamento dos pacientes foram de 22 (3-146) dias e do número de visitas realizadas pela equipe foi 6 (1-34). Além das visitas semanais realizadas pelas equipes, os pacientes receberam assistência de nutricionista, fisioterapeuta e assistente social. Considerando as 45 internações, os principais cuidados foram controle da dor, curativos em feridas, controle glicêmico, e antibioticoterapia endovenosa. A principal intercorrência clínica foi a repassagem de cateter nasoenteral (n=5). A alta em condições estáveis de saúde ocorreu em 10 pacientes. **Conclusão:** O presente estudo permitiu a identificação das principais demandas dos pacientes em cuidados paliativos oncológicos atendidos por um serviço de Atenção Domiciliar. Observa-se na prática deste serviço que a maioria dos pacientes apresentou necessidade de cuidados complexos, mas possíveis de serem realizados no domicílio pela equipe de saúde e/ou cuidador capacitado.

Abstract

Objective: To identify the profile of palliative care oncology patients and their multidisciplinary needs in a home-care service. **Method:** A cross-sectional study with secondary data collection from cancer patients in palliative care, attended by the Home-Care Program of Conceição Hospital Group in 2013. Approved by the Ethics and Research Committee under No. 13.203. **Results:** There were 63 home-care patients diagnosed with cancer. Among those, 71.5% (n=45) were in palliative care, and 15.5% (n=7) had more than one admission to the Program. The median follow-up time of all patients was 22 (3-146) days, while for the number of home visits it was 6 (1-34). In addition to weekly home visits, patients were assisted by a nutritionist, a physiotherapist, and a social worker. Concerning the 45 hospitalizations, their main demands were pain management, wound dressings, glycemic control and intravenous antibiotic therapy. The main clinical complication was the reintroduction of a nasoenteral catheter (n=5). Discharge in stable health conditions occurred in 10 patients. Clinical complications and outcomes were analyzed. **Conclusion:** This study allowed us to identify the main demands of oncological palliative care patients attended by one Home-Care Service. We observed that most patients needed complex care, but the healthcare staff and/or trained caregiver were still able to provide it.

Palavras-chave:

Cuidados Paliativos
Oncologia
Serviços de Assistência
Domiciliar
Sistema Único de Saúde

Keywords:

Palliative Care
Medical Oncology
Home-Care Services
Unified Health System

Como citar: Pilatti P, Lagni VB, Picasso MC, Puma K, Mestriner RJS, Machado DO, et al. Cuidados paliativos oncológicos em um serviço público de atenção domiciliar. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-10. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1339](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1339)

Fonte de financiamento: declaram não haver.

Parecer CEP: 13.203 (GHC), aprovado em 13/11/2013.

Conflito de interesses: declaram não haver.

Procedência e revisão por pares: revisado por pares.

Recebido em: 22/06/2016.
Aprovado em: 16/02/2017.

Resumen

Objetivo: Identificar el perfil de los pacientes en cuidados paliativos y sus demandas referentes a la atención multidisciplinaria existente en un Servicio de Atención Domiciliaria. **Métodos:** Estudio transversal con colecta de datos primarios y secundarios de los pacientes oncológicos en cuidados paliativos atendidos por el Programa de Atención Domiciliaria del Grupo Hospitalar Conceição en el año 2013. Aprobado por el Comité de Ética e Investigación (13.203). **Resultados:** Fueron realizadas 63 internaciones domiciliarias de pacientes con diagnóstico de neoplasia. Entre ellos, un 71,5% (n=45) estaban en cuidados paliativos, siendo que un 15,5% (n=7) tuvieron más de un acompañamiento con el Programa. El tiempo promedio de acompañamiento de los pacientes fue de 22 (3-146) días y del número de visitas realizadas por el equipo fue 6 (1-34). Además de las visitas semanales realizadas por los equipos, los pacientes recibieron asistencia con nutricionista, fisioterapeuta y asistente social. Considerando las 45 internaciones, los principales cuidados fueron control del dolor, curación de heridas, control de glucemia, antibioticoterapia intravenosa, entre otros. Fueron analizadas las complicaciones clínicas y los resultados del acompañamiento. **Conclusión:** Este estudio permitió la identificación de las principales demandas de los pacientes oncológicos en cuidados paliativos atendidos por el servicio de atención domiciliaria. Se observa realizando este servicio que la mayoría de los pacientes necesitó necesidad de atención compleja pero capaz de ser realizado en casa por el equipo de salud y/o cuidador cualificado.

Palabras clave:

Cuidados Paliativos
Oncología Médica
Servicios de Atención de Salud a Domicilio
Sistema Único de Salud

Introdução

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o câncer se tornará, em poucas décadas, uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todas as regiões do mundo. Estimativas demonstram o aumento da sua incidência de 12,7 milhões em 2008 para 21,4 milhões em 2030. Este fato foi relacionado a diferentes causas, entre elas o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional.¹ Por isso, novas políticas e programas voltados para o tratamento desses indivíduos e para o desenvolvimento e intensificação de estratégias em cuidados paliativos devem ser pautadas pela OMS e implementadas nos diferentes países, sobretudo aqueles que vivem a transição demográfica, como o Brasil.

No Brasil, o Ministério da Saúde estabeleceu a Política Nacional de Atenção Oncológica, que deve ser implantada em todas as unidades federadas e inclui a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (CP) com garantia de atenção integral aos pacientes, seja através de acompanhamento ambulatorial, hospitalar ou domiciliar.²

No que se refere à atenção à saúde dos indivíduos em CP, esta pressupõe uma abordagem multiprofissional que visa à melhoria da qualidade de vida por meio de uma avaliação criteriosa e do tratamento da dor, bem como na atuação diante de outras questões físicas, psicológicas, sociais e espirituais, estendendo-se, inclusive, à fase de luto.³ Nesse sentido, a abordagem multiprofissional se dimensiona em um plano prático, se reconhece no planejamento e na coordenação de ações eficientes para atender de forma integral às necessidades dos pacientes e familiares em articulação com os serviços que compõem a Rede de Atenção a Saúde (RAS).⁴

Dentro desse contexto, caracterizando-se como um serviço de transição do cuidado dentro da RAS, a Atenção Domiciliar (AD) surge como alternativa para esses indivíduos, já que possui um conjunto de ações em saúde tanto de promoção e prevenção, como de tratamento e palição prestadas em domicílio.⁵ No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Portaria nº 2527/2011, por meio do Programa Melhor em Casa (PMC), reorganizou a AD em três modalidades de atendimento conforme a complexidade de cuidado demandada pelos pacientes, prevendo o atendimento domiciliar pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e por serviços específicos de AD.⁶ Os Serviços de AD (SAD) são compostos por equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (EMAD) e, também, pelas equipes multiprofissionais de apoio (EMAP).⁵

O grande desafio da assistência prestada pelo SAD é compor uma estratégia de cuidados paliativos, visto que se caracteriza como um serviço de transição do cuidado dentro da RAS e que não presta atendimento exclusivo aos pacientes em CP.

Assim, este estudo tem como objetivo identificar o perfil dos pacientes oncológicos em CP e suas demandas referentes ao atendimento multidisciplinar existente em um SAD na região Sul do Brasil com o intuito de analisar, qualificar e/ou renovar as práticas já instaladas.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal de todos os pacientes adultos em cuidados paliativos oncológicos acompanhados pelo Programa de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição (PAD-GHC), no ano de 2013. A coleta de dados ocorreu em prontuário eletrônico e em banco de dados institucional.

O diagnóstico de neoplasia foi definido pela Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) (C00-C97 e D00-D48).⁷ Consideraram-se em cuidados paliativos os pacientes que tinham esta informação presente em nota de alta hospitalar. Foram coletados dados demográficos e referentes ao acompanhamento pelo SAD: número de visitas domiciliares (VD), principais demandas de cuidados, intercorrências e desfechos do acompanhamento. Também foi utilizado um instrumento para avaliação do risco nutricional, o *Malnutrition Screening Tool* (MUST), que é aplicado na primeira VD e avalia a combinação de estado nutricional atual e da gravidade da doença por meio do índice de massa corporal (IMC), a perda de peso recente e a ingestão alimentar.⁸

A análise estatística foi realizada pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 18.0. Os dados foram descritos em média e desvio padrão, mediana e intervalo interquartilico ou frequências.

Este estudo foi aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, sob o parecer nº 13.203, e está em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial.

Resultados

Dos 63 (16,9%) pacientes com diagnóstico de neoplasia no ano de 2013, 45 (71,5%) estavam em CP. Destes, sete (15,5%) tiveram necessidade de mais de um acompanhamento com o serviço no referido ano, ou seja, obtiveram alta do SAD e, posteriormente, foi necessário novo acompanhamento. A média de idade dos pacientes em CP foi de 66 ($\pm 11,6$) anos, 60% (n=27) eram do sexo masculino. A mediana e amplitude do tempo de acompanhamento dos pacientes foi de 22 (3-146) dias e do número de VD realizadas pela equipe de AD foi 6 (1-34).

Além das VD semanais realizadas pelos médicos e equipe de enfermagem, os pacientes receberam assistência de nutricionista, fisioterapeuta e assistente social. As frequências dos principais cuidados, as intercorrências e os desfechos de acompanhamento dos 45 pacientes estão listadas nas Tabelas 1 e 2, respectivamente.

Tabela 1. Principais cuidados apresentados pelos pacientes em cuidados paliativos oncológicos acompanhados pelo Programa de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição.

Variável	n	%
Cuidados realizados		
Controle da dor	45	100,0
Curativos em feridas operatórias, oncológicas ou lesão por pressão	24	53,3
Controle glicêmico	15	33,3
Antibioticoterapia endovenosa	14	31,1
Alimentação por via enteral - manejo de cateteres enterais	8	17,8
Manejo da traqueostomia	8	17,8
Administração de medicamento subcutâneo e intramuscular	6	13,3
Aspiração de vias aéreas ou traqueostomias	6	13,3
Manejo de oxigênio domiciliar	5	11,9
Administração de medicamento por via parenteral	5	11,1
Manejo de jejunostomia e gastrostomia	4	8,9
Manejo de cateter vesical de demora ou intermitente	3	6,7

Tabela 2. Intercorrências atendidas no domicílio e desfechos do acompanhamento dos pacientes em cuidados paliativos oncológicos atendidos pelo Programa de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição.

Intercorrências clínicas atendidas no domicílio	n	%
Exteriorização acidental e repassagem de cateter nasoenteral	5	12,0
Dispneia	1	2,0
Infecção respiratória	1	2,0
Infecção urinária	1	2,0
Dor abdominal	1	2,0
Anemia com necessidade de transfusão sanguínea	1	2,0
Desfechos		
Reinternação hospitalar	32	71,0
Óbito durante a internação hospitalar	22	69,0*
Alta para acompanhamento na Atenção Básica	10	22,0
Óbito durante o acompanhamento domiciliar	3	7,0

* Dados referentes ao total de pacientes que necessitaram de reinternação hospitalar.

Controle da dor

Para o manejo da dor, foram utilizados medicamentos (analgésicos opioides, analgésicos não opioides, anti-inflamatórios não esteroides, antidepressivos tricíclicos, entre outros), orientação de técnicas de posicionamento no leito e trocas de postura, assim como exercícios leves de relaxamento e alongamentos. Em casos específicos, foram fornecidas orientações sobre encaminhamentos para acesso a medicamentos que não estão disponíveis na Atenção Primária a Saúde (APS).

Controle glicêmico

A aferição de glicemia capilar durante as VD possibilitou a otimização do tratamento por meio de orientações dietéticas e medicamentosas (hipoglicemiantes orais e insulina), assim como orientações sobre a aplicação de insulina, com auxílio de manual, e orientações sobre a identificação de sinais de hipoglicemia.

Curativos em feridas operatórias, oncológicas ou lesões por pressão

Foram encontradas uma ou mais feridas em 24 pacientes, totalizando 33 lesões de pele. As mais prevalentes foram lesão por pressão (72,7%), ferida neoplásica (9,0%) e ferida operatória (6,0%). Foram disponibilizados diferentes tipos de materiais para a realização dos curativos, de acordo com a avaliação e indicação da equipe. Os cuidadores receberam orientações sobre a realização dos curativos durante as VD.

Antibioticoterapia endovenosa

A utilização de antibioticoterapia por via parenteral no domicílio foi realizada conforme indicação médica e liberação pela comissão de controle de infecção hospitalar. Os medicamentos foram administrados por um técnico de enfermagem sob supervisão de uma enfermeira, uma ou duas vezes ao dia. O acesso venoso foi mantido conforme procedimento operacional padrão para heparinização de cateteres. Foram feitas orientações para os cuidadores e pacientes sobre os cuidados com a manutenção do acesso venoso e possíveis intercorrências.

Alimentação por via enteral - uso de cateteres enterais

Foi realizada prescrição nutricional individualizada, capacitação sobre a administração, armazenamento de dieta enteral e higienização de materiais, com a disponibilização de manual para consultas. Foi fornecida dieta enteral industrializada para todos os pacientes e encaminhados laudos para solicitação de fornecimento pela Secretaria Estadual de Saúde. Em algumas situações, foi realizada avaliação da capacidade de alimentação via oral e, quando possível, retirada do cateter enteral. Por outro lado, quando a equipe identificou as situações de risco nutricional em pacientes com alimentação por via oral, foi realizado o início da terapia nutricional no domicílio (oral ou enteral). Em casos de retirada acidental de cateter enteral, a equipe realizou a repassagem no domicílio.

Traqueostomia

Foram realizados e orientados cuidados com higienização e manejo do estoma e cânula de traqueostomia, bem como técnicas de higiene brônquica e aspiração de vias aéreas. Foram disponibilizados manual e vídeo com demonstrações sobre as técnicas, com o objetivo de facilitar a capacitação dos cuidadores. Nos casos de indicação clínica, foi realizado o processo de decanulação da traqueostomia com redução do calibre e períodos de oclusão progressivos.

Além dos principais cuidados, algumas demandas foram identificadas e necessitaram intervenção. Entre elas, inapetência, constipação intestinal, desnutrição (80,9% dos pacientes estavam em alto risco nutricional, 14,3% em risco médio), necessidade de suplementação alimentar por via oral, manejo do oxigênio domiciliar de forma mais segura e eficaz, orientações aos direitos do paciente com câncer e da rede de apoio para acompanhamento.

Discussão

A partir dos resultados apresentados é possível perceber uma alta prevalência de cuidados paliativos nos pacientes oncológicos atendidos no ano 2013 no PAD-GHC. Esse fato pode ser justificado pelo perfil da instituição, que possui uma unidade de internação para cuidados paliativos, acolhe em seus ambulatórios

os pacientes com menor frequência na demanda do cuidado e encaminha ao SAD os pacientes oncológicos com um quadro mais avançado, muitas em vezes em fase terminal da doença.

A literatura apresenta informações variadas acerca da prevalência de dor, porém sempre com percentuais elevados. O estudo de Reis-Pina et al.,⁹ por exemplo, relata que um percentual entre 65 a 80% dos pacientes com câncer avançado apresentaram queixa de dor. Em nosso estudo, a dor esteve presente na totalidade dos pacientes assistidos e sabe-se que o manejo adequado apresenta uma importante medida de cuidado e conforto para o paciente e os seus familiares.¹⁰

Para isso, é importante saber a origem da dor, que pode ser nociceptiva ou neuropática. Alguns estudos de revisão relatam que em torno de 20% das sensações de dor em pacientes oncológicos tem origem neuropática, sendo que esse valor se eleva para 40% quando se considera origem combinada (neuropática e nociceptiva).^{11,12}

No PAD-GHC, foram seguidas as recomendações da OMS priorizando a analgesia via oral, o uso regular dos medicamentos, a necessidade de cada paciente e o uso da escala analgésica. Nesse sentido, indo ao encontro com o descrito na literatura, foram utilizados analgésicos não opioides (paracetamol, dipirona, anti-inflamatórios não esteroides), os opioides fracos (codeína, tramadol), os opioides fortes (morfina, metadona) e os adjuvantes (amitriptilina, gabapentina, dexametasona).^{13,14} Em todos os casos, buscou-se o controle da dor total por meio de uma abordagem interdisciplinar com medidas não farmacológicas e farmacológicas.

O cuidado relacionado à troca de curativos apontou a prevalência de feridas operatórias, oncológicas e lesões por pressão. As feridas oncológicas representam grande preocupação pela dificuldade de cicatrização, presença de dor, sangramento, odor intenso e alteração da percepção corporal, o que pode interferir na qualidade de vida.¹⁵ Cabe ressaltar os controles da dor e odor são questões centrais do cuidado.¹⁶

Para redução do odor, foi realizada a limpeza da lesão associada ao desbridamento de tecido devitalizado, quando indicado; uso de cobertura para controle do exsudato; em casos de difícil manejo utilizou-se o metronidazol tópico e antissépticos. Para alívio da dor local e em casos de sangramento, foram aplicadas coberturas atraumáticas.

Os resultados revelaram número elevado de pacientes em risco nutricional. Em pacientes oncológicos há diminuição da tolerância ao tratamento e aproximadamente 20% das mortes são secundárias à desnutrição. Diversos fatores estão envolvidos neste processo: redução de apetite, dificuldades para mastigar e deglutir alimentos, efeitos colaterais do tratamento e aumento da demanda nutricional provocada pelo crescimento do tumor. Estes fatores são agravados por situações socioeconômicas precárias e hábitos alimentares inadequados.¹⁷ Neste sentido, a identificação do risco nutricional e intervenções imediatas, como a suplementação por via oral ou passagem de cateteres enterais, fizeram-se necessárias nos pacientes deste estudo.

A intercorrência mais frequente no presente estudo foi a exteriorização acidental e repassagem de cateter nasoenteral, o que poderia ser minimizado com a realização de gastrostomia ou jejunostomia. Porém, a opção de manter o cateter nasoenteral ocorreu, na maior parte das vezes, pelo prognóstico reservado desses pacientes e a tentativa de evitar novas intervenções ambulatoriais que não interfeririam no desfecho.

Um ponto a ser ressaltado é o fato que grande parte dos pacientes necessitou de reinternação hospitalar e os desfechos demonstraram que a maioria deles foi a óbito, enquanto no domicílio ocorreram apenas três óbitos. O domicílio costuma ser o local de preferência dos pacientes e familiares na fase terminal da doença, ainda que essa decisão possa ser modificada, particularmente, nos últimos dias ou horas que antecedem o óbito.¹⁸

Uma revisão sistemática conduzida com 31 estudos (amostras entre 42 e 4175 indivíduos), cujo objetivo foi avaliar os determinantes do local da morte em adultos em cuidados paliativos, observou uma ampla variação na taxa de óbito no domicílio, que ficou entre 20% a 66%. Dentre os estudos que reportaram as preferências de local de morte, 40% a 85% dos pacientes preferiu óbito no domicílio, enquanto que 42% a 65% dos familiares optaram pelo óbito domiciliar.¹⁹ Essa ampla variação nas taxas e as diferentes opiniões de pacientes e familiares evidenciam a complexidade do assunto quando o mesmo se coloca em pauta.

Na prática diária, percebe-se que, muitas vezes, os familiares ao presenciarem momentos de disfunção clínica ou de dor, tendem a ficar ansiosos e angustiados, o que dificulta a manutenção da escolha do óbito no domicílio. Nos casos acompanhados pelas equipes do PAD-GHC observa-se que paciente e família não estão totalmente seguros e preparados para enfrentar o momento da morte no domicílio. Outro ponto importante a ser considerado é que, na maioria das vezes, os pacientes em CP recebem alta do hospital para a AD em um momento relativamente próximo do óbito, o que dificulta a formação de um vínculo forte e sensibilização da equipe com os familiares, a ponto de proporcionar segurança e tranquilidade para a tomada de uma decisão complexa como o óbito no domicílio.

Um outro grande desafio a ser enfrentado no atendimento aos pacientes em CP no domicílio, diz respeito ao preparo profissional para lidar e abordar o luto com a família. Entende-se que esse é um tema que precisa ser trabalhado em espaços de discussão e suporte para as próprias equipes. Autores como Pereira (2014)²⁰ destacam a importância da capacitação dos profissionais envolvidos em CP e relacionam o trabalho como “experimentar juntos a dor, o sofrimento, as disputas e tensões entre usuário e familiares, os desejos de cada um, negociar diante dos conflitos, para que se garanta a defesa da vida na iminência da morte”.

Conforme Mendes e Vasconcellos (2015),⁴ é necessária uma efetiva mudança do modelo fragmentado de assistência em CP, em que os princípios do SUS sejam garantidos e haja apoio social e psicológico aos pacientes e familiares nesse momento tão delicado em que se encontram, bem como, a interlocução entre essas várias áreas do cuidado. AAD pode potencializar novas formas de produção do cuidado e de atuação atrelada às RAS, com foco nas necessidades de saúde dos pacientes.²¹

Durante o período de acompanhamento do SAD são orientados os direitos dos pacientes com neoplasia e a rede de apoio disponível, podem-se citar algumas experiências exitosas, incluindo alguns serviços de atenção básica (AB), centros de referência de assistência social (CRAS) e associações como a Associação de Pacientes com Câncer (AAPECAN). A relação com outros serviços deve ser estimulada, principalmente com a AB, que é a responsável pela coordenação do cuidado dos pacientes.

Segundo a experiência do PAD-GHC, observa-se que ainda há uma fragmentação da atenção prestada na RAS como um todo, sendo que os serviços não compartilham, entre si e com a família, os

planos terapêuticos. Dessa forma, existem desafios no que diz respeito a uma atenção com vistas à integralidade do cuidado, tanto em relação ao suporte dos serviços quanto à preparação dos profissionais de saúde para promover o cuidado junto às famílias.

Portanto, promover a qualificação profissional das equipes para trabalhar com AD e, também, com CP, diante da complexidade e necessidade de múltiplos cuidados despendidos por esses pacientes, é extremamente necessário e urgente. Algumas iniciativas de educação permanente já têm sido promovidas em parcerias com a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e outras universidades, porém é necessário introduzir e aprofundar esses conteúdos no processo de formação de todos os profissionais da saúde.²²

A transição do cuidado entre a AB e AD envolve a discussão sobre o momento adequado da transferência dos cuidados entre essas equipes (referência e contrarreferência), assim como sobre a falta de mecanismos reguladores e eficazes de transição que possam potencializar o uso da AD.²² Atualmente, o PAD-GHC faz contato com a AB, por meio de telefonemas ou de reuniões, seja para transição do cuidado ou mesmo para que a mesma tenha conhecimento da nova situação do paciente. A falta de recursos humanos, a necessidade de VD mais longas, mais frequentes e não programadas, a não implantação de ESF, a dificuldade de acesso e as situações de violência urbana podem ser apontados como fatores que interferem na efetivação da transição do cuidado.^{18,23}

Muitos desafios ainda estão postos para a AD na atualidade, mas ela parece ser uma modalidade de atendimento que pode fortalecer o SUS e a RAS como um todo.

Conclusão

O presente estudo permitiu a identificação das principais demandas dos pacientes em CP oncológicos atendidos por um serviço de AD. Observa-se na prática deste serviço que a maioria dos pacientes apresentou necessidade de cuidados complexos, mas possíveis de serem realizados no domicílio pela equipe de saúde e/ou cuidador capacitado.

Considerando a complexidade, tanto clínica quanto psicológica, destes pacientes e cuidadores, conclui-se que é necessária a implantação de EMAD e EMAP com competências para lidar com esse contingente populacional. Além disso, a RAS precisa ser articulada e, especificamente, os SAD e a AB necessitam de uma relação estreita e fortalecida para que haja a concretização dos objetivos em prol dos pacientes e um fortalecimento do SUS.

Alguns caminhos para erguer essa ponte entre os SAD e a AB são a construção do plano terapêutico singular, a qualificação profissional focada na RAS desde a formação até a educação permanente e a viabilização de mecanismos reguladores e eficazes de transição do cuidado.

Não há dúvidas de que a AD é uma prática inovadora, considerando-se a transição epidemiológica e demográfica do Brasil. No entanto, sugere-se o desenvolvimento de novas pesquisas para aprofundar as potencialidades da AD em CP, buscando aperfeiçoar a prática existente para que o processo saúde-doença e morte sejam mais dignos, seguros e humanizados.

Referências

1. World Health Organization (WHO). Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: WHO; 2011.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 874 de 16 de Maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
3. World Health Organization (WHO). National Cancer control Programmes: Policies and managerial guidelines world. Geneva: WHO; 2002.
4. Mendes EC, Vasconcellos LCF. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. *Saúde Debate*. 2015;39(106):881-92.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 825 de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.527 de 27 de Outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
7. Organização Mundial da Saúde. CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados a saúde. São Paulo: EDUSP, 1997. p.1191.
8. British Association for Enteral and Parenteral Nutrition. The MUST Explanatory Booklet. A guide to malnutrition universal screening tool (MUST) for adults. Malnutrition Advisory Group (MAG). [acesso 2014 Out 30]. Disponível em: http://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_explan.pdf
9. Reis-Pina P, Lawlor PG, Barbosa A. Cancer-Related Pain Management and the Optimal Use of Opioids. *Acta Med Port*. 2015;28(3):376-81. DOI: <http://dx.doi.org/10.20344/amp.5801>
10. Velloso M, Jardim JR. Funcionalidade do paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica e técnicas de conservação de energia. *J Bras Pneumol*. 2006;32(6):580-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132006000600017>
11. García de Paredes ML, del Moral González F, Martínez del Prado P, Martí Ciriquián JL, Enrech Francés S, Cobo Dols M, et al. First evidence of oncologic neuropathic pain prevalence after screening 8615 cancer patients. Results of the On study. *Ann Oncol*. 2011;22(4):924-30.
12. Roberto A, Deandrea S, Greco MT, Corli O, Negri E, Pizzuto M, et al. Prevalence of Neuropathic Pain in Cancer Patients: Pooled Estimates From a Systematic Review of Published Literature and Results From a Survey Conducted in 50 Italian Palliative Care Centers. *J Pain Symptom Manage*. 2016;51(6):1091-102.e4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.12.336>
13. Mercadante S. Breakthrough pain in cancer patients: prevalence, mechanisms and treatment options. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2015;28(5):559-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/ACO.0000000000000224>
14. Løhre ET, Klepstad P, Bennett MI, Brunelli C, Caraceni A, Fainsinger RL, et al. From “Breakthrough” to “Episodic” Cancer Pain? A European Association for Palliative Care Research Network Expert Delphi Survey Toward a Common Terminology and Classification of Transient Cancer Pain Exacerbations. *J Pain Symptom Manage*. 2016;51(6):1013-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.12.329>
15. Aguiar RM, Silva GRC. Os cuidados de enfermagem em feridas neoplásicas na assistência paliativa. *Rev Hosp Univ Pedro Ernesto*. 2012;11(2):82-8.
16. Agreda JJS, Bou JET. Atenção integral nos cuidados das feridas crônicas. Petrópolis: EPUB; 2012.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar - INCA. Consenso Nacional de Nutrição Oncológica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
18. Floriani CA, Schramm FR. Desafios morais e operacionais na inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(9):2072-80. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000900015>
19. Gomes B, Calanzani N, Gysels M, Hall S, Higginson IJ. Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. *BMC Palliat Care*. 2013;12:7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-684X-12-7>

20. Pereira PBA. Atenção domiciliar e produção do cuidado: apostas e desafios atuais [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2014.
21. Oliveira Neto AV, Dias MB. Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa? *Divulg Saúde Debate*. 2014;51:58-71.
22. Dias MB, Savassi LCM, Nunes MRMTP, Zachi MLR. A Política Nacional de Atenção Domiciliar no Brasil: potencialidades, desafios e a valorização necessária da atenção primária à saúde. *J Manag Prim Heal Care*. 2015;6(1):1-7.
23. 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. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1259](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1259)

^a Programa de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre, RS, Brasil. pattipilla@yahoo.com.br; lagni@uol.com.br; raqueljseixas@gmail.com; dianimachado@hotmail.com; satijaber@gmail.com (*Autor correspondente*); nanejardim123@yahoo.com.br; heloisa.a.social@gmail.com; karine.personaldiet@gmail.com

^b Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Porto Alegre, RS, Brasil. milenepicasso@hotmail.com; karenpumall@hotmail.com; carine.blatt@gmail.com

Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Instrumento PCATool-Brasil

Evaluation of Primary Health Care using the PCATool-Brazil Instrument

Evaluación de Atención Primaria de Salud utilizando el Instrumento PCATool-Brasil

Jéssica Mazutti Penso^a, Eduardo Périco^a, Mônica Maria Celestina de Oliveira^b, Andreia Aparecida Guimarães Strohschoen^a, Ioná Carreno^a, Claudete Rempel^a

Resumo

Introdução: A avaliação dos serviços é relevante, uma vez que permite o planejamento das ações em saúde. **Objetivo:** O presente estudo tem como objetivo avaliar a Atenção Primária à Saúde com o uso do instrumento PCATool-Brasil (versão profissionais da saúde), aplicado às equipes de atenção básica do município de Lajeado, sede da 16^a Coordenadoria Regional da Saúde do Rio Grande do Sul. **Métodos:** Realizou-se um estudo transversal com 54 profissionais lotados nas unidades básicas de saúde, que responderam ao instrumento PCATool-Brasil. **Resultados:** O Escore Geral, mensurado pela média do Escore Essencial e do Escore Derivado, superou o ponto de corte de 6,6. A média do Escore Essencial foi de 6,66, enquanto a média do Escore Derivado foi de 7,60. **Conclusão:** As equipes possuem, de maneira geral, alto grau de orientação à Atenção Primária à Saúde, embora dois atributos essenciais possuam indicadores que necessitam ser melhorados.

Palavras-chave:

Saúde Pública
Atenção Primária à Saúde
Pesquisa sobre
Serviços de Saúde

Abstract

Introduction: The evaluation of services is relevant, since it allows the planning of health care actions. **Objective:** This study aims to evaluate Primary Attention to Health Care through the PCATool - Brazil (professional health version) instrument, applied to primary health care teams of the municipality of Lajeado, headquarters of the 16th Regional Health Coordination of Rio Grande do Sul. **Methods:** A cross-sectional study was carried out with 54 professionals in the basic health care units, who answered the PCATool instrument - Brazil. **Results:** The General Score, measured through the average of the Essential Score and the Derived Score, exceeded the cut-off point of 6.6. The average score for the Essential Score was 6.66, while the average for the Derived Score was 7.60. **Conclusion:** In general, the teams have a high degree of orientation towards Primary Attention to Health Care, although two essential attributes have indicators that need to be improved.

Keywords:

Public Health
Primary Health Care
Health Services Research

Resumen

Introducción: La evaluación de los servicios es relevante, ya que permite la planificación de acciones de salud. **Objetivo:** Este estudio tiene como objetivo evaluar la Atención Primaria de Salud a través del instrumento PCATool-Brasil (versión profesional de la salud) aplicada a los equipos de cuidados primarios de Lajeado, sede de la 16^a Coordinación Regional de Salud de Rio Grande do Sul. **Métodos:** Se realizó un estudio transversal con 54 profesionales que trabajan en unidades básicas de salud, que respondieron al instrumento PCATool-Brasil. **Resultados:** La puntuación global excedió el punto de corte de 6,6. La puntuación de los atributos esencial fue de 6,66, mientras que la puntuación promedio de los atributos derivados fue de 7,60. **Conclusión:** En general, los equipos tienen un alto grado de orientación a la atención primaria de salud, aunque dos atributos esenciales tienen indicadores que deben ser mejorados.

Palabras clave:

Salud Pública
Atención Primaria de Salud
Investigación en
Servicios de Salud

Como citar: Penso JM, Périco E, Oliveira MMC, Strohschoen AAG, Carreno I, Rempel C. Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Instrumento PCATool-Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-9. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1212](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1212)

Fonte de financiamento: declaram não haver.

Parecer CEP: 87251 (UNIVATES), aprovado em 31/08/2012.

Conflito de interesses: declaram não haver.

Procedência e revisão por pares: revisado por pares.

Recebido em: 17/09/2015.

Aprovado em: 23/04/2017.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) refere-se a um modelo de organização dos serviços de saúde que visa conduzir as ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, identificando as necessidades de saúde da coletividade e coordenando as redes de atenção à saúde. A APS tem o intuito de ser o primeiro contato da população com o sistema de saúde, pois busca a solução das intercorrências mais frequentes e menos especializadas.¹

Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde,² no Brasil a APS contribui para a consolidação das diretrizes do SUS e no sentido de tornar mais abrangente o conceito ampliado de saúde. Além disso, para Baratieri e Marcon,³ a APS busca implementar um modelo diferenciado de assistência, uma vez que o modelo centrado no hospital não atende às modificações do mundo moderno e às necessidades de saúde dos sujeitos e das famílias.

O processo histórico acerca das discussões sobre a relevância da APS percorreu, segundo Baratieri e Marcon, a Conferência de Alma-Ata, ocorrida em 1978, desencadeando-se um devir por justiça social, direito a melhorias na saúde para a população em coletividade, participação e solidariedade.³ Em seguida, segundo Aguiar e Martins,⁴ em 1996 estabeleceu-se, pelo *American Institute of Medicine*, o conceito de APS como uma “oferta de serviços integrados e acessíveis por meio de clínicos que sejam responsáveis por atender à maioria das necessidades pessoais”, de maneira a ocorrer a troca de saberes entre o profissional de saúde e o usuário do serviço, ou grupo familiar/comunitário, a fim de tornar mais integral o serviço de saúde prestado.

No mesmo ano, a Associação Médica Canadense considerou a APS a porta de entrada do sistema de saúde e também incluiu as ações de intervenções comunitárias no conceito de APS.⁴ Em 1998, Barbara Starfield reforça o conceito de APS no livro que foi considerado um marco do tema, intitulado “*Primary-care: balancing health needs, services, and technology*”.⁴ No Brasil os termos APS e atenção básica foram descritos como tendo o mesmo significado, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde.²

Conforme definição do Ministério da Saúde,⁵ a APS pode ser pensada como um conjunto de valores e de princípios, assim como, “um conjunto indissociável de elementos estruturantes - atributos - do sistema de serviços de saúde: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural”. Sendo que, na opinião de Ronzani e Rodrigues,⁶ o desenvolvimento adequado da APS pode vir a trazer bons resultados, que transpassam a prevenção de doenças e a promoção à saúde, capaz de direcionar para a melhoria socioeconômica do país.

Oliveira et al.⁷ consideram que a avaliação sistemática, a qual busca mensurar a qualidade dos serviços de saúde pública, é um grande desafio para os gestores no Brasil, pelo fato do país conter grande dimensão territorial. Além disso, torna-se difícil desenvolver uma avaliação sobre a APS, pois ela contempla atributos complexos. Em virtude de não existir anteriormente um instrumento validado de aferição em saúde primária no Brasil, adaptou-se a ferramenta intitulada “*Primary Care Assessment Tool*” (PCATool), que no Brasil intitula-se “Instrumento de Avaliação da Atenção Primária - PCATool”, dispondo-se de uma versão autoaplicável e singular para as três esferas: crianças, adultos (maiores de 18 anos) e profissionais de saúde.⁵ O instrumento foi criado por Barbara Starfield e colaboradores no período entre 1997 a 2001, na *Johns Hopkins University*, com o objetivo de ser um conjunto de instrumentos de avaliação da atenção primária à saúde.¹

Segundo Starfield,¹ existem quatro elementos imprescindíveis, intitulados de atributos essenciais, para avaliação da APS, que são: acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção. Além desses, existem qualificadores, chamados de atributos derivados, que são: atenção à saúde centrada na família, orientação comunitária e competência cultural.

A partir da validação do PCATool-Brasil, o instrumento para os profissionais da saúde apresenta os seguintes atributos: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação (na esfera de integração de cuidados e de sistema de informações), integralidade (no âmbito de serviços disponíveis e de serviços prestados), orientação familiar e orientação comunitária.⁵

Embora torne-se essencial estabelecer um processo de avaliação e monitoramento da qualidade da APS no Brasil, este ainda é um desafio. Neste sentido, este estudo tem como objetivo avaliar a orientação da APS, utilizando-se o instrumento PCATool-Brasil (versão profissional da saúde), aplicado às equipes de atenção básica do município de Lajeado, Rio Grande do Sul.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, analítico, de abordagem quantitativa que foi desenvolvido no município de Lajeado, localizado no Vale do Taquari. O município contempla a sede da 16ª Coordenadoria Regional da Saúde do Rio Grande do Sul e, segundo os dados do IBGE,⁸ possui 76.187 habitantes e área de unidade territorial de 90,087 km².

Na amostra estudada foram incluídos 15 serviços de Atenção Primária à Saúde, que caracterizam-se por 6 Estratégias Saúde da Família (ESF) e 9 Unidades Básicas de Saúde (UBS). A população alvo do presente estudo constitui-se pelos profissionais da saúde atuantes nas unidades, categorizados por profissionais com nível superior e profissionais técnicos e auxiliares, sendo que 54 profissionais da saúde participaram como sujeitos do estudo.

Para coleta de dados, utilizou-se o instrumento PCATool-Brasil (Versão Profissional da Saúde).⁵ Este instrumento objetiva aferir a orientação à APS, e é composto por 77 itens divididos em 8 componentes, sendo 6 deles considerados atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação - integração de cuidados, coordenação - sistema de informações, integralidade - serviços disponíveis, integralidade - serviços prestados) e 2 deles atributos derivados (orientação familiar e orientação comunitária), permitindo-se a construção de escores para cada dimensão (atributo) e seus componentes.

Em virtude disso, são estruturadas respostas seguindo a escala do tipo *Likert*, atribuindo-se escores no intervalo de 1 a 4 para cada atributo (1 = com certeza não; 2 = provavelmente não; 3 = provavelmente sim; e 4 = com certeza sim). A fim de obter-se o escore da orientação da APS, calculou-se a média dos valores dos itens integrantes de cada atributo, conforme mostra a equação (1).

$$\text{Escore geral da APS} = \frac{(\text{Escore obtido} - 1) \times 10}{4 - 1} \quad (1)$$

Obteve-se o Escore Essencial por meio da média dos atributos essenciais (acesso, longitudinalidade, coordenação e integralidade), o Escore Derivado pela média dos atributos derivados (orientação familiar e orientação comunitária) e o Escore Geral da APS pelo valor médio dos dois atributos anteriores.

Transformaram-se os valores resultantes, destes escores, em uma escala entre 0 e 10. Os resultados foram dicotomizados em duas categorias, representando Baixo Escore (< 6,6) e Alto Escore ($\geq 6,6$).⁹

Realizou-se a coleta de dados no ano de 2013. As informações foram manipuladas em planilha *Excel*, que em seguida foi exportada para a análise estatística das informações no *software* SPSS versão 22. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNIVATES (COEP UNIVATES). Segue-se os princípios da Resolução do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisas com Seres Humanos nº 466, de 2012.¹⁰

Resultados

No estudo, a maioria dos participantes é do sexo feminino (79,0%), com a média de idade de 39,7 ($\pm 10,5$) anos. Estes profissionais são em maioria (62,0%) trabalhadores das UBS e os demais (38,0%) trabalhadores das ESF. Os médicos, enfermeiros, nutricionistas e demais profissionais com nível superior integram 59,3% dos respondentes, seguidos dos técnicos e auxiliares, que representam 40,7%.

O grau de orientação à APS, expresso pelo Escore Geral da APS, composto pelos Escores Essencial e Derivado, com base no instrumento PCATool-Brasil versão profissional da saúde, revela que os serviços primários do município estudado podem ser classificados como serviços de forte orientação à APS, pois os escores superam o ponto de corte definido de 6,6 na escala contínua padronizada de 0 a 10, conforme pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1. Resultado dos escores Essencial, Derivado e Geral, segundo o PCATool-Brasil, por categoria profissional em Lajeado - Rio Grande do Sul, 2013.

Escores	Profissionais da saúde com nível superior	Profissionais Técnicos e Auxiliares	Resultado Geral
Escore Essencial			
Média (DP)	6,95 (0,65)	6,37 (0,73)	6,66 (0,69)
Mediana	6,96	6,43	6,69
Escore Derivado			
Média (DP)	8,10 (1,17)	7,10 (1,94)	7,60 (1,55)
Mediana	8,05	6,94	7,49
Escore Geral			
Média (DP)	7,52 (0,91)	6,73 (1,34)	7,12 (1,12)
Mediana	7,50	6,68	7,09

O Escore Essencial, obtido por meio da média dos atributos: acesso, longitudinalidade, coordenação e integralidade, apresentou alto escore entre os profissionais da saúde com nível superior e baixo escore entre os profissionais técnicos e auxiliares. No Escore Derivado, percebe-se que os resultados obtidos tanto entre os profissionais da saúde com nível superior quanto entre os técnicos e auxiliares apresentaram alto escore.

Aprofundou-se a análise por atributo e identificou-se que o acesso de primeiro contato e a longitudinalidade possuem valor médio abaixo do ponto de corte, representando fragilidades destes atributos no que tange à orientação à APS, conforme visualizado na Tabela 2.

Tabela 2. Média e desvio padrão dos escores individualizados de cada atributo da Atenção Primária à Saúde, segundo o PCATool-Brasil, em Lajeado - Rio Grande do Sul, 2013.

Atributo	Média	(DP)
Essencial		
Acesso de primeiro contato	4,38	(1,19)
Longitudinalidade	6,32	(1,58)
Coordenação - integração de cuidados	6,97	(1,46)
Coordenação - sistema de informações	7,82	(1,60)
Integralidade - serviços disponíveis	7,22	(1,30)
Integralidade - serviços prestados	7,20	(1,80)
Derivado		
Orientação familiar	7,67	(2,23)
Orientação comunitária	7,53	(1,61)

Discussão

Tanaka e Tamaki defendem a ideia de que a avaliação dos serviços de saúde é relevante para o gestor, pois permite a disponibilização de elementos essenciais que servem para o planejamento qualificado das ações em saúde, possibilitando o aumento da eficiência, eficácia e efetividade dos serviços.¹¹ Neste contexto surge o PCATool-Brasil, contributo importante aos gestores dos serviços de saúde, na busca pela análise e qualificação destes serviços.⁵

O PCATool é indispensável para a realidade brasileira, pois é um instrumento validado que possibilita avaliar os atributos da APS. Diante da importância do PCATool, é necessária a mobilização dos gestores e profissionais da saúde para que a utilização deste instrumento se faça mais presente nas rotinas das equipes.⁵

Um dos atributos essenciais da APS é o acesso de primeiro contato, do indivíduo com o sistema de saúde. Nesta perspectiva temática, o estudo de Kovacs et al.,¹² que visava entre outros objetivos aferir o acesso de primeiro contato nas ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro, buscando entender o porquê da não adesão aos serviços nas unidades de saúde primária, demonstrou que as crianças eram levadas à unidade de pronto socorro pelos seguintes motivos: o evento teria ocorrido em dias ou horários em que as unidades de nível primário estariam fechadas; as crianças não utilizaram previamente o serviço devido ao fato dos responsáveis estarem envolvidos com as ocupações profissionais; a possível falta de vínculo entre usuário-equipe e usuário-profissional e, por fim, a dificuldade no acesso geográfico.

Apontou-se, pelo mesmo estudo, que 42% dos sujeitos que buscavam o pronto socorro como primeira opção porque essa era a unidade mais próxima de casa, fator representativo do principal motivo da escolha. Diante disso, corroborou-se que o acesso geográfico é um dos aspectos relevantes para a eleição do serviço.¹²

No instrumento PCATool-Brasil percebe-se uma possível relação entre o termo acesso de primeiro contato com a flexibilidade de dias e horários de atendimento das unidades, o atendimento ágil prestado, a disponibilidade dos profissionais quanto ao atendimento e o acolhimento dos sujeitos.⁵

A longitudinalidade é o segundo atributo do escore essencial aferido pelo instrumento PCATool-Brasil. Segundo Starfield,¹ o termo longitudinalidade significa o acompanhamento do profissional de saúde e equipe para com o sujeito, ao longo do tempo, proporcionando importantes impactos no favorecimento e fortalecimento do vínculo e da confiança. Baratieri e Marcon acreditam que a longitudinalidade torna o profissional mais instruído para identificar as necessidades da população, proporcionando diagnósticos mais precisos, o que pode levar à redução de custos com hospitalização e maior prevenção de doenças e promoção à saúde.³

No estudo de revisão conceitual desenvolvido por Cunha e Giovanella,¹³ sobre longitudinalidade, identificam-se elementos essenciais, sendo que o primeiro consiste no desenvolvimento do vínculo entre profissionais e usuários do serviço e na “continuidade informacional”, que se dá pelo acúmulo de conhecimento que se constrói em relação ao sujeito, pelos registros pontuados pela equipe de saúde.

A coordenação da atenção faz parte dos atributos essenciais, nela o PCATool-Brasil busca aferir, por exemplo, a disponibilidade do prontuário do paciente quando o mesmo necessita e se o profissional solicita aos sujeitos seus registros médicos recebidos no passado, para melhor controle do seu histórico.⁵ Segundo Hartz e Contandriopoulos,¹⁴ o gerenciamento contínuo das práticas clínicas é o suporte para que ocorra a integração do cuidado, assegurando um método durável e globalizado de assistência à saúde, articuladas “no tempo e no espaço”.

O PCATool também visa verificar, segundo a ótica dos entrevistados, o contexto do desenvolvimento das ações de integralidade. A integralidade, no cenário da saúde, tange a percepção do sujeito como um todo, descentralizando a doença, para que essa não seja vista como o aspecto mais importante durante o atendimento, mas enquanto uma das dimensões a ser considerada. Fontoura e Mayer apoiam a concepção de que a integralidade em saúde possibilita o desenvolvimento de ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação, por meio da assistência qualificada, com ênfase ao respeito aos direitos e valores individuais.¹⁵ Ou seja, direciona a um atendimento amplo e desfragmentado, no qual exista a troca de saberes entre os profissionais e os usuários.

Em relação ao Escore Derivado, contemplado pela orientação familiar e comunitária, nota-se que os resultados obtidos por meio da percepção dos profissionais da saúde com nível superior, assim como entre os profissionais técnicos e auxiliares, apresentaram forte orientação à APS, sendo bastante satisfatórios. A orientação familiar e comunitária é uma prática que necessita antes de tudo que o profissional se conscientize da necessidade da utilização de clareza, facilitando a criação do vínculo, assim o usuário sentir-se-á confiável para sanar dúvidas e buscar orientações.

Echer,¹⁶ que trabalha com o desenvolvimento de manuais de orientação para o cuidado em saúde, relata sua experiência enfatizando a importância da utilização de uma linguagem clara ao promover a educação em saúde, extinguindo a prática de usar termos extremamente técnicos, a fim de evitar o surgimento de dúvidas sobre o conteúdo abordado.¹⁶

No instrumento PCATool-Brasil, as questões relacionadas à orientação familiar estão associadas primeiramente à investigação das práticas desempenhadas pelos profissionais, acerca do estímulo que estes oferecem, em relação à construção conjunta do projeto terapêutico singular.⁵

O instrumento também avalia se o profissional e o usuário pensam e refletem juntamente sobre as possíveis doenças presentes no histórico familiar e se ocorre o fornecimento de orientações em relação

aos problemas biopsicossociais.⁵ Em relação à orientação comunitária, o instrumento dispõe de verificação sobre a existência de visita domiciliar pela equipe de saúde, além de buscar aferir o conhecimento dos profissionais, sobre os problemas de saúde da população adscrita no território de saúde, se o serviço atende às sugestões e opiniões dos usuários e se monitora e/ou avalia a efetividade dos programas desenvolvidos.

Neste estudo, o Escore Geral da APS, calculado pela média dos atributos essencial e derivado, mostrou forte orientação à APS tanto entre os profissionais da saúde com nível superior quanto os profissionais técnicos e auxiliares. Percebe-se que a aferição dos atributos se torna eficaz, uma vez que demonstra, na percepção do entrevistado, as condições dos serviços de saúde.

Quando descritos os resultados deste estudo, entre os profissionais da saúde com nível superior, percebe-se que há uma relação com a pesquisa de Calvette et al.,¹⁷ na qual consta, de forma geral, que o atendimento na UBS mostrou forte orientação à APS. Segundo Gonçalves et al.,¹⁸ este é um fator positivo, pois considera-se que os serviços percebidos como de forte orientação à APS tendem a apresentar características favoráveis importantes para o desenvolvimento da assistência à saúde de forma integral e eficaz.

O estudo de Oliveira et al.,¹⁹ que teve como sujeitos 212 idosos atendidos em diferentes serviços públicos, apontou que os serviços percebidos com forte orientação à APS demonstram cuidados mais qualificados, que direcionam mais fortemente para às práticas preventivas, à identificação de possíveis fatores de risco e às intervenções precoces nas situações patológicas.

Leão et al.,²⁰ em estudo realizado com cuidadores de crianças, observaram que 272 (77,7%) dos cuidadores apontam a ESF como principal responsável pelo cuidado da saúde infantil, enquanto que 78 (22,3%) crianças, mesmo cadastradas no PSF, informaram outros serviços como referência. Na mesma pesquisa percebeu-se, após aplicação do PCATool versão infantil, que na análise conjunta dos atributos, o valor do escore geral foi significativamente mais elevado nas crianças que tinham a ESF como fonte regular de atenção à saúde do que naquelas que utilizavam outros tipos de serviço.

Segundo Hauser et al.²¹ e Harzheim et al.,²² o instrumento PCATool-Brasil é uma ferramenta que possibilita identificar, monitorar e avaliar a qualidade dos serviços de APS, além de proporcionar o desenvolvimento de estudos comparativos entre as diferentes unidades, pois possui adequada validade e confiabilidade. Embora, por ser um instrumento quantitativo, possa levar à perda de alguns aspectos subjetivos do cuidado, melhor compreendidos por metodologias qualitativas. Além dessa limitação metodológica, no presente estudo, avaliou-se a experiência dos profissionais de saúde que atuam nas unidades básicas, sem considerar, neste momento, a perspectiva dos usuários dos serviços.

O desfecho do presente estudo direciona-se de encontro com os resultados de uma pesquisa realizada na cidade de Chapecó, SC, na qual evidenciou-se, a partir do resultado do Escore Geral e do Escore Essencial, alta orientação à APS.²³ Resultados semelhantes foram apontados em uma pesquisa realizada em Curitiba, PR.²⁴

Os resultados indicam, de forma geral, que o município pesquisado contempla uma adequada orientação à APS, embora alguns indicadores necessitam ser qualificados. O modelo encontrado busca refletir e cooperar para a melhoria da coordenação dos serviços e da integralidade à atenção à saúde da população, a partir do reconhecimento de que o fortalecimento da APS se dá por meio do processo de verificação da qualidade dos serviços, e que o instrumento PCATool-Brasil é um contributo importante à atividade relacionada.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão de bolsa de doutorado à primeira autora.

Referências

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
2. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS; 2007.
3. Baratieri T, Marcon SS. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. *Esc Anna Nery*. 2011;15(4):802-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000400020>
4. Aguiar ASW, Martins P. Essential attributes and qualifiers of Primary health care. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2012;25(2 Supl):3-4.
5. 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.
6. Ronzani TM, Rodrigues MC. O Psicólogo na atenção primária à saúde: contribuições, desafios e redirecionamentos. *Psicol Cienc Prof*. 2006;26(1):132-43. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932006000100012>
7. Oliveira MMC, Harzheim E, Riboldi J, Duncan BB. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(29):256-63. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(29\)823](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(29)823)
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Infográficos: dados gerais do município. 2013. [acesso 2014 Jul 1]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=431140>
9. 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: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007. [acesso 2014 Jul 14]. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/12649>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466 de 12 de Dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
11. Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(4):821-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002>
12. Kovacs MH, Feliciano KVO, Sarinho SW, Veras AACA. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81(3):251-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.2223/1347>
13. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(Supl. 1):1029-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036>
14. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad Saúde Pública*. 2004;20(Supl. 2):S331-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800026>
15. Fontoura RT, Mayer CN. Uma breve reflexão sobre a integralidade. *Rev Bras Enferm*. 2006;59(4):532-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000400011>
16. Echer IC. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005;13(5):754-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000500022>
17. Calvette TF, Cunha CRH, Figueroa GAV, Rocha PCX. Avaliação da qualidade da APS na ESF no município de Tubarão - SC. In: Anais do XII Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade; 2013 Maio 29-Jun 2; Belém, PA, Brasil. p. 1455.

18. Gonçalves MR, Harzheim E, Zils AA, Duncan BB. A qualidade da atenção primária e o manejo do diabetes mellitus. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(29):235-43. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)814](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)814)
19. Oliveira EB, Bozzetti MC, Hauser L, Duncan BB, Harzheim E. Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(29):264-73. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)826](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)826)
20. Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2011;11(3):323-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292011000300013>
21. Hauser L, Castro RCL, Vigo A, Trindade TG, Gonçalves MR, Stein AT, et al. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(29):244-55. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)821](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)821)
22. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CR, Goncalves MR, Trindade TG, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Serv Res*. 2006;6:156. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-6-156>
23. Vitoria AM, Harzheim E, Takeda SP, Hauser L. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(29):285-93. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)832](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)832)
24. Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(29):294-303. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)828](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)828)

^a Centro Universitário UNIVATES. Lajeado, RS, Brasil.
jessica.m.penso@gmail.com (*Autora correspondente*); perico@univates.br;
aaguim@univates.br; icarreno@univates.br; crempel@univates.br

^b Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).
Porto Alegre, RS, Brasil. olivmonica@gmail.com

Prevalência de *burnout* em médicos residentes de Medicina Geral e Familiar em Portugal

Burnout prevalence among Portuguese General and Family Medicine residents

Prevalencia del burnout en los médicos residentes de Medicina Familiar en Portugal

Sara Cristina Robalo dos Santos^a, Ana Isabel Francisco Viegas^b, Catarina Isabel de Magalhães Oliveira Morgado^a, Carla Sofia Varela Ramos^a, Christina Nunes Delgado Soares^c, Helena Mafalda da Conceição João Roxo^d, Mafalda Cleto da Silva Santos^a, Sara Nunes Pires Nabais^b

Resumo

Objetivo: Determinar a prevalência de *burnout* nos residentes de Medicina Geral e Familiar (MGF) em Portugal e analisar variáveis que possam influenciar os níveis de *burnout* nas suas três dimensões (Exaustão Emocional - EE; Despersonalização - DP e Realização Pessoal - RP). **Métodos:** Estudo transversal, observacional; aplicados questionários de novembro a dezembro de 2015 constituídos pelo *Maslach Burnout Inventory* e por variáveis sociodemográficas e da residência. Tamanho da amostra estimado de 327 residentes (IC 95%; erro amostral de 5%). **Resultados:** Amostra representativa composta por 431 residentes (média de 28,7 anos, 80,7% do gênero feminino). A prevalência de *burnout* global (níveis de *burnout* elevado na dimensão da EE e/ou DP) foi 46,9%; 38,1% dos residentes apresentava *burnout* elevado na EE, 45,2% na RP e 26,5% na DP. Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre níveis de *burnout* elevado e residentes medicados com ansiolíticos/hipnóticos – EE ($p<0,001$); RP ($p=0,001$) e DP ($p<0,001$) e também nos residentes medicados com antidepressivos, na EE e RP ($p=0,01$). Nos residentes com intenção de desistir da residência/carreira médica verificaram-se níveis elevados de *burnout* na EE ($p<0,001$ para ambas), na RP ($p=0,003$ e $p=0,01$, respectivamente) e na DP ($p=0,005$ e $p<0,001$, respectivamente). Nos residentes que não escolheram MGF como primeira opção, verificaram-se níveis de *burnout* elevados na dimensão da DP ($p<0,001$) e da RP ($p=0,04$). **Conclusão:** Dada a elevada prevalência de *burnout* nos residentes de MGF em Portugal, torna-se fundamental desenvolver novos estudos a nível internacional e desenvolver estratégias que previnam e minimizem o impacto negativo desta síndrome.

Palavras-chave:

Esgotamento Profissional
Internato e Residência
Medicina de Família
e Comunidade
Atenção Primária à Saúde

Abstract

Objective: To determine the burnout prevalence among general and family medicine residents (MGF) in Portugal and to analyze variables that can influence burnout levels in their three dimensions (Emotional Exhaustion - EE; Depersonalization - DP; and Personal Accomplishment - PA). **Methods:** Cross-sectional study observation; questionnaires were applied from November to December 2015, constituted by the Maslach Burnout Inventory and by sociodemographic and residency variables. Sample size estimated of 327 residents (CI 95%; sampling error of 5%). **Results:** The representative sample of 431 residents (average age 28.7 years old, 80.7% comprised of women). The prevalence of overall burnout (high burnout levels in EE and/or DP) was 46.9%, with 38.1% with high burnout in EE dimension, 45.2% in PA dimension and 26.5% in DP dimension. There was a statistically significant association between high burnout levels in residents taking anxiolytics/hypnotics – EE ($p<0.001$); PA ($p=0.001$) e DP ($p<0.001$) and in residents taking antidepressant medication – in EE and PA dimensions ($p=0.01$). In residents intending to give up the internship or the medical career we found high levels of burnout in EE ($p<0.001$ for both intentions), in PA ($p=0.003$ and $p=0.01$, respectively) and DP ($p=0.005$ and $p<0.001$, respectively). The residents who did not choose family medicine (MGF) as a first option had high levels of burnout in DP ($p<0.001$) and PA ($p=0.04$) dimensions. **Conclusions:** Given the high prevalence of burnout in family medicine residents in Portugal, it is essential to develop new studies internationally and to create strategies to prevent and minimize the negative impact of this syndrome.

Keywords:

Burnout, Professional
Internship and Residency
Family Practice
Primary Health Care

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
Proc.071/CES/INV/2015
(ARSLVT), aprovado em
06/11/2015.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.

Recebido em: 26/11/2016.

Aprovado em: 12/03/2017.

Como citar: Santos SCR, Viegas AIF, Morgado CIMO, Ramos CSV, Soares CND, Roxo HMCJ, et al. Prevalência de *burnout* em médicos residentes de Medicina Geral e Familiar em Portugal. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-9. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1430](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1430)

Resumen

Objetivos: Determinar la prevalencia del síndrome de *burnout* en médicos residentes de Medicina Familiar (MF) en Portugal y analizar variables que pudieran influir en sus tres dimensiones (Agotamiento Emocional - CE; Despersonalización - DP; Realización Personal - RP). **Métodos:** Estudio transversal, observacional; cuestionarios aplicados de noviembre a diciembre de 2015, constituidos por el *Maslach Burnout Inventory* y variables sociodemográficas y de la residencia. Tamaño de la muestra estimada de 327 residentes (IC 95%; error muestral de 5%). **Resultados:** Muestra representativa de 431 residentes (edad promedio 28,7 años, 80,7% sexo femenino). La prevalencia de *burnout* global (altos niveles de *burnout* en CE y/o DP) fue del 46,9%; tenían niveles altos de *burnout* en CE (38,1%), RP (45,2%) y DP (26,5%). Se observó una asociación estadísticamente significativa entre niveles elevados de *burnout* y residentes tratados con ansiolíticos/hipnóticos – CE ($p<0,001$); RP ($p=0,001$), DP ($p<0,001$) y en los residentes tratados con antidepresivos en CE y RP ($p=0,01$). En los que querían renunciar a la especialidad/carrera médica, encontramos altos niveles de *burnout* en CE ($p<0,001$), RP ($p=0,003$ y $p=0,01$, respectivamente) y DP ($p=0,005$ y $p<0,001$, respectivamente). En los residentes que no eligieron MF como primera opción, encontramos altos niveles de *burnout* en DP ($p<0,001$) y RP ($p=0,04$). **Conclusión:** Dada la alta prevalencia del *burnout* en los residentes de MF en Portugal, es esencial desarrollar nuevos estudios a nivel internacional y desarrollar estrategias para la prevención del impacto negativo de este síndrome.

Palabras clave:

Agotamiento Profesional
Internado y Residencia
Medicina Familiar
y Comunitaria
Atención Primaria de Salud

Introdução

Nos últimos anos têm sido realizados diversos estudos a nível mundial sobre a síndrome de desgaste profissional, também conhecida como *burnout*.¹⁻⁴ Esta caracteriza-se por uma tríade de Exaustão Emocional (EE) - perda de capacidade e/ou de recursos emocionais para lidar com o outro; Despersonalização (DP) – resposta negativa, de cinismo e distanciamento em relação aos usuários e colegas de trabalho; baixa Realização Pessoal (RP) – insatisfação e percepção de falta de competência no desempenho laboral.¹⁻⁴ Estas três dimensões podem ser avaliadas com o uso do questionário *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey* (MBI-HSS), que tem sido considerado como o padrão-ouro no diagnóstico de *burnout*.⁵

A síndrome de *burnout* é multifatorial e tem elevada prevalência nos médicos. Um estudo europeu realizado em larga escala – *European General Practice Research Network Burnout Study*¹ – verificou que 43% dos médicos apresentaram pontuações elevadas de *burnout* na EE, 35% na DP e 32% na RP; 12% apresentaram pontuações elevadas em todas as dimensões.

Vários fatores parecem estar associados a níveis mais elevados de *burnout*, tais como a especialidade médica (sendo maior nos médicos de família, de medicina interna e medicina de urgência), o país de trabalho, o abuso do álcool, tabaco e medicação psicotrópica, o gênero e a idade. Além disso, os médicos residentes apresentam níveis de *burnout* superiores aos dos especialistas, sendo maior também no início da carreira.⁶⁻¹⁴

A maior vulnerabilidade dos médicos residentes ao *burnout* pode explicar-se pela falta de experiência, pelos constrangimentos relacionados com a organização da residência, pelo elevado grau de responsabilidade associado a um baixo grau de autonomia e pelo elevado grau de dependência das avaliações para concluir a sua formação.⁶⁻¹³

O *burnout* tem um reconhecido impacto negativo, quer na saúde dos médicos residentes, quer na prática clínica e na relação médico-usuário: está associado à diminuição da satisfação do médico e do usuário, à perda de empatia, à diminuição da produtividade, ao aumento da taxa de absentismo laboral, à desistência da carreira médica e a erros médicos. Além disso, pode condicionar repercussões sociofamiliares, abuso de substâncias, depressão, ou mesmo ideação suicida.⁹⁻¹⁵

Dada a elevada prevalência e o impacto do *burnout*, o objetivo deste trabalho de investigação foi determinar a prevalência de *burnout* nos residentes de Medicina Geral e Familiar (MGF) em Portugal. Pretendeu-se, também, analisar algumas variáveis sociodemográficas que possam influenciar positiva ou negativamente a pontuação nas três dimensões avaliadas pelo MBI-HSS. Em última análise, determinar a prevalência do *burnout* permitirá compreender melhor que fatores lhe estão associados e propor estratégias e intervenções que minimizem o seu impacto negativo e, conseqüentemente, melhorem a qualidade dos cuidados de saúde que prestamos aos nossos usuários.¹⁵⁻¹⁹

Métodos

Elaborou-se um estudo transversal e observacional. A amostra foi constituída por médicos residentes de MGF em Portugal que aceitaram preencher o questionário aplicado no período de novembro a dezembro de 2015. O tamanho da amostra foi calculado com base no *outcome* primário – determinação da prevalência de *burnout* nos residentes de MGF em Portugal – com recurso às listas dos residentes colocados por especialidade de 2010 a 2014 a nível nacional, perfazendo um total de 2175 residentes.

Considerando um intervalo de confiança de 95% e um erro amostral de 5%, para a amostra ser estatisticamente representativa, estimou-se ser necessário obter um total de 327 respostas. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: ser residente de MGF em Portugal e a vontade em participar no estudo.

Foi aplicado um questionário anônimo e confidencial, por meio do instrumento *Google Forms*, constituído pela versão portuguesa e validada do MBI-HSS e um questionário que avaliou as seguintes variáveis: idade (em anos), gênero, estado civil, número de filhos, ano de residência, local de formação (por Agrupamentos de Centros de Saúde e Administração Regional de Saúde), escolha da especialidade de MGF como primeira opção, intenção de desistir do residência, intenção de desistir da carreira médica, uso atual de antidepressivos e uso atual de ansiolíticos/hipnóticos.

O MBI-HSS avalia as três dimensões do *burnout* de acordo com uma escala de *Likert*, com nove perguntas relativas à EE, cinco à DP e oito à RP. A pontuação foi obtida para cada dimensão de forma independente classificada como nível baixo, intermédio ou elevado. Também calculou-se o *burnout* global (*overall burnout*), que foi considerado como níveis de *burnout* elevados na dimensão da EE e/ou da DP.

Ao contrário das dimensões da EE e da DP, no caso da RP quanto mais baixa a pontuação, mais elevados são os níveis de *burnout*.

Para análise dos dados obtidos, estes foram inicialmente organizados numa base de dados do Microsoft Excel 2013 e posteriormente a análise estatística foi realizada com o uso do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), versão 20.0 para Microsoft Windows. Todas as variáveis sociodemográficas, caracterização da residência médica e hábitos medicamentosos foram sumarizados por meio de estatísticas descritivas: frequências absolutas e percentagens para variáveis qualitativas e média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo para variáveis quantitativas.

A prevalência de *burnout* foi estimada para o total da amostra e por gênero, faixa etária, estado civil, número de filhos, características da residência médica e hábitos medicamentosos, com intervalos de confiança a 95%, por meio de análises bivariadas usando o teste do Qui-Quadrado.

O protocolo do presente estudo foi submetido à Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, cujo parecer foi favorável à realização do estudo.

Resultados

De acordo com o cálculo da amostra, obteve-se um total de 431 respostas, todas válidas. A maioria dos inquiridos tinham idades compreendidas entre 25 e 29 anos (76,8%), com média de 28,7 anos, sendo a maioria do gênero feminino (80,7%) – Quadro 1.

Quadro 1. Caracterização da amostra sociodemográfica e da residência médica (n=431).

Variável	Faixa etária (anos)			Gênero		Estado civil				Número de filhos		
	25-29	30-34	≥35	Masculino	Feminino	Solteiro(a)	Casado(a)/ União de facto	Divorciado(a)	Viúvo(a)	0	1	2
N	331	91	9	83	348	268	160	2	1	383	39	9
%	76,8	21,1	2,1	19,3	80,7	62,2	37,1	0,5	0,2	88,9	9,0	2,1

Variável	Ano de internato				MGF como 1ª opção		Intenção de desistir da residência		Intenção de desistir da carreira médica	
	1º	2º	3º	4º	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
N	100	118	102	111	362	69	26	405	24	407
%	23,2	27,4	23,7	25,8	84	16	6	94	5,6	94,4

Verificou-se uma distribuição equitativa por anos de residência e obtiveram-se respostas de residentes de todas as Administrações Regionais de Saúde (ARS).

A MGF foi a primeira opção de escolha de especialidade para 84,0% dos residentes. Verificou-se que 6,0% tinham intenção de desistir da residência e 5,6% da carreira médica.

O uso de medicamentos hipnóticos durante o residência foi reportado por 11,1% da amostra e o uso de antidepressivos por 10,2%.

A prevalência de *burnout* global (*overall burnout*), considerado como *burnout* elevado nas dimensões de EE e/ou DP, foi de 46,9%. Verificou-se que 38,1% dos residentes apresentavam níveis de *burnout* elevado na dimensão EE, 45,2% na dimensão da RP e 26,5% na dimensão de DP (Figura 1).

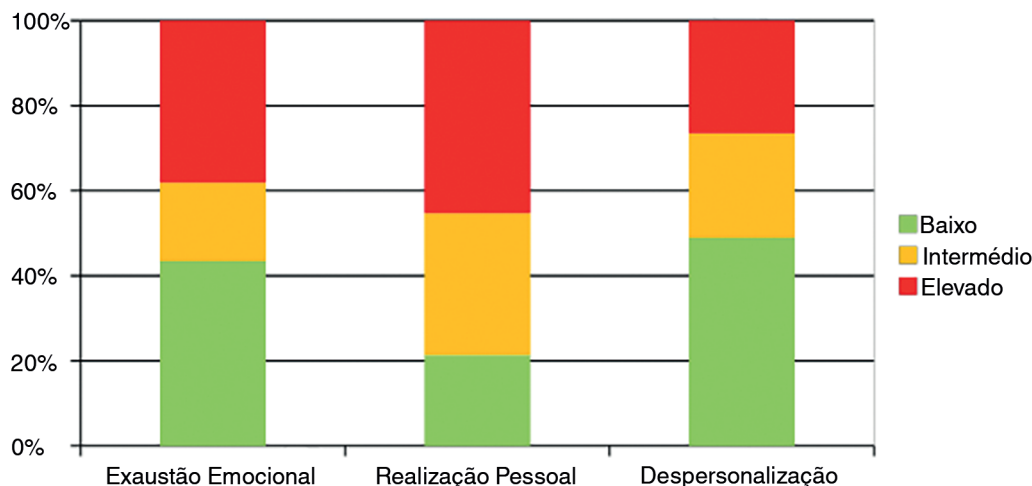


Figura 1. Prevalência de *burnout* por dimensão nos residentes de Medicina Geral e Familiar em Portugal.

Verificou-se que 63,8% dos médicos residentes inquiridos apresentavam níveis de *burnout* elevados em pelo menos uma das dimensões avaliadas, 11,8% apresentavam níveis elevados nas três dimensões e 36,2% não obtiveram níveis elevados de *burnout* em qualquer dimensão.

Na análise comparativa entre os níveis de *burnout* e as características da residência encontramos associações estatisticamente significativas. A intenção de desistir da residência e a intenção de desistir da carreira médica estão associadas a níveis de *burnout* elevados, quer considerando o *burnout* global ($p=0,002$ e $p<0,001$), quer considerando cada dimensão de forma independente (Quadro 2). Os residentes que não escolheram MGF como primeira opção para especialidade médica apresentaram níveis de *burnout* mais elevados na dimensão da RP ($p=0,04$) e da DP ($p<0,001$), quando comparados àqueles para os quais a MGF foi a primeira escolha de carreira médica.

Quadro 2. Análise comparativa dos níveis de *burnout* por dimensão e de *burnout* global nas variáveis estatisticamente significativas.

Parâmetro de <i>burnout</i>	Nível de <i>burnout</i>	Intenção de desistir da residência		Intenção de desistir da carreira médica		Toma de ansiolítico/hipnótico		Toma de antidepressivo	
		Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)
Exaustão emocional	Baixo	19,2	44,9	12,5	45,2	14,6	47,0	31,8	44,7
	Intermédio	7,7	19,3	8,3	19,2	6,3	20,1	15,9	18,9
	Elevado	73,1	35,8	79,2	35,6	79,2	32,9	52,3	36,4
Valor p		<0,001*		<0,001*		<0,001		0,010	
Realização pessoal	Baixo	0	22,7	4,2	22,4	14,6	22,2	6,8	23,0
	Intermédio	26,9	33,8	25,0	33,9	16,7	35,5	29,5	33,9
	Elevado	73,1	43,5	43,7	43,7	68,8	42,3	63,6	43,2
Valor p		0,003		0,010		0,001		0,010	
Despersonalização	Baixo	34,6	49,9	16,7	50,9	29,2	51,4	47,7	49,1
	Intermédio	15,4	25,2	16,7	25,1	14,6	25,8	15,9	25,6
	Elevado	50,0	24,9	66,7	24,1	56,3	22,7	36,4	25,3
Valor p		0,005		<0,001		<0,001		0,010	
<i>Burnout</i> global	Sim	76,9	44,9	87,5	44,5	83,3	42,3	63,6	45,0
	Não	23,1	55,1	12,5	55,5	16,7	57,7	36,4	55,0
Valor p		0,002		<0,001		<0,001		0,019	

* Baixo/intermédio versus elevado.

Relativamente aos hábitos medicamentosos, verificou-se que o uso de ansiolíticos hipnóticos estava associado a níveis elevados de *burnout* nas suas três dimensões: EE ($p<0,001$); RP ($p=0,001$) e DP ($p<0,001$) e estava, também, associado a *burnout* global ($p<0,001$). Quanto ao uso de medicação antidepressiva, constatou-se uma associação com níveis elevados de *burnout* nas dimensões de EE e RP ($p=0,01$) e com o *burnout* global ($p=0,019$).

Relativamente à análise comparativa entre os níveis de *burnout* e as características sociodemográficas da amostra, não foi encontrada nenhuma associação estatisticamente significativa, quer considerando cada dimensão de *burnout* individualmente, quer considerando o *burnout* global.

Relativamente ao ano de residência, não foi observada associação estatisticamente significativa com o nível de *burnout* global elevado ($p=0,591$), contudo, constatou-se uma prevalência crescente nos níveis de *burnout* global com a progressão no ano de residência.

Discussão

De acordo com diversos estudos internacionais, a prevalência de *burnout* em residentes é variável (18-82%),¹⁰ sendo utilizadas diferentes escalas de avaliação, com diferentes interpretações, em particular na definição do *burnout* global. A maioria dos estudos utiliza o MBI-HSS,¹⁰ tendo sido também essa a nossa opção.

No nosso estudo, a prevalência de *burnout* global foi de 46,9%, sendo importante salientar que 63,8% dos médicos residentes apresentavam níveis de *burnout* elevados em pelo menos uma das dimensões avaliadas. Este resultado está de acordo com outros estudos internacionais, em que mais de 50% dos residentes apresentou níveis elevados em pelo menos uma dimensão.¹⁰ Contudo, se considerarmos uma definição mais restrita de *burnout* global, em que seria necessário apresentar níveis elevados em todas as dimensões do MBI-HSS, a taxa de *burnout* na nossa amostra desceria para os 11,8%, sendo, ainda assim, superior às descritas em estudos internacionais.¹¹

A pertinência do tema é clara, em especial pelas suas potenciais repercussões negativas a nível pessoal e profissional do *burnout*, como o maior risco de erro médico e a prestação de cuidados de saúde subótimos aos usuários.^{6,12,13} Assim, a prevenção do *burnout* é importante não apenas para os profissionais de saúde, mas também para os usuários.

Existe um estudo sobre *Burnout* em Profissionais de Saúde Portugueses,¹⁹ e, até a presente data, foi publicado a nível nacional apenas um estudo sobre residentes de MGF, realizado em 2009 e com uma amostra de conveniência de 210 residentes da região norte de Portugal.²⁰

Embora não possam ser realizadas comparações estatísticas, salientamos que o número de residentes analisados nesta região foi semelhante (o nosso estudo incluiu 217 residentes da Administração Regional de Saúde do Norte *versus* 210 residentes no estudo acima referido), mas a prevalência de *burnout* global encontrada no nosso estudo correspondente a esta região Norte (50,2%) foi superior à do estudo realizado na zona Norte de Portugal em 2009 (34,3%).

Estes dados reforçam a pertinência do nosso trabalho, realizado em 2015, exclusivamente com residentes de MGF, abrangendo todos os anos de residência, nos diversos modelos organizacionais de CSP portugueses (UCSP e USF) e que incluiu as várias regiões de Portugal continental e regiões autónomas.

Neste estudo foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre o *burnout* e o uso de medicamentos ansiolíticos hipnóticos e antidepressivos, e com a intenção de desistir da residência ou da carreira médica. Estes dados traduzem o impacto negativo do *burnout* no estado de saúde dos profissionais, também descrito em outros estudos.⁶

Diversos estudos constataam que a síndrome de *burnout* é muito prevalente nos profissionais de saúde, sendo mais frequente nas fases mais precoces da carreira.^{6,13,18} Estudos recentes sugerem níveis mais elevados de *burnout* em especialidades na primeira linha de acesso aos cuidados médicos, em que se inclui a MGF,¹³ não se sabendo se esses dados podem ser extrapolados à residência médica. Sabe-se, contudo, que quando presente no início da residência, a síndrome de *burnout* tende a persistir ao longo da carreira médica.¹⁰ O interesse na quantificação do *burnout* nos residentes tem aumentado, não sendo possível extrapolar os resultados, uma vez que os níveis de *burnout* variam consoante as especificidades culturais, educacionais e organizacionais de cada país.^{13,17}

Os níveis elevados de *burnout* na residência de MGF poderão estar relacionados com características próprias à residência desta especialidade, nomeadamente, a abrangência da especialidade e a frequente incerteza diagnóstica, a exigência emocional da relação médico-usuário-família e a aquisição precoce de autonomia. Neste sentido, torna-se fundamental implementar medidas que promovam o bem-estar desde uma fase precoce da residência médica.

No nosso estudo não foi encontrada nenhuma associação estatisticamente significativa entre o nível de *burnout* global elevado e as características sociodemográficas da amostra ou o ano de residência, embora se tenha constatado uma prevalência crescente nos níveis de *burnout* global com a progressão no ano de residência.

Estes resultados podem ser explicados pelos efeitos de um aumento na carga de trabalho, menor supervisão com maior autonomia, a dependência de uma avaliação contínua, maior exigência emocional e dificuldade na gestão da vida profissional e pessoal.¹⁰ Poderão também relacionar-se com a realização de um esforço adicional para alcançar melhores resultados para a colocação na vaga como médico especialista no local de trabalho pretendido, o que pode aumentar a competitividade.¹³

Os níveis de *burnout* elevados encontrados nas dimensões de RP (56,5%) e DP (43,5%) em residentes que não escolheram MGF como primeira opção sugerem que colegas que preferiam outra especialidade podem não se sentir realizados profissionalmente, podendo estar mais vulneráveis a desenvolver sentimentos de cinismo e de distanciamento/frieza face aos usuários e aos colegas de trabalho, evidenciando a importância da vocação na escolha da especialidade médica.

Ainda assim, a MGF foi primeira opção de escolha de especialidade para 84% dos inquiridos e a prevalência de *burnout* global foi de 46,9%. Poderá existir uma percentagem de residentes cuja escolha terá sido baseada na imagem da especialidade criada durante o período de Faculdade, que pode não corresponder posteriormente às expectativas criadas. Assim, como potencial medida de prevenção de *burnout*, seria pertinente a inclusão e revisão dos programas curriculares desta especialidade nas faculdades de Medicina.²¹

As características do orientador de formação podem condicionar a motivação profissional dos residentes ao longo do seu percurso na residência, estando descrito que os mesmos valorizam o apoio que lhes é fornecido durante este período.²² Assim, a seleção cuidadosa de orientadores e atenção na formação educacional dos residentes poderão ser estratégias a considerar na prevenção de *burnout*.

Como limitações deste estudo, salientamos um potencial viés na seleção da amostra por residentes em *burnout*, que podem ter estado menos motivados para o preenchimento do questionário ou, por outro lado, terem estado mais interessados no tema e serem mais participativos.

Além disso, é importante considerar um possível viés de aferição, apesar da utilização de um instrumento validado para a população portuguesa (MBI-HSS).

Outra limitação reside no fato de o estudo ser transversal. Embora este tipo de estudo seja útil a nível populacional, serão necessários estudos longitudinais para aferir com maior precisão os efeitos do *burnout* nas suas várias dimensões ao longo da residência médica.

À semelhança de outros estudos, poderiam ter sido avaliadas outras variáveis que não foram incluídas, como dependências (consumo de álcool ou drogas), depressão e ideação suicida, número de horas de trabalho extra (privado, serviço de urgência), número de trabalhos realizados na residência, reconhecimento por parte do orientador, da equipe de saúde e dos usuários, tempo dedicado à família e amigos considerado suficiente e atividades de lazer, entre outras.

O tipo de estudo realizado não permitiu identificar as causas de *burnout*. O conhecimento das causas de *burnout* poderá permitir estabelecer estratégias de *coping* mais eficazes.^{6,12}

Neste estudo foi apenas determinada a prevalência de *burnout* em residentes de MGF e dada a sua pertinência será de todo o interesse a realização de um estudo mais abrangente de médicos residentes e especialistas dos cuidados de saúde primários e secundários, quer a nível nacional, quer a nível internacional.

Os resultados obtidos neste estudo são preocupantes, uma vez que o *burnout* pode dificultar os processos cognitivos necessários para a aquisição de conhecimentos e técnicas,¹³ podendo mesmo comprometer a aprendizagem que se pressupõe inerente ao período de residência, com riscos para a prática clínica e, conseqüentemente, para os usuários. Estes resultados alertam para a necessidade urgente de criação de estratégias precoces de prevenção do *burnout*, nas faculdades e no programa de residência médica desta especialidade.

Existe evidência de que intervenções orientadas para a organização do trabalho ou para uma abordagem individual junto dos médicos como, por exemplo, técnicas de *mindfulness* ou gestão de *stress* podem ser eficazes para reduzir o *burnout* nos médicos.²³ Seria interessante implementar estas técnicas em Unidades de Saúde e perceber o impacto das mesmas na redução do *burnout* nos residentes de MGF.

Serão necessários mais estudos para definir as causas de *burnout* nos residentes de MGF em Portugal e quais os tipos de intervenção mais adequados a implementar em prol da saúde e do bem-estar dos usuários e dos futuros médicos de família portugueses.^{6,12,19}

Agradecimentos

Aos residentes de MGF de todo o país, que se disponibilizaram a responder ao questionário.

Agradecemos também à CLINICAL LAB, em particular a Dra. Catarina Silva, pela contribuição na análise estatística.

Referências

1. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, et al.; European General Practice Research Network Burnout Study Group. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract*. 2008;25(4):245-65. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmn038>
2. Morelli SG, Sapede M, Silva ATC. Burnout em médicos da Atenção Primária: uma revisão sistemática. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015;10(34):1-9. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(34\)958](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(34)958)
3. Putnik K, Houkes I. Work related characteristics, work-home and home-work interference and burnout among primary healthcare physicians: a gender perspective in a Serbian context. *BMC Public Health*. 2011;11:716. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-11-716>
4. Matía Cubillo AC, Cordero Guevara J, Mediavilla Bravo JJ, Pereda Riguera MJ, González Castro ML, González Sanz A. Evolution of burnout and associated factors in primary care physicians. *Aten Primaria*. 2012;44(9):532-9.
5. Al-Sareai NS, Al-Khaldi YM, Mostafa OA, Abdel-Fattah MM. Magnitude and risk factors for burnout among primary health care physicians in Asir Province, Saudi Arabia. *East Mediterr Health J*. 2013;19(5):426-34.
6. Schaufeli WB, Bakker AB, Hoogduin K, Schaap C, Kladler A. on the clinical validity of the maslach burnout inventory and the burnout measure. *Psychol Health*. 2001;16(5):565-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/08870440108405527>
7. Prins JT, Gazendam-Donofrio SM, Tubben BJ, van der Heijden FM, van de Wiel HB, Hoekstra-Weebers JE. Burnout in medical residents: a review. *Med Educ*. 2007;41(8):788-800. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02797.x>

8. Ishak WW, Lederer S, Mandili C, Nikraves R, Seligman L, Vasa M, et al. Burnout during residency training: a literature review. *J Grad Med Educ.* 2009;1(2):236-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.4300/JGME-D-09-00054.1>
9. Thomas NT. Resident burnout. *JAMA.* 2004;292(23):2880-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.292.23.2880>
10. Galam E, Komly V, Le Tourneur A, Jund J. Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract.* 2013;63(608):e217-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp13X664270>
11. Zis P, Anagnostopoulos F, Sykioti P. Burnout in medical residents: a study based on the job demands-resources model. *ScientificWorldJournal.* 2014;2014:673279. DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/673279>
12. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, et al. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med.* 2014;89(3):443-51. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0000000000000134>
13. Rutherford K, Oda J. Family medicine residency training and burnout: a qualitative study. *Can Med Educ J.* 2014;5(1):e13-23.
14. Dyrbye L, Shanafelt T. A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. *Med Educ.* 2016;50(1):132-49. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/medu.12927>
15. Prins JT, Hoekstra-Weebers JE, van de Wiel HB, Gazendam-Donofrio SM, Sprangers F, Jaspers FC, et al. Burnout among Dutch medical residents. *Int J Behav Med.* 2007;14(3):119-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/BF03000182>
16. Gómez-Gascón T, Martín-Fernández J, Gálvez-Herrer M, Tapias-Merino E, Beamud-Lagos M, Mingote-Adán JC; Grupo EDESPROAP-Madrid. Effectiveness of an intervention for prevention and treatment of burnout in primary health care professionals. *BMC Fam Pract.* 2013;14:173. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-14-173>
17. Bovier PA, Arigoni F, Schneider M, Gallacchi MB. Relationships between work satisfaction, emotional exhaustion and mental health among Swiss primary care physicians. *Eur J Public Health.* 2009;19(6):611-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckp056>
18. Nielsen HG, Tulinius C. Preventing burnout among general practitioners: is there a possible route? *Educ Prim Care.* 2009;20(5):353-9.
19. Marôco J, Marôco AL, Leite E, Bastos C, Vazão MJ, Campos J. Burnout em Profissionais de Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional. *Acta Med Port.* 2016;29(1):24-30. DOI: <http://dx.doi.org/10.20344/amp.6460>
20. Mendes P, Cardoso VP, Yaphe J. Stress e burnout em internos de medicina geral e familiar da zona Norte de Portugal: estudo transversal. *Rev Port Med Geral Fam.* 2017;33(1):16-28.
21. Gaspar D. Medicina Geral e Familiar: uma escolha gratificante. *Acta Med Port.* 2006;19(2):133-40.
22. Gaspar D, Jesus SN, Cruz JP. Motivação Profissional e Apoio Fornecido no Estágio: Estudo longitudinal de uma Coorte de Médicos do Internato Médico de Medicina Geral e Familiar. *Acta Med Port.* 2011;24(S2):137-46.
23. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2016;388(10057):2272-81. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31279-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31279-X)

^a Unidade de Saúde Familiar S. Julião (Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Ocidental e Oeiras). Portugal. sc.robalosantos@gmail.com (*Autora correspondente*); catarinaimoliveira@gmail.com; carlasof.ramos@gmail.com; mafcss@gmail.com

^b Unidade de Saúde Familiar Conde de Oeiras (Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Ocidental e Oeiras). Portugal. anaifviegas@gmail.com; sarannabais@gmail.com

^c Unidade de Saúde Familiar Travessa da Saúde (Agrupamento de Centros de Saúde Loures Odivelas). Portugal. christinalee804@gmail.com

^d Unidade de Saúde Familiar Cova Piedade (Agrupamento de Centros de Saúde Almada Seixal). Portugal. mafaldaroxo@live.com

Desarrollo e implementación de un modelo de auditoría médica basado en el aseguramiento de la calidad y la supervisión participativa en Ecuador

Development and implementation of a medical audit model based on quality assurance and participatory supervision in Ecuador

Desenvolvimento e implementação do modelo de auditoria médica baseada na garantia da qualidade e monitoramento participativo no Equador

Fausto Gady Torres Toala^a

Resumen

Objetivos: Este estudio es una descripción del desarrollo de una estrategia de Auditoría Médica basada en el Aseguramiento de la Calidad de la prestación utilizando herramientas de supervisión participativa en un intento de generar cooperación entre el auditor y el auditado en servicios de salud del primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública de Ecuador. **Métodos:** Se desarrolló y se implementó una metodología la cual se probó en el terreno, basados en una descripción de los resultados (corte transversal). **Resultados:** Al inicio del proceso, las puntuaciones de pertinencia clínica, de manera global, no superaban el 45% y respecto al riesgo legal no superan el 65%. Progresivamente se observa un aumento de la puntuación, adicionalmente se obtuvieron resultados propios de la percepción de este proceso por parte de los auditados, teniendo resistencia en menos del 5% de los casos, quizás debido al carácter participativo del proceso. **Conclusión:** El proceso de auditoría Médica es indispensable para la identificación de problemas, pero también es necesario que sea un proceso activo con intervención y resolución de los mismos. Auditoría Médica identifica problemas ocultos para los tomadores de decisiones y disminuye la resistencia en la inclusión de estrategias de mejoramiento de la calidad.

Abstract

Objectives: This study is a description of the development of a medical audit strategy based on quality provision assurance using tools of participatory supervision in an attempt to generate cooperation between the auditor and the auditee in health services of the first level of Primary Attention to Health Care of the Ministry of Public Health of Ecuador. **Methods:** A methodology was developed, implemented and field tested, based on a description of the results (cross-section study). **Results:** At the beginning of the process, the clinical relevant scores, in general, did not exceed 45% and in relation to legal risks they did not exceed 65%. Progressively, an increase in the score was observed. Additionally, results obtained from the auditees' perception of this process were obtained, with less resistance in less than 5% of the cases, perhaps due to the participatory nature of the process. **Conclusion:** The medical audit process is essential for the identification of problems, but it is also necessary to be an active process with their intervention and resolution. The Medical Audit identifies hidden problems for decision-makers and decreases the resistance to the inclusion of strategies for quality improvement.

Palabras clave:

Auditoría Médica
Círculos de Calidad
Aseguramiento de la Calidad
de Atención de Salud

Keywords:

Medical Audit
Quality Circles
Quality Assurance in Health Care

Cómo citar: Torres FG. Desarrollo e implementación de un modelo de auditoria medica basado en garantía de calidad y supervisión participativa en Ecuador. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-11. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1417](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1417)

Financiación:

ninguna declarada.

Aprobación ética:

no aplicable.

Conflicto de intereses:

ninguno declarado.

Procedencia y revisión por pares:

revisado por pares.

Recibido el: 08/11/2016.

Aceptado el: 08/05/2017.

Resumo

Objetivos: Este estudo é uma descrição do desenvolvimento de uma estratégia de auditoria médica baseada na garantia da provisão de qualidade usando ferramentas de monitoramento participativo em uma tentativa de gerar cooperação entre o auditor e o auditado no primeiro nível de serviços de Atenção Primária de Saúde do Ministério da Saúde Pública do Equador. **Métodos:** Desenvolvimento e implementação de uma metodologia, testada em campo, baseada em uma descrição dos resultados (estudo de corte transversal). **Resultados:** No início do processo, a pontuação de relevância clínica, em geral, não superava 45% e os riscos legais não excediam 65%. Progressivamente, observa-se um aumento na pontuação; adicionalmente, obtiveram-se resultados próprios de percepção deste processo por parte dos auditados, tendo menos resistência em menos de 5% dos casos, talvez devido ao caráter participativo do processo. **Conclusão:** O processo de auditoria médica é essencial para a identificação de problemas, mas também precisa ser um processo ativo, com intervenção e resolução dos mesmos. A Auditoria Médica identifica problemas ocultos para os tomadores de decisão e diminui a resistência à inclusão de estratégias para a melhoria da qualidade.

Palavras-chave:

Auditoria Médica
Participação nas Decisões
Garantia da Qualidade
dos Cuidados de Saúde

Introducción

El Proyecto Aseguramiento Universal en Salud (AUS) fue una política pública que se aplicó en Ecuador, con el cambio de gobierno en el 2007 el AUS fue dejado en segundo plano, sin embargo, aportó múltiples experiencias que se han desarrollado hasta la actualidad, fue el escenario ideal junto a la voluntad política para crear la estrategia de Auditoría Médica y probarla a gran escala.

El proceso de diseño se caracterizó por la construcción de un marco conceptual de referencia que fue la base para la estrategia, de manera tal que no generó resistencias y además no fue incompatible con la realidad local. Este esfuerzo se realizó con un equipo con experiencia local en auditoría y se reflejó en el manual de auditoría del AUS, publicado en el año 2006, que fue un documento que recopiló la estrategia y los resultados de la implementación inicial de la Auditoría médica.

Otro aspecto clave, fue la validación de los procesos al ser comparados con experiencias internacionales, lo que le dio mayor fuerza técnica y corrigió ciertos potenciales errores que podrían ocurrir en la implementación. Podemos decir que el proceso de auditoría creado en el MSP (Ministerio de Salud Pública del Ecuador) que se inició desde el 2006, es un proceso creado para el contexto sanitario ecuatoriano sin perder criterios técnicos de calidad, que tomó aspectos teóricos y operativos de otros procesos internacionales y los adaptó de acuerdo a las necesidades del sistema de salud a ser auditado. El desarrollo del proceso de auditoría, además de ser contextualizado, se basa en experiencias de supervisión participativa y de manejo de organizaciones eficientes.¹⁻⁴ El proceso de Auditoría diseñado, contó con la experiencia de un equipo en una organización ad hoc⁵ y que tomó los elementos más relevantes de varias experiencias locales, regionales y globales, obteniendo como resultado una estrategia de control de la calidad de la prestación eficiente y efectiva, que disminuye los conflictos en su implementación.⁶⁻¹⁰

Métodos

Es un estudio exploratorio para el desarrollo de la metodología y con un componente de corte transversal para evidenciar los resultados de la implementación.

Inicialmente se describe el desarrollo de una metodología adaptada de la supervisión participativa, modelándola con principios de aseguramiento de la calidad, mejora continua, no punitiva, construcción de competencias y excelencia,^{3,11-16} posteriormente se presentan resultados de la primera intervención y se hace una reflexión de las aplicaciones posteriores.

Todo el proceso de diseño fue una estrategia de gestión, ante el problema de tener una incertidumbre de cuál sería la calidad de la prestación en salud como producto final en un ambiente de capitación como forma de pago en el AUS. Esto desencadenó de manera lógica e inmediata la conformación de un grupo de trabajo conformado por profesionales en Salud Pública, Auditoría Médica y Medicina Familiar, con lo que se esperaba cubrir técnicamente las dudas que se vayan planteando en el proceso.

El grupo conformado, tenía una estructura adhoc, es decir que tiene una estructura flexible, diferente que una estructura burocrática disfuncional a pesar de estar inmersa en ella. Las líneas de poder son distribuidas selectivamente de manera horizontal y/o vertical dependiendo de las necesidades de producción. Desaparece el ápice estratégico ya que se conforma por unidades de expertos que se coordinan entre sí por adaptación mutua, por lo que el flujo de información y la calidad de discusión, innovación y retroalimentación fue muy alta. Adicionalmente a este equipo se contaba con expertos en otras materias que daban ideas de mejora del proyecto.

El poder conformar este equipo multidisciplinario e interinstitucional, con alto nivel técnico, logró que el clima organizacional sea agradable y permita el proceso de diseño teórico de lo que sería un proceso innovador en cuestión de aseguramiento de la calidad de la prestación, el producto final de este grupo de trabajo sería el manual de procesos del área de control, herramienta indispensable para la operativización de dicha área en el AUS (Figura 1).

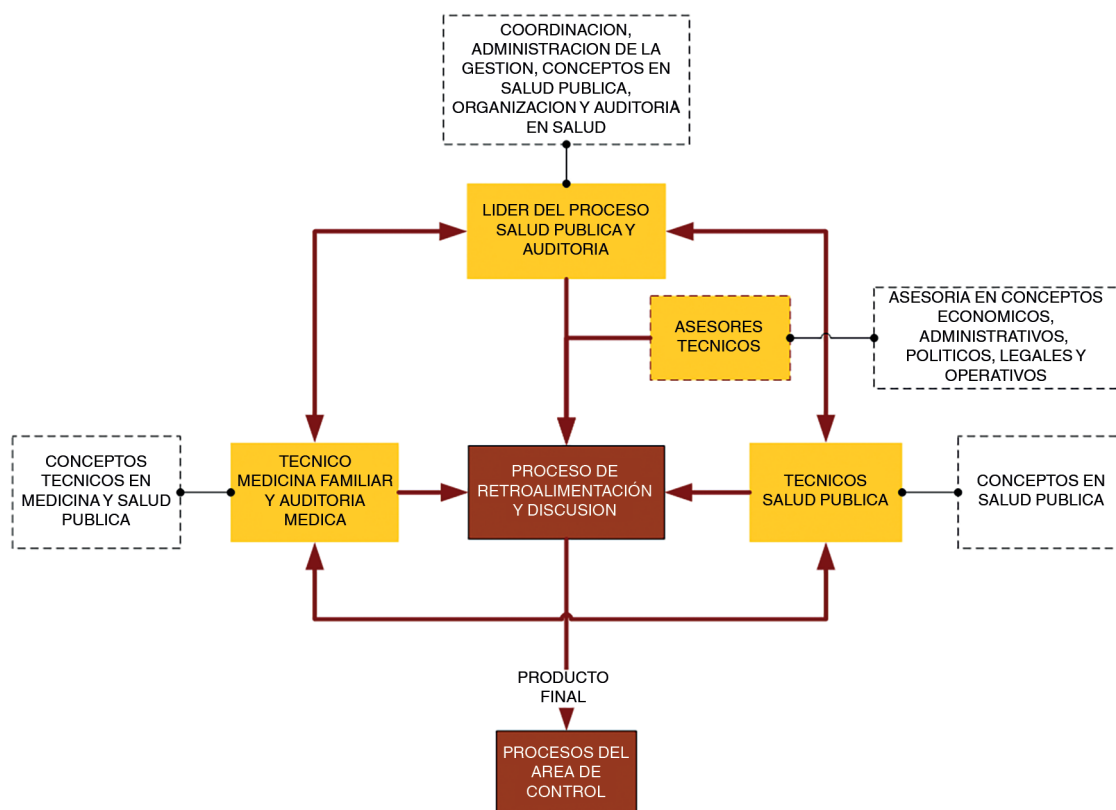


Figura 1. Modelo de organización adhoc para el desarrollo del área de control.

Dentro del marco conceptual de referencia, el principal producto fue la redefinición del concepto clásico de la auditoría médica. Cambiar el imaginario médico de un proceso de control estricto y convertirlo en un proceso cooperativo de mejoramiento de la calidad y en una herramienta para la toma de decisiones del gerente.

La Auditoría Médica como se la plantea en este documento interviene en todos los aspectos de la gestión:^{11,12,17-19}

1. **Macrogestión:** Auditoría médica es una herramienta de la generación de la política sanitaria o de las estrategias más locales para mejorar los servicios de salud, identifica las debilidades del sistema y propone alternativas participativas de cambio.
2. **Mesogestión:** En el proceso administrativo de un servicio de salud, es clave determinar los niveles de sobre o sub prestación para determinar estrategias de contención de costos, también es importante conocer el nivel de calidad de la asistencia para determinar procesos de capacitación y así mejorar el impacto sanitario en la comunidad.
3. **Microgestión:** a nivel del proceso de relación del personal de salud con el usuario, al identificar errores en terreno que causen errores clínicos y al proponer soluciones in situ, se convierte en un proceso de mejoramiento continuo de la calidad.

Todos los procesos diseñados en la Auditoría Médica del AUS, tienen instrumentos ponderados los cuales están diseñados para producir variables y así alimentar una tabla de datos. Los datos que se producen pueden producir información, esta información es de utilidad para el personal operativo (es una referencia de la calidad de la asistencia) y para el gerente o mando medio (datos agregados de eficiencia y efectividad) útiles en la toma de decisiones para mejorar la calidad.

Auditoría Médica como un proceso participativo

El proceso fue diseñado para ser participativo, en el concepto clásico, la participación se reducía a las apelaciones que no son más que reclamaciones ante la decisión del auditor. En nuestro proceso antes que ocurra una decisión del auditor existe el proceso participativo (Figura 2), el subproceso de auditoría de terreno es el encargado de generar la participación de los trabajadores del servicio de salud al proponer su estrategia de supervisión participativa.

El proceso de Auditoría Médica diseñado, garantiza la participación mediante las siguientes estrategias:

- Entrega transparente de información
- Diálogo previo a la auditoría
- Negociación de las estrategias de cambio
- Cooperación en procesos de mejoramiento de la calidad
- Apelaciones en consenso técnico

Organización en la que debe funcionar el proceso de Auditoría Médica y talento humano

Posteriormente el proceso se lleva a cabo por profesionales médicos que se forman en la metodología y se aplica en diversos ambientes públicos y privados.

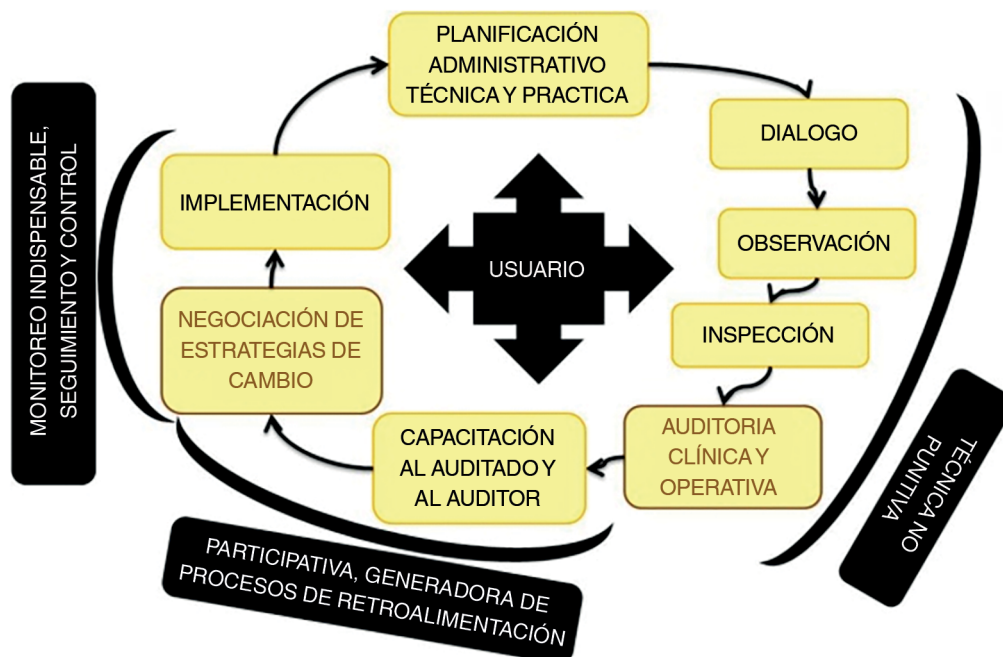


Figura 2. Modelo de Auditoría desarrollado en el AUS.

Para el diseño de la organización denominada Auditoría Médica, se recurrió a la propuesta de Mintzberg, en función de lo cual establecemos una organización que mantiene el ápice gerencial y un mando medio, el núcleo operativo es el motor del proceso, con una tecnoestructura conformada por un proceso de calidad y un personal de apoyo no tan prominente debido a la automatización de los procesos.^{1,2}

La coordinación del trabajo en esta organización será mediante la adaptación mutua, estandarización de las normas y del proceso del trabajo, con una configuración innovadora (adhocracia).⁵ Con esto logramos que los integrantes del equipo logren complementarse, se evite la verticalidad y además los impulsos vayan hacia el empoderamiento del mejoramiento continuo de la calidad de la salud tomando en cuenta sus determinantes sociales (Figura 3); esta forma organizativa horizontal se mantuvo en el posterior desarrollo del instrumento, dando excelentes resultados.

En Ecuador, existe la formación de Auditoría Médica a través de certificaciones, por ejemplo, el Taller de Auditoría Médica de instituciones privadas como Makroscopio y la Universidad San Francisco de Quito, en el 2016 y 2017 están en proceso de aprobación estudios de posgrado relacionados al tema. En el momento de la auditoría, los auditores se formaron en el terreno, el líder del Equipo (el autor), diseñó y aplicó el proceso de entrenamiento.

Metodología y marco conceptual de referencia

El modelo de referencia de este subproceso fue la Supervisión Participativa²⁰⁻²³ y la Auditoría Concurrente o de terreno clásica. Al referirnos al concepto clásico, hablamos del modelo de auditoría más utilizado (Figura 4).

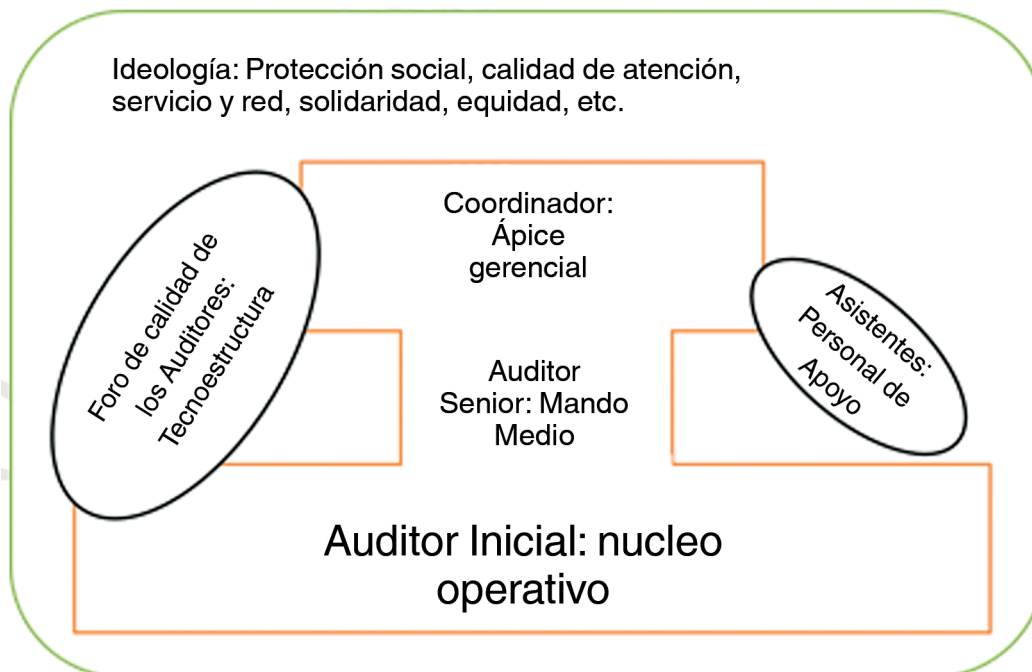


Figura 3. Modelo de organización de Auditoría Médica.



Figura 4. Modelo clásico de Auditoría Médica.

En dicho modelo, se describe un proceso circular de control, en el cual no hay niveles de participación adecuados, esto puede causar potencialmente resistencia del personal de salud, la resistencia se visualiza como conflictos o curvas planas en el mejoramiento de la calidad. El modelo que construimos se constituye en el pilar fundamental de todo el proceso de auditoría desarrollado, debido a que es el único que tiene en cuenta la participación mediante procesos de negociación además de la capacitación in situ y deja abierta la posibilidad de cooperación técnica del auditor hacia el auditado. La auditoría de terreno se construye como el proceso de

prevención de los errores del prestador en la entrega de sus servicios de salud, es decir se realiza cuando la prestación está ocurriendo (por lo que se advierten los errores antes de la finalización del episodio) o cuando la prestación ya ocurrió (entonces se la toma como ejemplo para evitar errores en prestaciones similares).

Resultados

Guía de campo de la Auditoría de terreno

Para nosotros la guía de campo es el primer resultado exitoso, es un instrumento eficiente ya que la misma guía de campo actúa como el informe individual de auditoría, ya que se registran en ella todos los problemas encontrados y las recomendaciones, así como las posibles apelaciones, además es un documento que evidencia la auditoría y es firmado por el auditor y un representante de los auditados. El instrumento fue desarrollado a partir de una base teórica política en el Aseguramiento Universal en Salud, se ha validado en el terreno y ha demostrado ser eficiente y efectivo para evaluar la historia clínica.

Hay que aclarar que este es un formulario inicial y que conforme la calidad de la prestación aumente, este formulario se hará más complejo hasta llegar a niveles máximos de calidad. Si se inician con los valores ideales, esto genera problemas de desmotivación en la cual el prestador no los alcanzará a corto ni a mediano plazo sino a largo plazo.

Esta guía de campo tiene 2 partes que dan una puntuación, la pertinencia clínica y el riesgo legal. Cada una de ellas consta de varios ítems, los cuales serán ponderados por la importancia que tengan. Al final se otorgará un peso a la parte clínica y otro al riesgo legal que en conjunto será la puntuación global de la auditoría de terreno realizada. La importancia de la ponderación radica en que el auditado tiene un documento objetivo de su evaluación y conocerá en qué específicamente fue el error. Por lo tanto, tiene un referente para el proceso continuo de control.

La pertinencia clínica constaba de varias dimensiones: referencia y contrarreferencia, racionalidad de la atención curativa y preventiva y uso de recursos (medicamentos, exámenes de laboratorio y de imágenes); el riesgo legal a su vez, estaba conformado por: registro adecuado de identificación de la historia clínica, identificación del médico tratante, legibilidad, inclusión de documentación obligatoria. Vale la pena recalcar que este instrumento es dinámico y va adquiriendo o complejizando dimensiones de acuerdo a la evolución del mejoramiento de la calidad.

Aspectos actitudinales de los auditados

Se realiza de manera semestral, con un enfoque cualitativo, es un análisis básico que incluye:

1. Estructura básica del lenguaje
2. Análisis narrativo

En la primera evaluación, los resultados son sorprendentes, se encuentra un discurso explícito que se basa en excusas por tiempo y al mismo tiempo en defensa de la institución, pero otro discurso implícito de abandono, el personal operativo lo percibe debido a la ausencia de capacitación o de acercamiento con los mandos gerenciales. Este análisis lo aprovecha la Auditoría Médica para convertirse en el intermediario y llevar la capacitación a la unidad operativa (Figura 5).

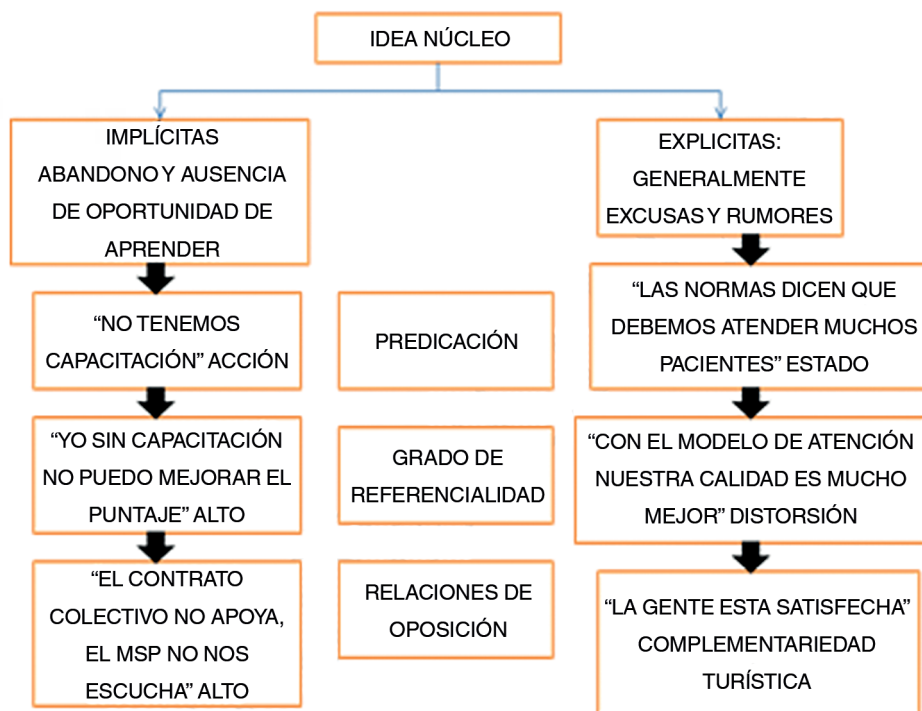


Figura 5. Evaluación cualitativa del Auditado.

Resultados de la auditoría de servicios de salud

Se auditaron 1920 casos en un periodo de 10 meses, se inicia con valores muy bajos de pertinencia clínica, de tan solo 42%, es decir que solo 4 de cada 10 historias tenían una calidad de la atención clínica aceptable, las otras tenían algún tipo de error, sin embargo, la intervención de auditoría logra que en 10 meses se mejore y se culmine con un 64%, la evaluación de riesgo legal única en 63% y culmina en 83% (Figura 6).

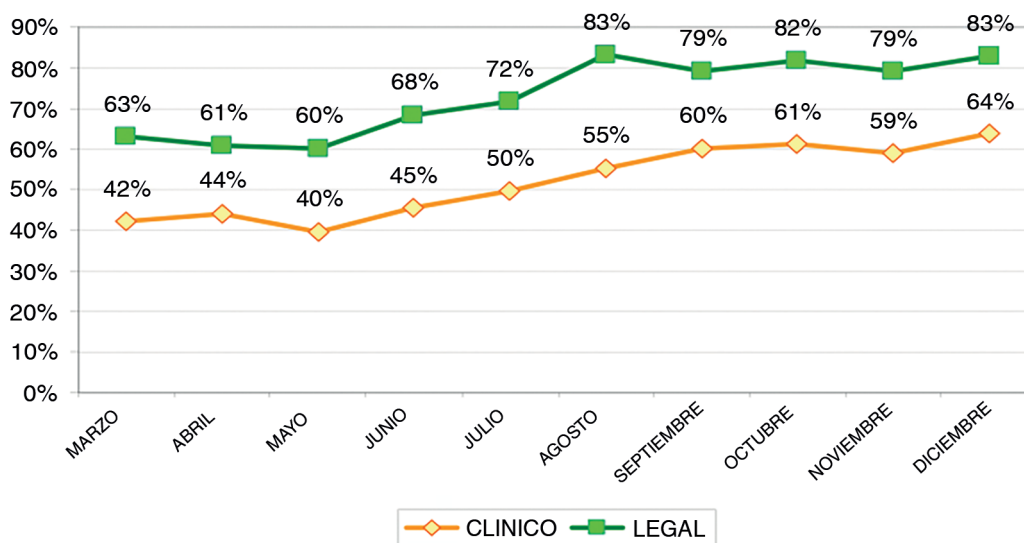


Figura 6. Evolución de la evaluación de Auditoría Clínica.

Creación de espacios de reflexión auditor auditado

Es un proceso que se dio de manera espontánea en el proceso, se crearon espacios de discusión auditor auditado, fuera de la auditoría. Estos espacios fueron iniciados por el prestador mismo y variaron en forma y estrategia de comunicación, pero su objetivo fue el mismo: entender el proceso de auditoría, resolver apelaciones y buscar estrategias para mejorar.

Creación Evolución y sostenibilidad de la estrategia

La inestabilidad política y los cambios en el país, no permitieron que se consolide el proceso de auditoría médica en su totalidad, sin embargo, fue la base para futuros procesos que se mantienen actualmente. Esta estrategia fue desarrollada y continuada en instituciones del sector privado y también en casos de alta complejidad en el sector público. Actualmente la estrategia sigue vigente y se sigue aplicando en el contexto ecuatoriano.

Discusión

Los procesos de Auditoría Médica en Ecuador se han desarrollado en algunos subsistemas públicos y privados, sin embargo, era muy débil en el Ministerio de Salud Pública quien además de ser el rector del Sistema Nacional de Salud también es un proveedor de servicios de salud, su experiencia comienza con la propuesta AUS y se ha desarrollado de manera permanente.

Varios autores han coincidido que las intervenciones basadas en retroalimentación y que involucren actividades de docencia han dado resultados pequeños a moderados,^{4,9,24-28} incluso a nivel de terapia profesional a pacientes en salud mental ha sido documentado, lo cual es coherente con nuestro modelo, sin embargo, hemos logrado resultados importantes en poco tiempo, quizás debido al modelo de gestión que manejamos.

Paton ha demostrado que el simple hecho de tener datos e indicadores no ha generado mejoras sustanciales en calidad,¹⁰ Zhele propone que los cambios deben incidir en el comportamiento de los profesionales directamente²⁹ lo cual es coherente con la preocupación de varios investigadores sobre la no utilización de Guías Clínicas,³⁰⁻³² nuestra metodología tuvo en cuenta todos los enfoques y generó estrategias para la disminución de resistencia al cambio, la retroalimentación dentro de un ambiente de supervisión participativa.

Este proceso ha demostrado ser eficiente, porque el número de auditores participantes e instrumentos automatizados fueron capaces de realizar una auditoría de calidad en la capital del Ecuador.

Los obstáculos encontrados en esta intervención fueron:

- Falta de protocolos o guías de práctica clínica
- La falta de oportunidades para acceder a la capacitación formal en la salud y la educación médica continua
- La falta de capacitación de los auditores en el país

Conclusión

La Auditoría médica ha demostrado ser un proceso eficiente y efectivo en el mejoramiento de la calidad de la prestación de los servicios médicos, las intervenciones de este tipo deben ser construidas de manera contextualizada y además deben ser participativas y empáticas, teniendo en cuenta las barreras de los profesionales de la salud para poder ejercer con calidad su actividad, no debe ser un proceso punitivo sino colaborativo.

La Auditoría médica es una fuente importante de información para la construcción de políticas sanitarias y para el desenmascaramiento de problemas en el nivel operativo.

Referencias

1. Mintzberg H, Quinn JB, Voyer J. El proceso estratégico: Conceptos, contextos y casos. Naucalpan de Juárez: Prentice-Hall Hispanoamericana; 1997.
2. Mintzberg H. La estructuración de las organizaciones. Esplugues de Llobregat Barcelona: Ariel; 2012.
3. Sedano AM. La supervisión educativa. *Bordón Rev Pedagog*. 1991;43(2):177-86.
4. Holloway EL, Neufeldt SA. Supervision: its contributions to treatment efficacy. *J Consult Clin Psychol*. 1995;63(2):207-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.63.2.207>
5. Mintzberg H, McHugh A. Strategy Formation in an Adhocracy. *Adm Sci Q*. 1985;30(2):160-97. DOI: <http://dx.doi.org/10.2307/2393104>
6. Dewulf A, Gray B, Putnam L, Lewicki R, Aarts N, Bouwen R, et al. Disentangling approaches to framing in conflict and negotiation research: A meta-paradigmatic perspective. *Hum Relat*. 2009;62(2):155-93. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0018726708100356>
7. Oetzel JG, Ting-Toomey S. Face Concerns in Interpersonal Conflict: A Cross-Cultural Empirical Test of the Face Negotiation Theory. *Commun Res*. 2003;30(6):599-624. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0093650203257841>
8. Lewicki RJ, Weiss SE, Lewin D. Models of conflict, negotiation and third party intervention: A review and synthesis. *J Organ Behav*. 1992;13(3):209-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/job.4030130303>
9. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Does telling people what they have been doing change what they do? A systematic review of the effects of audit and feedback. *Qual Saf Health Care*. 2006;15(6):433-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2006.018549>
10. Paton JY, Ranmal R, Dudley J; RCPCH Clinical Standards Committee. Clinical audit: still an important tool for improving healthcare. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2015;100(2):83-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2013-305194>
11. Neuspiel DR, Stubbs EH, Liggin L. Improving reporting of outpatient pediatric medical errors. *Pediatrics*. 2011;128(6):e1608-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2011-0477>
12. Hysong SJ, Best RG, Pugh JA. Audit and feedback and clinical practice guideline adherence: making feedback actionable. *Implement Sci*. 2006;1:9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-1-9>
13. Runyon KE. Some interactions between personality variables and management styles. *J Appl Psychol*. 1973;57(3):288-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/h0034723>
14. Spector PE. Behavior in organizations as a function of employee's locus of control. *Psychol Bull*. 1982;91(3):482-97. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.91.3.482>
15. Mitchell TR, Smyser CM, Weed SE. Locus of Control: Supervision and Work Satisfaction. *Acad Manage J*. 1975;18(3):623-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.2307/255692>
16. Katz FM, Snow R. Evaluación del rendimiento de los trabajadores de la salud: Manual de formación y supervisión. *Cuad Salud Pública OMS* [Internet]. 1981. [citado 2016 Nov 22]. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=PAHO&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=1619&indexSearch=ID>

17. Hysong DS. Meta-analysis: audit and feedback features impact effectiveness on care quality. *Med Care*. 2009;47(3):356-63. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181893f6b>
18. Neuspiel DR, Stubbs EH. Patient safety in ambulatory care. *Pediatr Clin North Am*. 2012;59(6):1341-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcl.2012.08.006>
19. Shumaker SA, Ockene JK, Riekert KA, eds. *The Handbook of Health Behavior Change*. 3rd Ed. New York: Springer; 2008. 856 p.
20. Gas HGA, González BM. Calidad y liderazgo en medicina. *Rev CONAMED* [Internet]. el 28 de abril de 2015. [citado 2017 Abr 27];18(4):172-82. Disponible en: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/127>
21. Jimenez Trespalcacios E. Diseño del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud de la unidad funcional de hospitalización de la policlinica Ismael Dario Rincon, en la regional de salud del Magdalena Medio de Ecopetrol s.a. en Barrancabermeja. [Internet] [Thesis]. 2012 [citado 2017 Abr 27]. Disponible en: <http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/handle/10946/305>
22. Jiménez Cangas L, Báez Dueñas RM, Pérez Maza B, Reyes Alvarez I. Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud. *Rev Cubana Salud Pública*. 1996;22(1):15-6.
23. Isermann R. Supervision, fault-detection and fault-diagnosis methods - An introduction. *Control Eng Pract*. 1997;5(5):639-52. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0967-0661\(97\)00046-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0967-0661(97)00046-4)
24. O'Brien MA, Rogers S, Jamtvedt G, Oxman AD, Odgaard-Jensen J, Kristoffersen DT, et al. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(4):CD000409.
25. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, et al. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(6):CD000259.
26. Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(2):CD003030.
27. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(2):CD000259.
28. Watkins Jr CE. Does Psychotherapy Supervision Contribute to Patient Outcomes? Considering Thirty Years of Research. *Clin Superv*. 2011;30(2):235-56. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/07325223.2011.619417>
29. Zhelev Z, Abbott R, Rogers M, Fleming S, Patterson A, Hamilton WT, et al. Effectiveness of interventions to reduce ordering of thyroid function tests: a systematic review. *BMJ Open*. 2016;6(6):e010065. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010065>
30. González-Juanatey JR, Alegría-Ezquerria E, Aznar-Costa J, Bertomeu-Martínez V, Franch-Nadal J, Palma-Gámiz JL. Conocimiento y aplicación de las guías de práctica clínica sobre riesgo cardiovascular en las consultas generales y especializadas. *Rev Esp Cardiol*. 2006;59(8):801-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1157/13091884>
31. Letelier SML, Moore P. La medicina basada en evidencia: Visión después de una década. *Rev Méd Chile*. 2003;131(8):939-46.
32. Rello J, Lorente C, Bodí M, Díaz E, Ricart M, Kollef MH. Why do physicians not follow evidence-based guidelines for preventing ventilator-associated pneumonia?: a survey based on the opinions of an international panel of intensivists. *Chest*. 2002;122(2):656-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.1378/chest.122.2.656>

^a Makroscopio Servicios de Salud. Ecuador. gtorres@makroscopio.com (Autor correspondiente)

A formação na modalidade Residência Médica: contribuições para a qualificação e provimento médico no Brasil

Medical residency training: contributions for qualification and provision of physicians in Brazil

Entrenamiento en el modo de Residencia Médica: aportes para la cualificación y la prestación de servicios médicos en Brasil

Carla Baumvol Berger, Daniela Dallegrave, Eno Dias de Castro Filho, Renata Pekelman

Resumo

Objetivo: Apresenta-se uma experiência de implantação de programa de Residência Médica em âmbito nacional, tecendo-se considerações sobre algumas dificuldades encontradas durante o processo. **Métodos:** São expostos os conceitos de interiorização da formação, descentralização e desconcentração, problematizando-se os usos de cada um desses a partir da experiência relatada. **Resultados:** Alguns dos desafios percebidos apontam na direção de reorganizar a implantação de processos semelhantes para evitar a baixa ocupação de vagas de Residência Médica e qualificar o acompanhamento dos profissionais que se tornam preceptores. **Conclusão:** Entende-se que esta proposta contribui na qualificação e no provimento de médicos para o Sistema Único de Saúde no Brasil.

Palavras-chave:

Educação Médica
Internato e Residência
Medicina de Família
e Comunidade

Abstract

Objective: This paper discusses medical residency training. The experience of implementing a national medical residency program is introduced and considerations about the issues that came across during this process are commented. **Methods:** Concepts about training internalization, decentralization and deconcentration, debating the meaning of these terms from the experience reported. **Results:** Some of the challenges perceived indicate the need to reorganize similar processes to overcome the low occupancy of places in medical residency and to enable skills for the follow up of preceptors-to-be. **Conclusion:** This innovation is a contribution for qualification and provision of physicians for the Brazilian Unified Health System.

Keywords:

Education, Medical
Internship and Residency
Family Practice

Resumen

Objetivo: El tema de ese artículo es la formación en la modalidad de residencia médica. Se presenta una experiencia de implementación de programa a nivel nacional, tejiendo algunas consideraciones sobre algunas dificultades encontradas durante el proceso. **Métodos:** Están expuestos los conceptos de la interiorización de la formación, descentralización y desconcentración problematizando sobre los usos de cada uno a partir de la experiencia reportada. **Resultados:** Algunos de los desafíos percibidos apuntan a la dirección de reorganizar la implantación de procesos similares para evitar la baja ocupación de vacantes de la residencia médica y cualificar el seguimiento de los profesionales que se convierten en preceptores. **Conclusión:** Se entiende que esa propuesta contribuye a la cualificación y a la provisión de médicos para el Sistema Único de Salud en Brasil.

Palabras clave:

Educación Médica
Internado y Residencia
Medicina Familiar
y Comunitaria

Como citar: Berger CB, Dallegrave D, Castro Filho ED, Pekelman R. A formação na modalidade Residência Médica: contribuições para a qualificação e provimento médico no Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-10. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1399](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1399)

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
16111 (CEP/GHC), aprovado
em 31/08/2016.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.
Recebido em: 30/09/2016.
Aprovado em: 08/05/2017.

Introdução

Este relato de experiência aborda dimensões e desafios da Residência Médica na qualificação e no provimento de médicos para o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Foram problematizados os desafios da implantação de um programa de envergadura nacional para formação de médicos de família e comunidade na modalidade Residência Médica. A experiência articula elementos triviais e esperados na implantação de qualquer programa de formação, somados àqueles inusitados, advindos da desafiante tarefa de instituir processos formativos em locais distantes da instituição proponente. São apresentadas questões polêmicas acerca da temática. A instituição sediante é um hospital de ensino, de âmbito federal, não vinculado a instituições universitárias.

Inicialmente, é realizada uma contextualização da temática: por que o Brasil precisa de mais médicos de família e comunidade? Nessa perspectiva, quais seriam as melhores formas de organizar programas de formação médica em um país com tantas diversidades locorregionais? A modalidade *Residência* é apontada como ideal, tanto pelos órgãos governamentais quanto pelas entidades médicas. Aliado a isso, refere-se que a fixação de profissionais no âmbito do SUS está ligada aos seus locais de formação, o que motiva a abordagem da formação fora dos grandes centros urbanos, problematizando-se a nomenclatura corrente. Apresenta-se, também, o processo de implantação do referido programa nacional, sediado em uma capital do sul do Brasil, inicialmente, com 11 cidades de 5 estados selecionadas para abrir campos de práticas a ele relacionados.

Apresentam-se resultados transversais e retrospectivos desta experiência em um desenho de relato de experiência, bem como são tecidas considerações.

Os autores foram integrantes da equipe gestora de implantação do programa. Supõe-se que a experiência seja de interesse para uma agenda pública em que a formação de pessoal para a área da saúde esteja ligada às necessidades assistenciais da população.

Por que o Brasil precisa de mais médicos de Família e Comunidade?

A Organização Panamericana de Saúde¹ refere que a Atenção Primária à Saúde (APS) deve-se constituir como a base do sistema nacional de saúde por ser a melhor estratégia que impacta na saúde da população, produzindo equidade e acesso. Há estudos que mostram a associação entre um maior número de médicos de família e comunidade e menor mortalidade geral na população.²

Em 2011, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Resolução nº 439, que tratava de diretrizes da Atenção Básica,³ entre elas, destaca-se a de intensificar os esforços e criar políticas que garantam profissionais de saúde em todas as regiões e localidades do País, principalmente nas áreas vulneráveis e de difícil acesso, universalizando, de fato, o direito à saúde.⁴ Para fins de padronização, os termos *Atenção Básica* e *Atenção Primária à Saúde* serão utilizados como sinônimos.⁵

O número de médicos por habitante do Brasil (atualmente, 1,8 médico/1000 habitantes) está abaixo da média dos países da Organização para a Cooperação Econômica e Desenvolvimento (OCDE), que é de 3,2 médicos/1.000 habitantes. Não há apenas falta de médicos em diversas regiões do Brasil. Há uma falta específica de médicos formados para atuar na Atenção Primária, fenômeno este que vem sendo evidenciado em diversos países como, por exemplo, a Inglaterra e os Estados Unidos.⁴

A Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade

A modalidade *Residência* é considerada o padrão-ouro para a formação do médico de família e comunidade. Segundo a Lei 6.932, de 1981, ela constitui-se como uma modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de presumida qualificação ética e profissional.⁶ O médico de família e comunidade é o profissional que provê cuidados médicos integrais, continuados e contextualizados a pessoas de todas as faixas etárias e gêneros.⁷

A Residência em Medicina de Família e Comunidade, com dois anos de duração, ocorre no ambulatório de unidade básica de saúde e compreende também atividades comunitárias no território, utilizando, para esse fim, de 70 a 80% de sua carga-horária. Há campo de prática também nas atenções secundária e terciária (ambulatórios de especialidades, UPA/emergências e ambientes hospitalares), perfazendo 10% da carga-horária, com 10 a 20% do total destinado a atividades teóricas.⁸

Até agosto de 2016, estavam em curso iniciativas de indução governamental para suprir as deficiências percebidas na formação na graduação médica, no Brasil. Uma dessas iniciativas realizava-se com a inserção de profissionais recém-formados em áreas onde há escassez de médicos para atuar na Atenção Básica (AB), o chamado *PROVAB – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica*. A partir de setembro de 2016, com as mudanças do governo, houve um retrocesso em seu número de vagas. O PROVAB selecionava e recrutava médicos para atuarem, em um período de um ano, diretamente em uma equipe de Saúde da Família. Eles faziam um curso de especialização em AB e eram supervisionados por um profissional com experiência na área mediante visitas mensais.⁴

Outra iniciativa governamental, propiciada pela Lei 12.871, é o *Programa Mais Médicos para o Brasil* (PMMB), com o objetivo similar ao do PROVAB, com duração de 3 anos, não restrito a médicos recém-formados ou brasileiros. Essa Lei apresenta três eixos: ampliação e melhoria da infraestrutura das unidades básicas de saúde, formação para o SUS e provimento emergencial de médicos.⁴ Este artigo concentra sua atenção no eixo da formação, no aspecto da ampliação da oferta de vagas na Residência Médica, da mudança dos locais de formação e da reorientação desta.

A carência de médicos em regiões de difícil acesso foi parcialmente suprida por esses programas de provimento de profissionais, principalmente, por médicos brasileiros. Nos locais onde não houve interesse de tal segmento, foram contratados médicos estrangeiros. O PMMB recebeu muitas críticas, especialmente, devido à dispensa da revalidação do diploma para formados no exterior ou estrangeiros e pela parcial substituição de médicos anteriormente contratados nos mesmos locais, em vez de uma expansão absoluta. No entanto, foi possível observar uma melhoria no acesso da população a profissionais de saúde e um impacto positivo nos indicadores de saúde. Chegou a abranger mais de 18.000 médicos, em 2015, distribuídos em 4.058 municípios (73% dos municípios brasileiros) e nos 34 distritos de saúde indígenas, com cobertura de 63 milhões de brasileiros, aumentando em 33% o número de consultas mensais na AB desses municípios.⁹

Descentralização da Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade

A Lei do Mais Médicos¹⁰ traz consigo, também, na área de formação, um tópico polêmico: o médico que desejar especializar-se na maioria das áreas que hoje são de acesso direto (pediatria, ginecologia, medicina interna, cirurgia), a partir de 2019, deverá, obrigatoriamente, cursar um ano de Residência de Medicina de Família e Comunidade. As áreas que persistem com acesso direto são nove: genética, medicina do trabalho, medicina do tráfego, medicina esportiva, medicina física e reabilitação, medicina legal, medicina nuclear, patologia e radioterapia.

A intenção é que o médico, antes de se tornar um especialista focal, deve ser especialista em atender os problemas de saúde mais frequentes na população e seus extratos, assumindo sem referenciar cerca de 80% dos casos, propiciando um cuidado integral às pessoas que o procuram. A partir do PMMB, o Brasil aposta no fortalecimento da medicina de família e comunidade como a especialidade de base para a maioria dos médicos. Cabe salientar que desde a mudança do Governo Federal há uma insegurança no cenário desta política, enquanto indutora de melhorias na formação e qualificação da atenção à saúde, no sentido de manutenção de determinados pontos como, por exemplo, a obrigatoriedade do primeiro ano de Residência em Medicina de Família e Comunidade para todos egressos da graduação.

Com a implementação do PMMB, ocorreu uma expansão significativa na abertura de novas vagas para Residência Médica, partindo em 2013 de 2546 vagas e atingindo, em 2015, 6535 novas vagas.⁴ Segundo o relatório da Oficina de Residências em Medicina Geral em Família e Comunidade, realizado em Brasília em julho de 2015, uma das prioridades do PMMB era a criação de 16.500 vagas de Residência em MGFC até 2020, a fim de poder universalizar o acesso.¹¹

Atualmente, as vagas de Residência concentram-se nos grandes centros urbanos e suas proximidades. Uma distribuição capaz de estimular a presença duradoura dos profissionais em todo o território habitado supõe, entre muitas outras medidas, mudar essa configuração, com a implantação de vagas nas mais diversas localidades.

Um desenho que promova tal alteração traz à reflexão alguns conceitos aqui imbricados: interiorização, descentralização e desconcentração.^{12,13} Há diferenças epistemológicas entre os conceitos. A utilização de um ou de outro relaciona-se ao seu significado e ao período histórico em que a experiência de formação está circunscrita.

O conceito de interiorização esteve ligado aos movimentos de provimento de profissionais em áreas no interior do País, realizados na década de 1990 e início dos anos 2000, inseridos na proposta mais conhecida como *Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde* (PITS). Traz, em si, um significado mais geográfico do que político. Soma-se, ainda, o fato de haver estudos apontando que o local da realização da Residência favorece a fixação dos profissionais.^{14,15}

Por sua vez, a descentralização, segundo o dicionário Houaiss,¹⁶ é o ato, processo ou efeito de descentralizar o sistema político e administrativo que enfatiza a dispersão da autoridade e das atribuições do poder central entre os setores que compõem a estrutura de determinado órgão, o que se pode estender mais livremente a sistemas ou processos. Esse termo começou a ser utilizado na área da saúde, na década de 1960, nos Estados Unidos.

No Brasil, teve início na década de 1970, com o surgimento do “municipalismo” e, finalmente, ganhando mais expressão na década de 1980, com as Ações Integradas em Saúde.¹⁷ Na chamada de *Lei Orgânica da Saúde*, em sintonia com o contexto de fim de uma ditadura militar, a descentralização foi inserida como uma das diretrizes do SUS.¹⁸ Segundo diversos autores, aparece também associada à democratização, à desconcentração, à autonomia, ao modelo de organização, ao princípio federativo e, até mesmo, à centralização e à privatização.¹⁹

A desconcentração, definida como um sistema em que o Estado delega determinados poderes de decisão a representantes ou órgãos locais, sujeitos a uma autoridade central, é um dos termos utilizados neste artigo quando se discute Políticas Públicas e Residências.¹⁶

A discussão sobre desconcentração/concentração e descentralização/centralização, termos utilizados atualmente nos espaços de formulação das Residências Médicas, baseia-se, aqui, na elaboração de Luz.¹² A descentralização das ações de saúde ocorrida por meio da municipalização, prevista na Lei Complementar 8080,¹⁸ objetivava, entre outros desfechos, a participação popular nas Políticas Públicas, efetivando um deslocamento no poder de Estado.

Por descentralização, entende-se que há redistribuição do poder, enquanto, na desconcentração, ocorre apenas delegação de competências, sem deslocar-se o poder decisório.¹⁶ Apesar do desenho de formação à distância de alguns Programas de Residência receberem a denominação de descentralizados, o que se observa, na prática, é uma desconcentração das atividades formativas, com as decisões administrativas e de condução político-pedagógica ficando centralizadas na maioria das vezes.

O termo *descentralização* é mais popular, porém, o termo correto para caracterizar essa experiência é desconcentração, ou seja, uma forma de caracterizar um programa de Residência que possui campos de prática em locais diferentes de onde está a instituição sede do programa (instituição proponente). Pode ocorrer no mesmo estado da instituição proponente ou em estados diferentes, integrando-se, para tal, ferramentas de *Ensino à Distância*.

Com base na metodologia de formação em Residência, ou seja, fundamentada nas aprendizagens por meio de situações oriundas do mundo do trabalho, considera-se fundamental que a atuação do preceptor local esteja garantida por presença de trabalhador da mesma categoria profissional do residente, ou seja, se o residente é médico, o preceptor local também deve ser. A ideia de organizar um programa de Residência sediado em local diferente da instituição proponente teve como objetivo a formação de profissionais de saúde em locais onde havia maior escassez destes, especialmente em relação à Medicina, tornando essa proposta atraente para os gestores e para a comunidade que ali vive.

A existência de experiências em que a formação ocorre em local geograficamente diferente de sua matriz, ou seja, de forma capilarizada, em que as atividades formativas são em local diverso de onde ocorre a gestão do programa, não é novidade. Um exemplo é a Residência Médica em MFC, da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, com abrangência estadual.¹⁹ Considera-se que a experiência relatada neste artigo difere de outras mais antigas pela ocorrência em diferentes estados, pela considerável distância geográfica e pelo peso do componente de formação simultânea de residentes e preceptores, com forte componente à distância.

A experiência de implantação de um programa de residência nacional descentralizado em Medicina de Família e Comunidade

Em agosto de 2015, em Porto Alegre, foi realizada uma reunião entre representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e de Instituições de Ensino Superior (IES). Essa iniciativa buscava organizar a expansão de vagas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC), no Brasil, até 2019, em cumprimento à Lei do PMMB.

A recomendação do Ministério da Saúde para implantação de programas de Residência Médica era de que fosse realizada nos municípios onde houvesse faculdade de Medicina, a qual estruturaria a formação. Nos demais municípios, essa implantação seria realizada pelas Escolas de Saúde Pública ou pelo próprio município, com o auxílio de alguma IES. No caso de locais onde não houvesse a possibilidade de uma IES assumir a formação desses residentes, a iniciativa de Programas de Residência Médicos descentralizados ou desconcentrados teria essa responsabilidade.

Dentre as instituições participantes, o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) foi a instituição indicada por apresentar a possibilidade de cumprir os objetivos propostos, especialmente, a particularidade de implantar a Residência em locais distantes e apoiar os municípios para que, posteriormente, desenvolvessem seus próprios programas, contribuindo para o que se chama de descentralização de programas de formação.

Em continuidade ao processo, o Ministério da Saúde, presente em reunião no GHC, considerando a expertise de 35 anos na formação de médicos de família e comunidade, solicitou que o Grupo coordenasse, pedagogicamente, um Programa Nacional de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PNRMMFC), a ser implantado em municípios com até 50 mil habitantes. A concepção era de desconcentrar o Programa no território nacional, criando 200 vagas de Residência inicialmente e com a perspectiva de ser ampliado e tornar-se um programa descentralizado no futuro. A experiência de desconcentração de Residência já vem, há alguns anos, sendo desenvolvida nessa instituição com a Residência Integrada em Saúde, nos municípios de Gravataí, Marau, Novo Hamburgo, Nova Petrópolis e São Domingos do Sul.

Foi criado um grupo de trabalho composto por médicos de família e comunidade que atuavam como preceptores do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade do GHC, além de representantes dos gestores e de apoiadores pedagógicos da referida instituição. Uma das principais atividades do grupo foi adaptar a experiência do programa de Residência tradicional da instituição para o contexto de um projeto de implantação viável em qualquer lugar do Brasil.

A demanda do Ministério da Saúde era de que a implantação iniciasse por municípios selecionados de acordo com os seguintes critérios: ter até 50 mil habitantes, possuir cobertura de estratégia de saúde da família entre 60 e 90%, fazer adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), ter a presença de Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou outro serviço de emergências, dispor de: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), maternidade, hospital geral com até 50 leitos, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), além de ter boa conectividade de Internet e não ter faculdade de Medicina.

Eram em torno de 20 municípios, pertencentes a quase todas as regiões do Brasil. Havia um interesse concomitante do GHC de implantar a Residência nos municípios da região metropolitana de Porto Alegre,

pois essa população utiliza os serviços de emergência e especialidades da instituição, gerando uma sobrecarga de atendimentos que poderia, em alguma proporção, ser resolvida em Unidades de APS mais qualificadas.

Para seleção dos municípios, construiu-se um instrumento com itens que auxiliariam no conhecimento das unidades de saúde, do processo de trabalho e do médico que seria indicado como preceptor. O instrumento utilizado na avaliação integrou contribuições da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, da Comissão Nacional de Residência Médica e do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade do GHC.^{8,20}

Iniciou-se o contato com os gestores de alguns municípios indicados, explicitando a proposta. Dos municípios contatados, em dois não foi possível acessar o gestor, três não deram retorno ao contato inicial e cinco iniciaram o processo, mas apenas quatro demonstraram, efetivamente, exibir os critérios requeridos para integrar o projeto. Além desses, foram selecionados 11 municípios no Rio Grande do Sul, dos quais um não teve interesse em participar, 2 enviaram informações muito tardiamente no processo, 3 acabaram excluídos por não cumprir as exigências básicas para ter uma Residência e 5 iniciaram o processo.

Ao final, dos 21 municípios contatados, foram selecionados os 9 que receberam a solicitação de indicação de unidades de saúde e médicos preceptores. Estes foram entrevistados por telefone, com análise de seu perfil. Posteriormente, houve as visitas aos municípios para conhecimento de suas redes de atenção, das suas unidades de saúde e dos profissionais envolvidos. Foram visitados os seguintes municípios: Quirinópolis (Goiás), Lapa (Paraná), Xanxerê (Santa Catarina), Ituverava (São Paulo) e, no Rio Grande do Sul, Igrejinha, Osório, Cachoeirinha, Alvorada e Viamão.

Optou-se por utilizar a modalidade de Ensino à Distância para desenvolver as atividades teóricas e de supervisão clínica. Essa supervisão era realizada aos preceptores locais por preceptores-tutores de forma semanal, por videoconferência. Os preceptores-tutores eram médicos de família e comunidade, trabalhadores do GHC, que atuavam como preceptores do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do GHC.

Olhando para o processo e problematizando as dificuldades

Desde o processo de configuração inicial do programa, a seleção de preceptores locais já se caracterizava como um desafio. Segundo a Comissão Nacional de Residência Médica, poderiam atuar como preceptores de Programa de Residência em MFC, preferencialmente, médicos com Residência ou título de especialista em Medicina de Família e Comunidade. Na ausência destes, o grupo de trabalho acordou que médicos com atuação de, pelo menos, quatro anos em Estratégias Saúde da Família e que atendessem a todas as faixas etárias e problemas de saúde poderiam ser convidados a participar.

Em função da relativa escassez de preceptores que atendiam aos critérios preferenciais, o MS instituiu o Plano Nacional de Formação de Preceptores, no qual, os médicos que atuassem ou viessem a atuar como preceptores locais da Residência Médica poderiam participar de cursos de aperfeiçoamento em preceptoria. A formação de preceptores médicos nesse Plano Nacional prioriza três eixos: a Gestão do SUS e dos Programas de Residência Médica; a Atenção à Saúde e Áreas de Competência definidas pela Comissão Nacional de Residência Médica; e a Educação na Saúde e seus processos pedagógicos e metodologia.²¹

Com relação ao processo seletivo de residentes, pode-se destacar outro desafio: a ocupação das vagas. Foram aprovados sete residentes, dos quais apenas três matricularam-se, sendo dois no município de Lapa (PR) e um em Ituverava (SP).

A baixa ocupação das vagas, não apenas nesse programa desconcentrado, mas na especialidade MFC em geral, traz questionamentos também para graduação em Medicina. Mesmo com as novas diretrizes curriculares, o tempo em que o estudante de Medicina é exposto à APS é ínfimo em comparação com os demais cenários de atenção. As universidades não dispõem de professores suficientes na área para serem referência para os estudantes.

No entanto, os questionamentos vão além da graduação. Os MFC são socialmente imaginados como especialistas precarizados, que trabalham no “postinho” de saúde e que não apresentariam competência para cuidar de pessoas com poder aquisitivo melhor. São imaginários construídos pelo modelo de atenção hegemônico, da atenção fragmentada, que afasta os estudantes dessa área.^{14,15}

Um estudo do grupo de pesquisa sobre carreiras médicas do Reino Unido, publicado em 2002, traz percepções de médicos de família e comunidade (o *general practitioner* em inglês) sobre a dificuldade em recrutar e reter médicos para a área. Entre elas, ressalta-se que o médico de família era visto como um profissional menos qualificado e, também, que havia uma baixa autoestima entre eles, com uma grande demanda de trabalho e uma extensa carga-horária exigida dos profissionais. Tais percepções, por sua vez, apontam a necessidade de uma maior exposição à APS antes e, ainda, na graduação, para poder orientar a opção vocacional do aluno.²²

Aliada a esses fatos, apresenta-se outra questão que traz prejuízo à especialidade, que diz respeito à organização e à governança do sistema de saúde. Sabe-se que o acesso dos usuários às unidades de saúde é cada vez mais dificultado, há problemas no sistema de regulação em decorrência da falta de médicos especialistas e, também, dificuldades relativas à remuneração dos profissionais.^{14,15,23} É fundamental pensar em estratégias que fortaleçam a expansão dos programas de Residência, trazendo novas tecnologias e inovações nesse processo.

A experiência relatada tem sido riquíssima para todos os envolvidos, tanto do ponto de vista de articulação política entre os vários entes envolvidos (Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Câmara Técnica de Atenção Básica e Saúde Coletiva da Comissão Nacional de Residência Médica, GHC, municípios) como de estruturação de um programa nas suas várias fases. O suporte necessário aos profissionais da APS que serão formadores de novos profissionais constitui-se no desafio da fase atual desta experiência.

Considerações finais

A formação de médicos especialistas na atuação em Atenção Primária é um grande desafio. A Residência Médica, sendo uma modalidade de formação que alia a experiência de trabalho supervisionado aos processos de formação e reflexão, é um modelo excelente de qualificação e constitui-se em uma possibilidade de indução à fixação do profissional. O GHC propôs-se a contribuir na formação de novos campos de prática, de 2015 a 2016, buscando, também, o fortalecimento da autonomia local para o futuro desenvolvimento de programas próprios.

A *desconcentração* pode ser um caminho para a descentralização efetiva, com a construção de autonomia processual dos campos, de forma que possam assumir todas as atividades que envolvem um programa de Residência (gestão acadêmica, gestão de pessoal, gestão financeira, além das atividades formativas). A transferência de tecnologia, calcada na experiência do GHC, que realizou um processo de supervisão continuada com foco nos preceptores para a construção das habilidades e competências do médico de família e comunidade, pode ser um elemento viabilizador.

Referências

1. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington: OPS; 2007.
2. Shi L, Macinko J, Starfield B, Wulu J, Regan J, Politzer R. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in US States, 1980-1995. *J Am Board Fam Pract.* 2003;16(5):412-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.3122/jabfm.16.5.412>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 439, de 07 de Abril de 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa: Mais Médicos - Dois anos: Mais Saúde para os Brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
5. 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.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Lei 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Brasília: Presidência da República; 1981.
7. World Conference of Family Doctors. A definição Européia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral/Medicina Familiar) [Internet]. Barcelona: Wonca Europa; 2002 [acesso 2016 Maio 9]. Disponível em: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/European%20Definition%20in%20Portuguese.pdf>
8. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade - R1 e R2 e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 2015.
9. Brasil. Programa Mais Médicos do Governo Federal [Internet]; 2015 [acesso 2016 Mar 25]. Brasília: Governo Federal. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/resultados-para-o-pais>
10. Brasil. Presidência da República. Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República; 2013.
11. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/SGTES, Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde/DEPREPS. Relatório da Oficina de Residências em Medicina Geral em Família e Comunidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
12. Luz MT. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2000;5(2):293-312. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200006>
13. Elias PE. Descentralização e Saúde no Brasil: algumas reflexões preliminares. *Saúde Soc.* 1996;5(2):17-34.
14. Souza Júnior JCA, Lucena RM. Fixação dos profissionais de saúde em municípios de Pernambuco: um problema para a municipalização [Pós-Graduação]. Recife: Fundação OSWaldo Cruz; 2005.
15. Ney MS, Rodrigues PHA. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis.* 2012;22(4):1293-311. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000400003>
16. Houaiss A, Villar MS, Franco F. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. 1a ed. Rio de Janeiro: Objetiva; 2000.

17. Tobar F. O conceito de descentralização: usos e abusos. *Planej Polít Públicas*. 1991;(5):31-51.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Instituiu o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde;1990.
19. Rossoni E. Formação multiprofissional em serviço na Atenção Básica à Saúde: Processos educativos em tempos líquidos [Tese de doutorado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
20. Castro RCL, Diercks MLMS, Corrêa FA, Gyrão NB, Pekelman R, Umpierre RN. O pro-grama teórico da residência em Medicina de Família e Comunidade do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS. *Rev Bras Med Fam Co-munidade*. 2014;9(33):375-83. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(33\)855](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(33)855)
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.618, de 30 de Setembro de 2015. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como um dos eixos do Programa Mais Médicos - Residência, o Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina Geral de Família e Comunidade. Brasília: Diário Oficial da União; 2015.
22. Evans J, Lambert T, Goldacre M. GP recruitment and retention: a qualitative analysis of doctors' comments about training for and working in general practice. *Occas Pap R Coll Gen Pract*. 2002;(83):iii-vi.
23. Viegas APB, Carmo RF, Luz ZMP. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de sa-úde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saúde Soc*. 2015;24(1):100-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100008>

Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Porto Alegre, RS, Brasil.
carlab.berger@gmail.com (*Autora correspondente*); danidallegrave@gmail.com;
enofilhouol@gmail.com; renatapek@gmail.com

Pesquisa operativa para adequação das agendas num serviço de Atenção Primária

Operational research for scheduling adjustment in a primary care service

Investigación operativa para adecuación de las agendas en un servicio de atención primaria

Ana Maria Sant'Ana^a

Resumo

Introdução: Em 2014 a Unidade de Saúde Mãe Curitibana adotou o modelo “*carve-out*” de organização das agendas, destinando metade das consultas para agendamentos e metade às denominadas consultas de acolhimento, que são reservadas para atendimentos no mesmo dia. **Objetivos:** Avaliar a proporção de utilização das consultas agendadas e de acolhimento ofertadas. **Métodos:** Estudo observacional descritivo aplicando formulário de variáveis à totalidade dos pacientes registrados na agenda eletrônica da área denominada “Verde” da Unidade de Saúde Mãe Curitibana, no período de 22 de junho a 24 de julho de 2015. **Resultados:** Foram 393 mulheres (67%) e 194 homens (33%), com 35,43% das consultas sendo de pessoas acima de 60 anos. Um total de 451 (77%) registros eram de pacientes da área e 136 (23%) de outras áreas. Houve faltas a 13% das consultas. A taxa de aproveitamento de consultas (número de comparecimentos/total de consultas ofertadas) foi de 78,77% (271/344) para as consultas agendadas e 67,89% (239/352) para os acolhimentos. Dos acolhimentos realizados, 45% foram destinados a pacientes de outras áreas. **Conclusão:** A taxa de aproveitamento é maior para as consultas agendadas, demonstrando uma necessidade de ajuste na oferta de consultas. A proporção de pacientes de outras áreas às consultas de acolhimento compromete a continuidade do cuidado.

Palavras-chave:

Acesso aos Serviços de Saúde
Agendamento de Consultas
Acolhimento
Assistência Centrada no Paciente
Continuidade da Assistência ao Paciente

Abstract

Introduction: In 2014 “Unidade de Saude Mae Curitibana” (Curitiba Maternal Health Center) adopted the *carve-out* model of schedule organization, allocating half of the medical appointments as advanced booking and half as same-day appointments. **Objectives:** To evaluate the application proportion of the scheduled and same-day appointments offered. **Methods:** Observational descriptive study, applying a variables form to all the patients registered in the electronic agenda of the Green Team of the Curitiba Maternal Health Center from the 22nd of June to the 24th of July 2015. **Results:** There were 393 (67%) women and 194 (33%) men, with 35.43% of appointments being with people over 60 years old. A total of 451 (77%) were records of the area and 136 (23%) were records of other areas. The application rate of appointments (attendance/total of appointments offered) was 78.77% (271/344) for scheduled appointments and 67.89% (239/352) for same-day appointments. Among the same-day appointments, 45% were delivered for patients from other primary care providers. **Conclusion:** The application rate is greater for scheduled appointments, demonstrating a necessity to adjust the balance between scheduled and same-day appointments. The proportion of appointments of patients from other providers compromises the continuity of care.

Keywords:

Health Services Accessibility
Appointments and Schedules
Accommodation
Patient-Centered Care
Patient Care Continuity

Como citar: Sant'Ana AM. Pesquisa operativa para adequação das agendas num serviço de Atenção Primária. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-9. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1459](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1459)

Fonte de financiamento: declaram não haver.

Parecer CEP: 120/2016 (Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba), aprovado em 21/12/2016.

Conflito de interesses: declaram não haver.

Procedência e revisão por pares: revisado por pares.
Recebido em: 31/01/2017.
Aprovado em: 26/04/2017.

Resumen

Introducción: En el 2014 la “Unidade de Saúde Mãe Curitibana” (Centro de Salud Madre Curitibana) adoptó el modelo *carve-out* en la organización de los horarios, destinando la mitad de las consultas para los turnos reservados y la otra mitad para las denominadas consultas de acogida, que son reservadas para las atenciones en el mismo día. **Objetivos:** Evaluar la proporción de utilización de las consultas programadas y de acogida ofrecidas. **Métodos:** Estudio observacional descriptivo aplicando formulario de variables a la totalidad de los pacientes registrados en la agenda electrónica del área denominada “Verde” de la Unidad de Salud Madre Curitibana, en el período del 22 de junio al 24 de julio de 2015. **Resultados:** Fueron 393 mujeres (67%) y 194 hombres (33%), con el 35,43% de las consultas siendo de personas con más de los 60 años. Fueron 451 (77%) registros del área y 136 (23%) de otras áreas. El porcentaje de aprovechamiento de las consultas (número de asistencias/total de consultas ofrecidas) fue del 78,77% (271/344) para las consultas marcadas y el 67,89% (239/352) para las acogidas. De los acogidos realizados, el 45% se destinó a pacientes de otras áreas. **Conclusión:** El porcentaje del aprovechamiento es mayor para las consultas marcadas, demostrando una necesidad de ajuste en el balance entre consultas marcadas y acogidas. La proporción de pacientes de otras áreas a las consultas de acogida compromete la continuidad del cuidado.

Palabras clave:

Accesibilidad a los Servicios de Salud
Citas e Horarios
Acogimiento
Atención Dirigida al Paciente
Continuidad de la Atención al Paciente

Introdução

A pressão da demanda é um grande desafio para os profissionais de Atenção Primária à Saúde (APS). A cobertura inadequada de serviços contribui para a sobrecarga de trabalho vivenciada pelas equipes, as quais têm buscado novas formas de organização das agendas para garantir o acesso da população.

Nas consultas agendadas, a demanda excedente se acumula no tempo, na forma de filas de espera que podem chegar a meses, no denominado modelo saturado de acesso.¹ No modelo de acesso avançado, a organização das agendas é considerada mais centrada no paciente, ao preconizar que todos os usuários sejam atendidos no mesmo dia em que procuram a consulta. Exige como premissa uma relação adequada entre a oferta e a procura de serviços.¹⁻³

Um modelo intermediário é o chamado de *carve out*, no qual 50% das consultas são agendadas e 50% são reservadas para acesso avançado. A partir de experiência favorável em Florianópolis,⁴ o modelo foi proposto no município de Curitiba⁵ e aplicado a partir de 2014 na Unidade de Saúde da Família (USF) Mãe Curitibana, onde as consultas de acesso avançado são denominadas de “acolhimento”.

A Unidade Mãe Curitibana localiza-se no bairro São Francisco e iniciou as atividades como Estratégia de Saúde da Família (ESF) em meados de 2013, contando com 4 equipes que atendem a uma população de 50 mil pessoas em bairros centrais de Curitiba, com indicadores sociais mais favoráveis.

A área de abrangência da Equipe Verde (Área 4) compreende os bairros do Centro Cívico e Bom Retiro, num total de 9.939 pessoas,^{6,7} das quais 3061⁸ (30%) eram cadastradas no prontuário eletrônico. Os domicílios mais próximos ficam a uma distância de 950m da USF. A Equipe Vermelha é nossa área irmã e somos responsáveis pelos atendimentos no caso de ausência dos profissionais. Sua população é de 4494⁸ cadastrados.

À época do levantamento, a Equipe Verde era constituída por: agente comunitária, auxiliar de enfermagem, enfermeira, médica de família e comunidade (MFC), médica residente de primeiro ano em Medicina de Família e Comunidade (R1MFC) e acadêmica de Medicina. A distribuição das consultas da MFC prevê 6 agendamentos de 26 minutos e 8 acolhimentos de 10 minutos por turno, conforme a Tabela 1. A agenda da R1MFC prevê quatro agendamentos pela manhã e três à tarde, e no tempo restante atende acolhimentos da agenda da MFC.

Tabela 1. Oferta plena de consultas Médicas da Equipe Verde.

Turno	Tipo	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex
M	AG	10	10	10	10	10
	AC	8	8	8	8	8
T	AG	9	VD	RE	9	9
	AC	8	VD	8	8	8

M: manhã; T: Tarde; AG: agendamentos; AC: acolhimentos; VD: visita domiciliar; RE: Reunião de Equipe.

Os agendamentos podem ser marcados por telefone ou pessoalmente. Já as consultas para o mesmo dia (consulta de acolhimento) só podem ser solicitadas pessoalmente. Os pacientes são avaliados inicialmente pela enfermeira, que negocia o momento mais oportuno do atendimento médico (consulta agendada ou de acolhimento, de acordo com a condição clínica e a disponibilidade de consultas).

O objetivo deste estudo é realizar um diagnóstico de demanda respondendo a questões sobre a utilização dos tipos de consulta ofertadas (agendadas e de acolhimento) possibilitando a adequação das agendas às necessidades da população.

Materiais e Métodos

Trata-se de estudo de abordagem quantitativa observacional, com análise das agendas da equipe médica da área denominada "Verde" da Unidade de Saúde Mãe Curitibana durante o período de 22 de junho a 24 de julho de 2015.

O instrumento para coleta de dados foi um formulário de variáveis incluindo data do atendimento, iniciais, sexo, idade, cadastro na Área Verde (Sim/Não), comparecimento à consulta (Sim/Não) e tipo de consulta (agendamento ou acolhimento).

A amostra estudada é do tipo não probabilística, consistindo da totalidade de usuários registrados na agenda médica da Equipe Verde (Área 4) no período. A população residente na área de abrangência que compareceu à consulta no período consiste de 382 pessoas. Para chegar a este número de pessoas da área, foi necessário realizar levantamento de um total de 598 registros, que inclui os atendimentos dos pacientes que não são da área e as agendas dos pacientes que não compareceram à consulta.

Dos 598 registros, foram excluídos 11, que são referentes a um mesmo paciente agendado em 2 ou mais horários seguidos, prática adotada para procedimentos, restando 587 registros para análise. No banco de dados inicial não consta a proporção de consultas segundo período (manhã/tarde), tendo sido elaborada uma tabela à parte.

Para a análise das médias de consultas realizadas pela equipe, foi realizada uma adequação. Como a oferta de consultas ao dia varia em função da realização de atividades fora do consultório como visitas domiciliares e reunião de equipe, avaliamos a média de consultas por turno, eliminando dos cálculos os turnos sem atendimento.

Foram consideradas faltas a consulta de acolhimento os casos em que o paciente foi acolhido pela enfermeira e esta agendou consulta médica na agenda eletrônica, no entanto, o paciente não estava presente ao ser chamado pelo médico. Foram consideradas perdas de consultas de acolhimento os casos em que não houve procura pelas vagas ofertadas.

Para poder contabilizar as perdas em consultas de acolhimento, recorreremos a um expediente que denominamos taxa de aproveitamento de consultas, que consiste no quociente entre o número de comparecimentos e o total de consultas ofertadas. A oferta plena de consultas para o período seria de 385 agendamentos e 360 acolhimentos. Devido a quebras por treinamentos em serviço e atividades próprias da residência médica, o total de ofertas foi de 344 agendamentos e 352 acolhimentos.

Os dados foram digitados no banco de dados Microsoft Excel para Mac 2016. As análises estatísticas descritivas foram realizadas por meio de Tabela dinâmica do programa Microsoft Excel para Mac 2016 e as análises inferenciais foram realizadas no Programa Computacional OpenEpi, um *software* para estatística epidemiológica de acesso livre online.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Curitiba, PR, pelo parecer 120/2016.

Resultados

Com relação ao sexo, foram registradas 393 mulheres (67%) e 194 homens (33%). A população com mais de 60 anos corresponde a 35,43% dos atendimentos. A distribuição da população por sexo e faixa etária pode ser visualizada no Gráfico 1. A faixa etária com maior número absoluto de consultas é a de 60 a 69 anos. Entre as mulheres de 20 a 39 anos (112), 40 consultas foram relacionadas à gestação e pós-parto (35,71%).

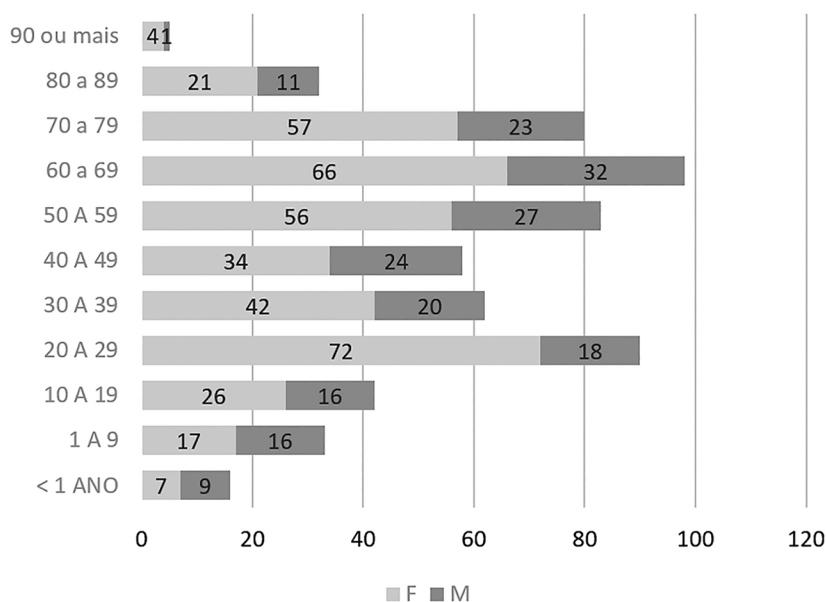


Gráfico 1. Distribuição da população segundo sexo e idade.

As 587 consultas correspondem a 477 pessoas, com média de 1,23 consultas por pessoa. A média de consultas por turno foi de 8,48 (\pm desvio padrão de 2,84) para os agendamentos e 5,52 (\pm desvio padrão de 2,3) para acolhimentos. Com relação ao dia da semana, houve predominância de consultas às segundas-feiras.

Houve um total de 77/587(13,11%) faltas às consultas médicas, com média de 3,08 faltas ao dia. Destas faltas, 73/77(94%) são relativas a consultas agendadas. A procura por consultas de acolhimento apresentou grande variação, indo de 0 a 11 por turno, conforme pode ser observado na Tabela 2. O número de consultas agendadas frequentemente extrapolou o teto de 10 consultas pela manhã e 9 à tarde. A taxa de aproveitamento de consultas foi de 78,77% (271/344) para as consultas agendadas e 67,89% (239/352) para os acolhimentos, com risco relativo de 1,35 (Intervalo de Confiança de 95% de 1,11 a 1,64; $p < 0,01$).

Tabela 2. Distribuição das consultas segundo dia da semana e turno.

Semana	Turno	Tipo de Consulta	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Total
22 a 26 de junho	Manhã	AG	12	12	11	Treinamento	11	46
		AC	6	7	6	Treinamento	4	23
	Tarde	AG	11		1*	7	11	30
		AC	6		4	10	7	27
29 de junho a 3 de julho	Manhã	AG	10	11	12	5	12	50
		AC	6	4	4	6	1	21
	Tarde	AG	10		1*	3	10	24
		AC	6		6	0	3	15
6 a 10 de julho	Manhã	AG	11	7	7	5	6	36
		AC	7	2	3	3	4	19
	Tarde	AG	10		0*	7	5	22
		AC	6		5	3	9	23
13 a 17 de julho	Manhã	AG	10	9	10	10	6	45
		AC	8	8	4	8	7	35
	Tarde	AG	10		0*	8	9	27
		AC	7		5	5	3	20
20 a 24 de julho	Manhã	AG	11	9	9	10	10	49
		AC	11	7	11	4	6	39
	Tarde	AG	6		0*	9	9	24
		AC	5		7	5	6	23
Total			169	76	106	108	139	598

AG: agendamento; AC: acolhimento; VD: Visita Domiciliar. * Reunião de equipe. As células com preenchimento indicam os períodos em que a médica residente não estava presente.

Com relação à área de abrangência, 451 (77%) registros eram de moradores da área e 136 (23%) eram de outras áreas, conforme disposto na Tabela 3. Em relação às consultas de acolhimento, 109/239 (45%) foram dedicadas a pacientes de outras áreas. Foram agendadas 25/136 (18,38%) consultas de pacientes de outras áreas, com 8/25 faltas (32%).

Segundo o relatório disponível no prontuário eletrônico "Consultas de Usuários Definitivos Realizadas nas UPAS de 2ª a 6ª feira das 8:00 às 17:00 horas", as consultas realizadas nas Unidades de Pronto Atendimento dos pacientes cadastrados na Unidade de Saúde Mãe Curitibana somaram 418 atendimentos nos meses de junho e julho de 2015. Este relatório não discrimina a microárea do paciente.

Tabela 3. Oferta de consultas e distribuição da população segundo área, tipo de consulta e faltas.

Oferta de Consultas			
Agendadas			344 (49,42%)
Acolhimentos			352 (50,57%)
Comparecimentos			
	Área	Fora de Área	Total
Agendadas	252 (66%)	19 (15%)	271 (53%)
Acolhimentos	130 (34%)	109 (85%)	239 (47%)
Subtotal (a)	382(100%)	128 (100%)	510 (100%)
Faltas			
Agendadas	67 (97%)	6 (75%)	73 (94%)
Acolhimentos	2 (3%)	2 (25%)	4 (6%)
Subtotal (b)	69 (100%)	8 (100%)	77 (100%)
Total Geral (a + b)	451	136	587

Discussão

Resumo dos principais achados do estudo

A frequência absoluta de consultas agendadas é maior que a de acolhimentos. Houve faltas em 13% do total de consultas, sendo que, destas, 94% ocorreram em consultas agendadas. Houve maior aproveitamento de consultas agendadas que de acolhimentos. Os moradores de outras áreas utilizaram 23% do total de atendimentos. No entanto, para as consultas de acolhimento a proporção sobe para 45%, comprometendo a continuidade do cuidado.

Fortalezas e limitações do estudo

O estudo apresenta as limitações inerentes aos estudos de demanda e avalia como a população que teve acesso ao serviço se comporta em relação às formas ofertadas de consultas médicas, subsidiando a reorganização das agendas da equipe. O período de seguimento é curto e não caracteriza um estudo rigoroso da demanda, que exigiria idealmente 18 meses.³

Comparação com a literatura já existente

O tamanho da população adscrita (3061 pessoas) ultrapassa os limites ideais estabelecidos para o acesso avançado e talvez isto explique o fato da procura por consultas de acolhimento ser de pouca previsibilidade. Em seu artigo clássico em 2000, Mark Murray já alertava para a necessidade de limites apropriados para o tamanho da população, a fim de garantir o equilíbrio entre a oferta e a demanda.¹

A proporção de faltas é muito variável na literatura. Em um estudo no Rio de Janeiro, as faltas por consultas agendadas chegam a 48,9%,⁹ valor bem superior ao encontrado em nossa realidade, o que poderia ser explicado por diferenças socioculturais. Em clínicas de atenção primária de Genebra, os pacientes faltam a 22% das consultas.¹⁰ No sistema de saúde britânico 6,5% das consultas são perdidas por faltas.¹¹ Nos EUA a prevalência de faltas varia de 5 a 55%.^{12,13}

Uma das vantagens do acesso avançado é a redução de faltas,^{1,14} embora no modelo de *carve-out* isto nem sempre ocorra.¹⁵ A subutilização das consultas de acolhimento foi um resultado imprevisto, porém descrito no modelo de *carve-out*, caso a demanda para este tipo de consulta fosse superestimada.¹⁶

A maior utilização de consultas agendadas não encontrou paralelo na bibliografia nacional, mas uma experiência internacional neste sentido merece ser mencionada. O Sistema Nacional de Saúde britânico definiu em 2004 que o tempo máximo de espera para consultar com um médico generalista deveria ser de 48 horas.¹⁷ Para garantir o cumprimento da meta, os serviços reservaram todos os atendimentos para acesso avançado e deixaram de oferecer consultas agendadas. Os pacientes, insatisfeitos, valorizaram mais poder decidir quando consultar do que ser atendidos prontamente.^{14,18-20}

Numa revisão sistemática publicada em 2011, sete entre os nove artigos estudados não encontraram comprometimento da continuidade.⁹ Mas há estudos nos quais, à semelhança do nosso, com o acesso avançado a consulta com o provedor habitual não foi garantida.^{14,21,22}

Em nosso serviço, o acesso avançado resultou em maior oferta de consultas, pela menor duração das consultas de acolhimento, com conseqüente sobrecarga de trabalho. Este acréscimo foi interpretado de forma positiva descrita como aumento da produtividade médica por dois autores,^{4,14} enquanto que um terceiro relatou resultado idêntico como falha na redução da carga de trabalho.²² Um estudo dinamarquês encontrou um risco três vezes maior de *burnout* em médicos que trabalham com acesso avançado.²³ Outro aponta que recepcionistas e coordenadores avaliam a experiência de forma mais positiva enquanto para os médicos as percepções são ambivalentes.²⁴

Um artigo brasileiro alerta sobre a importância de proteger as equipes garantindo que a responsabilidade pelo acesso seja limitada aos pacientes da área de abrangência.²⁵ Um artigo britânico de 2006, ao estudar 391 serviços de atenção primária, constatou que a maioria dos profissionais acreditava ter atingido o acesso avançado, mesmo que isso não se constatasse em avaliação mais aprofundada.²⁶

Implicações para a pesquisa na área e/ou para a prática dos profissionais

A seguir listamos os ajustes necessários à organização do serviço segundo os problemas identificados pela pesquisa:

1. Reorganizar as agendas reduzindo a oferta de acolhimentos.
2. Reservar mais consultas de acolhimento para os dias de maior procura.
3. Planejar ações para reduzir o número de faltas às consultas agendadas e garantir mecanismos que facilitem o cancelamento de consultas.
4. Garantir uma proporção adequada de profissionais em relação à população.
5. Assegurar uma distribuição equitativa da população entre as equipes para dividir a sobrecarga de trabalho e garantir a continuidade dos atendimentos.
6. Rever os critérios de vulnerabilidade das populações, que são determinantes para a alocação de recursos, incluindo como critério o atendimento a populações envelhecidas.
7. Garantir que os sistemas informatizados liberem acesso a informações relevantes ao planejamento local das equipes.

Conclusão

O termo adotado para designar as consultas médicas do mesmo dia, em nosso meio, foi acolhimento. O termo já havia sido incorporado à terminologia da Saúde no Brasil nos anos 1990, para assegurar que todos os usuários saiam com algum tipo de resposta do serviço de saúde, ainda que não seja a consulta médica, e surgindo também como um contraponto à organização dos serviços direcionada a ações programadas em detrimento da demanda espontânea.²⁷

Acesso avançado é um modelo que foi importado de realidades nas quais a cobertura de serviços de saúde é adequada. Em nosso meio, reservar consultas para atendimento no mesmo dia é uma forma de humanizar o atendimento. No entanto, é preciso ter cautela, pois a procura por estas consultas não tem uma distribuição uniforme, com subutilização dos recursos em alguns períodos, ou preenchimento das agendas por pacientes fora de área, em que se compromete a continuidade do cuidado para garantir o acesso.

Para se preservar, as equipes precisam dispor de ferramentas que facilitem o acesso a informações sobre o processo de assistência à saúde, para que possam superar as dificuldades operacionais e promover a adequação necessária.²⁸

Referências

1. Murray M, Tantau C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Fam Pract Manag.* 2000;7(8):45-50.
2. Murray M, Berwick DM. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *JAMA.* 2003;289(8):1035-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.289.8.1035>
3. Murray M, Davies M, Boushon B. Panel size: how many patients can one doctor manage? *Fam Pract Manag.* 2007;14(4):44-51.
4. Vidal TB. O acesso avançado e sua relação com o número de atendimentos médicos em atenção primária à saúde [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013. 87 p.
5. Prefeitura Municipal de Curitiba/Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba/Departamento de Atenção Primária à Saúde/Coordenação do Acesso e Vínculo. Novas possibilidades de organizar o acesso e a agenda na atenção primária à saúde. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba; 2014 [acesso 2017 Jun 1]. Disponível em: http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/cartilha%20acesso%20avan%C3%A7ado%2005_06_14.pdf
6. Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba - IPPUC. Nosso Bairro: Centro Cívico. Lucimara Wons, coordenadora. Curitiba: IPPUC, 2015. [acesso 2016 Set 8] Disponível em: <http://ippuc.org.br/nossobairro/anexos/03-Centro%20C%C3%ADvico.pdf>
7. Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba - IPPUC. Nosso Bairro: Bom Retiro. Lucimara Wons, coordenadora. Curitiba: IPPUC, 2015. [acesso 2016 Set 8]. Disponível em <http://ippuc.org.br/nossobairro/anexos/13-Bom%20Retiro.pdf>
8. Secretaria Municipal de Saúde. Curitiba. Prontuário Eletrônico e-Saúde. Relatório Domicílio Usuário Sintético [acesso em 06/07/15]. Disponível em <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/>
9. Izecksohn M, Ferreira J. Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família, Manguinhos, Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.* 2014;9(32):235-41. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9\(32\)960](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9(32)960)
10. Perron NJ, Dao MD, Kossovsky MP, Miserez V, Chuard C, Calmy, et al. Reduction of missed appointments at an urban primary care clinic: a randomised controlled study. *BMC Fam Pract.* 2010;11:79. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-11-79>
11. Martin C, Perfect T, Mantle G. Non-attendance in primary care: the views of patients and practices on its causes, impact and solutions. *Fam Pract.* 2005;22(6):638-43. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmi076>

12. George A, Rubin G. Non-attendance in general practice: a systematic review and its implications for access to primary health care. *Fam Pract.* 2003;20(2):178-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmi076>
13. Kaplan-Lewis E, Percac-Lima S. No-Show to primary care appointments: why patients do not come. *J Prim Care Community Health.* 2013;4(4):251-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/2150131913498513>
14. Rose KD, Ross JS, Horwitz LI. Advanced access scheduling outcomes: a systematic review. *Arch Intern Med.* 2011;171(13):1150-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2011.168>
15. Bennett KJ, Baxley EG. The effect of a carve-out advanced access scheduling system on no-show rates. *Fam Med.* 2009;41(1):51-6.
16. Murray M. Answers to your questions about same-day scheduling. *Fam Pract Manag.* 2005;12(3):59-64.
17. Salisbury C. Does advanced access work for patients and practices? *Br J Gen Pract.* 2004;54(502):330-1.
18. Salisbury C, Goodall S, Montgomery AA, Pickin DM, Edwards S, Sampson F, et al. Does Advanced Access improve access to primary health care? Questionnaire survey of patients. *Br J Gen Pract.* 2007;57(541):615-621.
19. Gerard K, Salisbury C, Street D, Pope C, Baxter H. Is fast access to general practice all that should matter? A discrete choice experiment of patients' preferences. *J Health Serv Res Policy.* 2008;13 Suppl 2:3-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1258/jhsrp.2007.007087>
20. Kiran T, O'Brien P. Challenge of same-day access in primary care. *Can Fam Physician.* 2015;61(5):399-400.
21. Phan K, Brown SR. Decreased continuity in a residency clinic: a consequence of open access scheduling. *Fam Med.* 2009;41(1):46-50.
22. Salisbury C, Montgomery AA, Simons L, Sampson F, Edwards S, Baxter H, et al. Impact of Advanced Access on access, workload, and continuity: controlled before-and-after and simulated-patient study. *Br J Gen Pract.* 2007;57(541):608-14.
23. Vedsted P, Sokolowski I, Olesen F. Open Access to General Practice Was Associated with Burnout among General Practitioners. *Int J Family Med.* 2013;2013:383602. DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/383602>
24. Ahluwalia S, Offredy M. A qualitative study of the impact of the implementation of advanced access in primary healthcare on the working lives of general practice staff. *BMC Fam Pract.* 2005;6:39. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-6-39>
25. Tesser CD, Poli Neto P, Campos GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010;15(Suppl 3):3615-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900036>
26. Goodall S, Montgomery A, Banks J, Sampson F, Pickin M, Salisbury C. Implementation of Advanced Access in general practice: postal survey of practices. *Br J Gen Pract.* 2006;56(533):918-23.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à Demanda Espontânea. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. [acesso 2017 Jun 1]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf
28. Takeda S. A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Duncan MS, Giugliani C. *Medicina Ambulatorial. Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências.* Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 19-32.

^a Médica de Família e Comunidade do Município de Curitiba. Curitiba, PR, Brasil.
anuchas@uol.com.br (*Autora correspondente*)

Coordenação do cuidado e ordenação nas redes de atenção pela Atenção Primária à Saúde – uma proposta de itens para avaliação destes atributos

Evaluation of health care coordination and health care networks ordination by Primary Health Care – a proposal of items for the evaluation of these attributes

Coordinación del cuidado y clasificación en las redes de atención por la Atención Primaria de Salud – una propuesta de ítems para la evaluación de estos atributos

Patricia Sampaio Chueiri^a, Erno Harzheim^a, Silvia Maristela Pasa Takeda^b

Resumo

Introdução: A formação de redes de atenção à saúde (RAS) tem se mostrado como uma forma de organização de sistemas de saúde eficaz para responder a alguns dos atuais desafios epidemiológicos e estruturais destes sistemas. O Brasil vem caminhando para a regionalização e a conformação de redes de atenção à saúde. A fim de avaliar o desenvolvimento das RAS, propõe-se um conjunto de itens para inferir dois dos atributos das redes: a coordenação do cuidado individual e a ordenação das RAS pela Atenção Primária à Saúde. **Métodos:** Utilizou-se o Método Delphi, composto pelas seguintes etapas: definição inicial dos itens a serem avaliados e composição do grupo de experts, realização de quatro rodadas do Delphi e avaliação dos resultados. **Resultados:** O produto final foi uma lista de 69 itens, destes, 59 questões atingiram estabilidade de opinião entre os experts e podem ser divididas em: um grupo de 44 itens que atingiram grau de consenso alto entre os experts para inclusão do item na lista final; um grupo de 12 itens que atingiram grau de consenso intermediário; e um grupo de 3 itens que atingiram grau de consenso baixo. A construção desta proposta de itens para avaliação das RAS tem por intuito central colaborar com as pesquisas relacionadas às avaliações sistêmicas dos serviços de saúde.

Abstract

Introduction: The creation of health care networks (HCN) in national health care systems has proved to be an effective form of organization of health care systems to address some of these epidemiological and structural challenges. Brazil has been moving towards the regionalization and conformation of HCN. In order to assess the development of HCNs, this research offers to define initial items that in the future will compose an evaluation tool capable of measuring two attributes of health care networks: individual care coordination and planning of HCNs by the Primary Health Care. **Methods:** We used the Delphi method, which involves the following steps: initial setting of items to be evaluated and composition of the experts group, conducting four rounds of Delphi and evaluation of results. **Results:** The final product was a list of 69 items, of these, 59 items reached stability between experts and can be divided into: a group of 44 items that achieved a high degree of consensus among the experts to include the item in the final list; a group of 12 items that reached an intermediate degree of consensus, and a group of 3 items that reached a low degree of consensus. The construction of this initial proposal of items for evaluation of HCN has the main goal of collaborating with researches related to the more systemic evaluations of health services.

Palavras-chave:

Atenção Primária à Saúde
Avaliação de Serviços de Saúde
Avaliação em Saúde

Keywords:

Primary Health Care
Health Services Evaluation
Health Evaluation

Como citar: Chueiri PS, Harzheim E, Takeda SMP. Coordenação do cuidado e ordenação nas redes de atenção pela Atenção Primária à Saúde – uma proposta de itens para avaliação destes atributos. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-18. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1363](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1363)

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
92.979 (UFRGS), aprovado em 10/09/2012.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.
Recebido em: 03/08/2016.
Aprovado em: 04/06/2017.

Resumen

Introducción: La formación de redes de atención de salud (RAS) ha demostrado ser una forma de organización de los sistemas de salud eficaz para responder a algunos de los actuales retos epidemiológicos y estructurales de estos sistemas. Brasil se ha estado moviendo hacia la regionalización y la conformación de redes de atención de salud. Con el fin de evaluar el desarrollo de las RAS, se propone elementos de ajuste para componer una herramienta que es capaz de evaluar dos de los atributos de las redes: la coordinación de la atención individual y la ordenación de RAS de Atención Primaria Salud. **Métodos:** Se utilizó el método Delphi, que comprende las siguientes etapas: definición inicial de los elementos a evaluar y la composición del grupo de expertos, la realización de cuatro rondas de Delphi y evaluación de los resultados. **Resultados:** El producto final fue una lista de 69 tópicos, de estos, 59 temas llegaron a vista de la estabilidad entre el experto y se pueden dividir en: un grupo de 44 elementos que han alcanzado alto grado de consenso entre los expertos para incluir el tema en la lista final; un grupo de 12 elementos alcanzó grado intermedio de consenso; y un grupo de tres artículos que alcanzaron bajo grado de consenso. La construcción de esta propuesta inicial de elementos para la evaluación de RAS tiene el objetivo central de colaborar con las investigaciones relacionadas con evaluaciones sistemáticas de los servicios de salud.

Palabras clave:

Atención Primaria de Salud
Evaluación de
Servicios de Salud
Evaluación en Salud

Introdução

A formação de redes de atenção à saúde tem se mostrado uma forma efetiva de enfrentamento de desafios organizacionais e assistenciais dos sistemas de saúde.¹⁻⁴ Entre estes desafios, destacam-se a dificuldade de acesso, o aumento da carga de doenças crônicas e a fragmentação da oferta de ações e serviços de saúde.⁵ No Brasil, soma-se à oferta indiscriminada de ações e serviços o desequilíbrio de recursos humanos e financeiros entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a atenção especializada (ambulatorial e hospitalar), o financiamento insuficiente, as iniquidades regionais e a formação profissional inapropriada.⁶

Acompanhando um processo mundial, o Brasil ruma para a criação e o fortalecimento de redes de atenção à saúde (RAS).⁴ Em um primeiro momento, pautado pelas diretrizes constitucionais de descentralização e regionalização, e, a seguir, avançando em um processo normativo apoiado na conformação de regiões de saúde e na definição de responsabilidades de cada esfera de gestão.^{3,7-13} Observa-se, porém, incipiente progresso na integração entre o planejamento e a organização dos serviços de saúde e a execução das ações.^{3,7-13}

Além da regionalização, as redes de atenção à saúde requerem uma atenção primária forte e estruturada, ou seja, que exerça os papéis de ordenação e de porta de entrada prioritária nas RAS, e responsável pela coordenação do cuidado das pessoas.⁴

AAPS teve uma expansão exponencial no Brasil com a Estratégia Saúde da Família nas décadas de 90 e 2000¹⁴⁻¹⁶ e desde 2013 também viu o interesse de diferentes atores (população, mídia e associações médicas) aumentar com a criação do Programa Mais Médicos. Contudo, ainda enfrenta a necessidade de legitimação perante à sociedade e aos gestores, necessitando melhorar o acesso, superar déficits de infraestrutura, de qualificação profissional e de resolutividade.^{17,18}

A importante tarefa da APS em assumir a responsabilidade pela ordenação da rede e pela coordenação do cuidado é justificada especialmente por dois fatos. Um deles é o princípio organizativo das RAS, que deve ser constituída a partir das necessidades de saúde da população. É na APS que as pessoas são cadastradas, acompanhadas, estratificadas em relação a riscos e vulnerabilidades e têm, portanto, suas necessidades identificadas de forma mais abrangente.^{4,19}

O outro fato é a hegemonia das doenças crônicas no perfil epidemiológico e o cuidado diferenciado que estas doenças demandam.²⁰ São situações frequentemente complexas, envolvendo diversos serviços de saúde, o que amplia a possibilidade de nova solicitação de exames, o risco de interações medicamentosas, a falta de comunicação entre os profissionais, a não corresponsabilização e subsidiariedade sobre o cuidado entre os diversos serviços, aumentando a chance de erros e complicações, e elevando o custo do cuidado desses pacientes para o sistema de saúde, para o próprio paciente, sua família e a sociedade.²¹⁻²³ A coordenação do cuidado é vista, na literatura, como uma ação essencial para que os profissionais de saúde enfrentem os riscos apresentados acima.²³

A organização das redes de atenção à saúde vem se dando de forma heterogênea em todo o mundo, e pode-se dizer que parte das dificuldades de intercâmbio, análise e comparação dessas estratégias deve-se à nomenclatura diversa e à amplitude de ações a que se referem.^{2,4,24} A fim de delimitar esse campo conceitual, diversos autores e organismos internacionais têm proposto definições e características que demarquem o conceito de redes de atenção à saúde.^{1,3,25,26}

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como serviços integrados ou redes de atenção à saúde: “gestão e prestação de serviços de saúde para que os usuários recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades ao longo do tempo e em diferentes níveis do sistema de saúde”.²⁵ Neste sentido, em 2010, a Organização Pan-Americana da Saúde propôs 14 atributos, divididos em 4 eixos, para a caracterização das redes de atenção à saúde (Quadro 1).⁴

Quadro 1. Atributos das Redes de Atenção à Saúde.

Eixo Modelo Assistencial
Atributo 1 – Território e população definidos, com amplo conhecimento das necessidades e preferências em relação à saúde.
Atributo 2 – Rede de serviços extensa, que presta cuidado integral.
Atributo 3 – Atenção primária que cobre toda a população; está organizada em equipes multiprofissionais; que é a principal porta de entrada do sistema; é responsável pela coordenação do cuidado e é resolutive, sendo capaz de resolver os principais problemas de saúde de sua população.
Atributo 4 – Prestação de serviços especializados em lugares apropriados e preferencialmente em ambientes extra-hospitalares.
Atributo 5 – Existência de mecanismos de coordenação assistencial em todos os serviços.
Atributo 6 – Atenção à saúde centrada na pessoa, na família e na comunidade, levando em conta as particularidades culturais.
Eixo Governança e estratégia
Atributo 7 – Sistema de governança único para todos os serviços.
Atributo 8 – Participação social ampla.
Atributo 9 – Ação Intersetorial e abordagem dos determinantes sociais da saúde e da equidade em saúde.
Eixo Organização e gestão
Atributo 10 – Gestão integrada de apoio clínico, administrativo e logístico.
Atributo 11 – Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e valorizados.
Atributo 12 – Sistema de informação integrado que vincula todos os serviços da rede e que gera relatórios de acordo com as necessidades locais.
Atributo 13 – Gestão baseada em resultados.
Eixo Alocação de recursos financeiros e incentivos
Atributo 14 – Financiamento adequado e incentivos alinhados com as metas da rede.

Fonte: Adaptado de OPAS.⁴

A coordenação do cuidado pode ser traduzida como uma organização deliberada do cuidado individual, centrada na pessoa; com o objetivo de integrar e dar continuidade às várias ações de saúde prestadas por diferentes profissionais ou em diferentes serviços da rede. É concretizada a partir do acesso à informação, da responsabilização pelo cuidado e da organização do fluxo do usuário na rede de atenção a saúde.

A coordenação implica também em buscar garantir que o paciente receba, nos outros pontos de atenção, o cuidado que necessita, com a efetividade desejada, englobando parte dos conceitos de acesso e integralidade. Nesta pesquisa, optou-se por incluir a palavra individual após a expressão coordenação do cuidado com o objetivo de enfatizar que este conceito se refere a ações de cuidado da equipe para uma pessoa.^{19,27,28}

Em relação à ordenação das Redes de Atenção à Saúde pela APS, pressupõe-se que o planejamento do uso dos recursos financeiros, da necessidade de formação profissional e das ações e serviços que conformam as RAS seja programado, estruturado, disposto, organizado, estabelecido, portanto, ordenado, a partir das necessidades de saúde da população. Como a responsabilidade de identificar as necessidades de saúde da população é prioritariamente da APS, assim como a demanda por outros serviços e ações em outros pontos de atenção, significa que é a partir desta ação da APS que a gestão deve ordenar as Redes de Atenção a Saúde.^{3,29}

O Quadro 2 relaciona os atributos propostos pela OPAS com conceitos e funções da APS, trazidos por Starfield e Mendes.^{3,30}

Quadro 2. Síntese dos atributos das RAS, da APS e da função da APS nas RAS.

Conceitos	Atributos das RAS (OPAS)	Atributos da APS (Starfield)	Função da APS nas RAS (Mendes)
Coordenação do cuidado individual na RAS	Primeiro nível multidisciplinar, que cobre toda a população. É porta de entrada ao sistema, que integra e coordena a saúde, além de satisfazer a maior parte das necessidades de saúde da população. (atributo 3)	Acesso Primeiro contato Integralidade Coordenação da atenção	Responsabilidade Comunicação
	Existência de mecanismos de coordenação assistencial ao longo de todo o contínuo de serviços de saúde. (atributo 5)	Coordenação da atenção Integralidade	Resolubilidade Responsabilidade Comunicação
Ordenação da rede de atenção à saúde	População e território definido, amplo conhecimento de suas necessidades de saúde e preferências nas questões de saúde que determinam a oferta de serviços (ordenação dos serviços). (atributo 1)	Cadastro de paciente e Longitudinalidade, atenção orientada à pessoa fornecida ao longo do tempo Acesso, Primeiro contato	Responsabilidade
	Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com a decomposição dos dados por sexo, idade, lugar de residência, etnia. (atributo 12)	Cadastro de paciente e Longitudinalidade, atenção orientada à pessoa fornecida ao longo do tempo Coordenação da atenção Acesso primeiro contato Integralidade	Responsabilidade Comunicação

Fonte: Autoria própria, 2013.

Na revisão da literatura sobre a avaliação de RAS, não foi possível identificar um instrumento validado que visasse medir a presença e o grau de consolidação dos atributos das RAS, nem o papel da APS nas redes.

Neste sentido, este artigo tem como objetivo propor um conjunto de elementos-chave que permitam avaliar a coordenação do cuidado individual e o papel de ordenação das redes de atenção à saúde pela APS para no futuro compor um instrumento de avaliação das redes.

Métodos

Pela revisão da literatura não sistemática, foram identificados elementos postulados como constituintes das RAS e importantes para que a APS coordene o cuidado e ordene a RAS. Estes elementos integraram a primeira versão do instrumento a ser testado, conforme descrito abaixo.

A revisão da literatura foi efetuada por meio dos seguintes termos de busca: *integrated health care systems; care continuity; case management; integration of health care delivery; healthcare evaluation mechanisms*; redes de atenção à saúde; avaliação de redes de atenção à saúde; coordenação do cuidado; ordenação das redes de atenção à saúde. As seguintes bases de dados foram utilizadas: PubMed e SciELO.

Realizou-se, a seguir, um estudo de busca de consenso por meio do método Delphi, que consiste na submissão iterativa de uma lista de itens temáticos a um grupo de experts, a fim de que este grupo alcance uma opinião consensual em relação a um conjunto de elementos propostos.³¹

O grupo de experts foi definido por indicações das seguintes instituições: o Departamento de Atenção Básica e o Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde Brasileiro; a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; a Associação Brasileira de Enfermagem; o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); e pesquisadores com experiência no tema.

Os critérios para indicação dos participantes do Método Delphi foram ser profissionais de saúde atuando na assistência (prática clínica da APS ou serviço especializado), na academia (docentes, pesquisadores, preceptores que produzam conhecimento e ensinem na área da gestão ou APS) ou em uma das três esferas de gestão do SUS envolvidas com APS ou gestão das RAS e estejam atuando no seu campo no mínimo há dois anos. Orientou-se, também, que as indicações considerassem as diversas regiões do país, com o objetivo de que o grupo fosse o mais representativo possível da realidade brasileira.

Os profissionais indicados foram convidados a participar da pesquisa Delphi por meio de correio eletrônico, e aqueles que aceitaram participar receberam cópia do projeto; o cronograma das rodadas do Delphi; e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram realizadas quatro etapas do Delphi, chamadas de rodadas. Cada rodada teve a duração de 21 dias, incluindo todos os passos descritos na Figura 1. A cada rodada era enviada de forma individual e anônima para cada expert a estatística das rodadas anteriores, o que possibilitava que os participantes comparassem sua opinião com a opinião do grupo e refletissem sobre sua opinião na próxima rodada. Isso propiciava que a cada rodada o consenso em torno das questões do instrumento fosse aumentando e a estabilidade das respostas fosse elevando (Figura 1).

Durante cada rodada, o participante deveria opinar em manter ou excluir cada um dos itens. Apenas na primeira rodada permitiu-se que fossem sugeridos novos aspectos e/ou modificada a redação dos itens em análise.

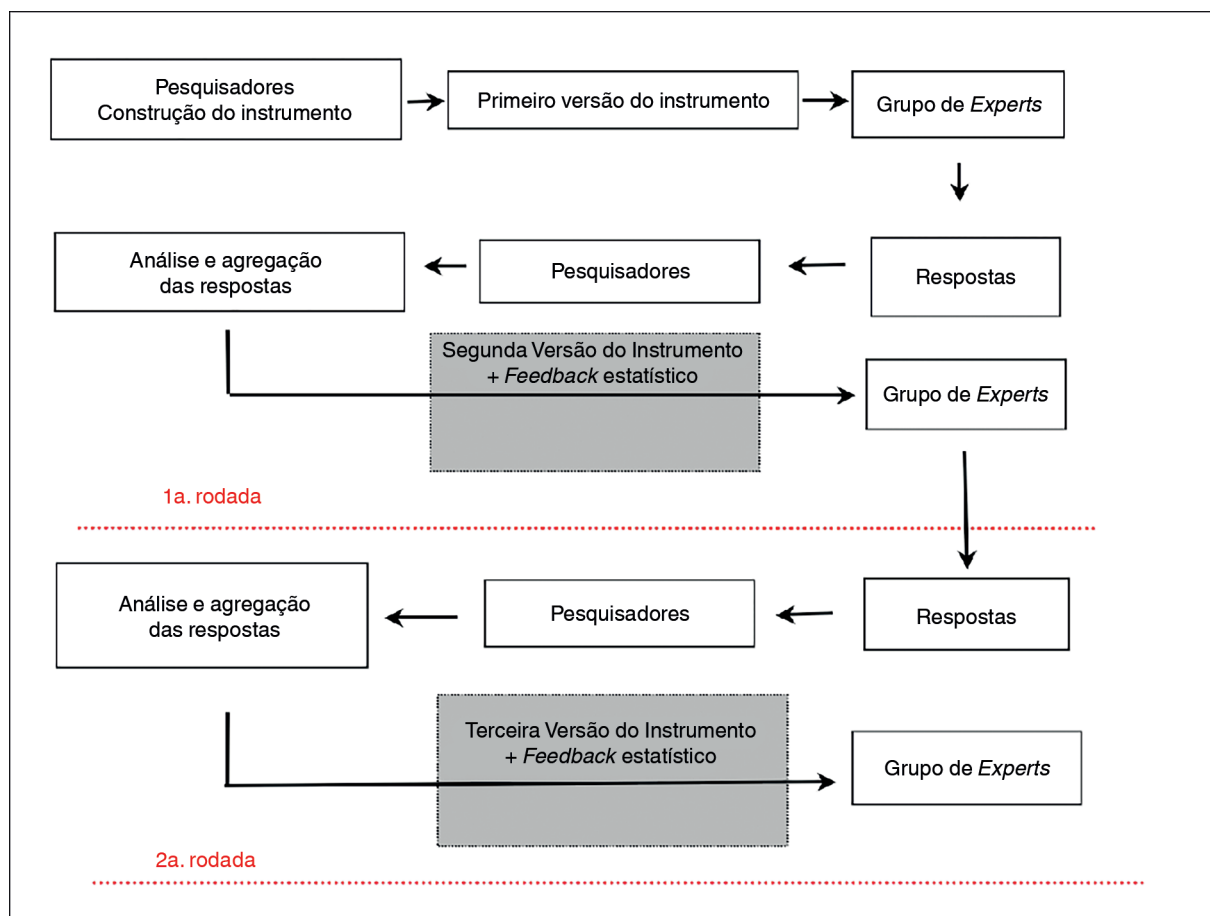


Figura 1. Fluxograma ilustrativo da metodologia Delphi. Fonte: Adaptado de Fontanive.³²

Após cada rodada, fez-se a análise estatística das respostas para cada um dos itens, utilizando-se o *software* Excel®, e incluiu-se o percentual de participantes que optaram por manter cada item no instrumento (grau de consenso), o percentual que mudou de opinião (estabilidade das respostas) e a opinião do próprio participante na rodada anterior.

A avaliação estatística realizada entre a primeira e a segunda rodada não teve caráter eliminatório de itens, pois há necessidade de estabilização das opiniões, o que exige, no mínimo, duas rodadas de avaliação sobre os mesmos itens. A análise da primeira rodada também incluiu a decisão dos pesquisadores em relação à inclusão dos novos itens sugeridos pelos experts (esta decisão foi baseada na revisão de literatura e na experiência com o tema). Assim, adequou-se a primeira versão do instrumento de acordo com a avaliação inicial do grupo, o que levou à criação da segunda versão.

Definiu-se como estabilidade nas respostas quando a oscilação da opinião do grupo em relação a cada item fosse inferior a 10% entre duas rodadas consecutivas, e como alto grau de consenso quando o item apresentava mais de 90% de concordância em relação à inclusão do item/questão no instrumento; considerou-se grau de consenso intermediário sempre que a concordância ficasse entre 60 e 90%; e baixo grau de consenso quando a concordância estivesse abaixo de 60%.

Quando o item atingia estabilidade de resposta (<10% de mudança de opinião), observava-se o grau de consenso; se este era de alto grau, o item era excluído das rodadas seguintes, por poder ser incorporado já naquele momento à lista de itens que foi proposta ao final do estudo. Se não houvesse alto grau de consenso, ou seja, se houvesse grau de consenso intermediário ou baixo, com estabilidade ou não na resposta, o item era mantido por mais uma rodada, e se não alcançasse consenso nesta segunda tentativa, era excluído das rodadas seguintes.

O projeto foi aprovado em 10 de setembro de 2012 pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o número de Parecer 92.979.

Resultados e Discussão

Foram indicados 50 profissionais para compor o grupo de experts do Delphi; destes, 39 aceitaram participar do estudo. O perfil detalhado dos experts está descrito na Tabela 1.

O Delphi foi feito em quatro rodadas. Na primeira, 100% (39) dos experts participantes responderam o instrumento; na segunda, 38 responderam; e, na terceira e quarta rodadas, 37 responderam.

O instrumento da primeira rodada era constituído de 58 questões, divididas em 5 dimensões, similares aos principais atributos das RAS, porém relacionados aos atributos objetos da avaliação. Na segunda rodada, foram incluídas 11 questões novas e 18 (31%) questões já existentes foram adaptadas quanto à forma, por sugestões dos participantes. Nenhuma sugestão de inclusão dos experts foi vetada. Deste modo, a segunda versão do instrumento passou a conter 69 itens. Abaixo, segue a discussão e apresentação dos resultados mais relevantes subdivididos nas cinco dimensões do instrumento. Na Tabela 2 estão descritos detalhadamente os resultados de cada item.

População e território

A primeira dimensão é composta por 10 questões. Destas, três (questões 1, 3 e 8) atingiram, já na segunda rodada, estabilidade e grau de consenso alto. O consenso relacionado à questão 3 é o que chama mais atenção, pois explicita a consolidação do papel da APS como principal porta de entrada do sistema. Duas questões atingiram estabilidade somente na quarta rodada, uma com alto grau de consenso (q5) e outra com grau de consenso intermediário (q6), e ambas tratam da adscrição populacional para a atenção especializada.

Do total de dez questões desta primeira dimensão, quatro se mantiveram instáveis até última rodada. Destas, duas, que abordavam o reconhecimento pelas equipes de saúde de suas funções e responsabilidades na RAS, chamam a atenção (q4 e q8.2), pois, apesar do consenso intermediário dos experts, vários autores reconhecem a importância das equipes conhecerem suas responsabilidades tanto para a avaliação de seu desempenho como para o desenvolvimento de sistemas de saúde.^{3,4,10,22,24} Diferentemente da opinião dos experts, para os pesquisadores é manifesta a relevância destas perguntas, pois somente a partir da avaliação do trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde e do reconhecimento das suas responsabilidades será possível avançar na melhoria do cuidado e no maior impacto nos indicadores de saúde.

Tabela 1. Características sociodemográficas e de atuação profissional dos experts participantes do Delphi, Porto Alegre, 2013.

Variáveis	Profissionais da gestão n = 21 (53.8%)	Profissionais da assistência n = 9 (23.1%)	Profissionais da academia/universidade n = 9 (23.1%)	Total de Experts n = 39 (100%)
Características	n (%) / média (DP)			
Idade (anos)	44 (10,8)	37,2 (8,8)	49,3 (9,2)	43,7(10,6)
Sexo				
Feminino	10 (47,6%)	0	6 (66,7%)	16 (41%)
Masculino	11 (52,4%)	9(100%)	3 (33,3%)	23 (59%)
Tempo de formação (anos)	19,5 (11)	11,7(7,7)	25,1(10)	18,9(10,9)
Campo de atuação				
Atenção básica	8 (38.1%)	-	-	8 (20,5%)
Atenção especializada (ambulatorial/hospitalar)	3 (14,3%)	-	-	3 (7,6%)
Vigilância	1(4.7%)	-	-	1(2,6%)
Educação Permanente/Professor/Preceptor/ Coordenador de Ensino	1(4.7%)	4 (44,4%)	4 (44.4%)	9(23%)
Organismo Internacional	2 (9.6%)	-	-	2(5,2%)
Planejamento/Articulação	3 (14.3%)	-	-	3 (7,6%)
Consultor	2 (9.6%)	-	-	2(5,2%)
Secretário	1(4.7%)	-	-	1(2,6%)
Médico de equipe saúde da família	-	5 (55.6%)	-	5(12,8%)
Pesquisador	-	-	4 (44.4%)	4(10,2%)
Estudante	-	-	1(11.2%)	1(2,6%)
Nível de atuação				
Municipal	4 (19%)	-		
Estadual	5 (23.8%)	-		
Federal	6 (28.6%)	-		
Serviço	3 (14.3%)	-	Não se aplica	Não se aplica
Atenção básica	-	8 (88.9%)		
Atenção especializada (ambulatorial/hospitalar)	-	1(11.1%)		
Não se aplica	3 (14.3%)			
Tempo médio de trabalho na área (anos)	11,3 (7)	11,5 (7,7)	16 (13,21)	12,5(9)
Já participou de um Estudo Delphi				
Sim	6 (28.6%)	2 (22.2%)	5 (55.5%)	13 (33.4%)
Não	15 (71.4%)	7 (77.8%)	4 (44.5%)	26 (66.6%)

Fonte: Autoria Própria.

Atenção Primária à Saúde

A segunda dimensão, que abordava a APS, foi dividida em três subdimensões: aspectos gerais, aspectos relacionados à identificação das necessidades de saúde e integração com outros serviços da RAS e sistemas de informação da APS, totalizando 26 itens.

Destes 26, treze (50%) (questões 9, 13, 16, 18, 19, 21, 22, 27, 28, 29, 30, 31, 32) tiveram, logo na segunda rodada, estabilidade e alto grau de consenso para inclusão no instrumento. Todas as questões relacionadas a sistemas de informação da APS estavam neste grupo, demonstrando o consenso em

Tabela 2. Lista de itens propostos, percentual de consenso e de mudança de opinião dos experts quanto aos itens propostos para avaliar a coordenação do cuidado individual e a ordenação das redes de atenção à saúde pela atenção primária, resultado Delphi, Estudo Delphi, Porto Alegre, 2013.

Número da questão	Questão/Item do instrumento	Primeira rodada		Segunda Rodada		Terceira Rodada		Quarta Rodada		Resultado final das rodadas de consenso (Delphi)
		Percentual de experts que optaram pela inclusão da questão (Posição do grupo)	Percentual de experts que optaram pela inclusão da questão (Posição do grupo)	Percentual de mudança de opinião dos experts que responderam as duas rodadas (primeira e segunda)	Percentual de experts que optaram pela inclusão da questão (Posição do grupo)	Percentual de mudança de opinião dos experts que responderam as duas rodadas (segunda e terceira)	Percentual de experts que optaram pela inclusão da questão (Posição do grupo)	Percentual de mudança de opinião dos experts que responderam as duas rodadas (terceira e quarta)		
q1	As regiões que compõem a RAS são organizadas a partir de bases territoriais?	97,30	100,00	0,00	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Estável e há consenso alto de incluir na segunda rodada
q2	Além da base territorial, a população sob responsabilidade da RAS está definida?	84,20	84,21	16,70	91,89	8,10	97,30	11,10	11,10	Instável porém há consenso alto de incluir na quarta rodada*
q3	A população sob responsabilidade da RAS está toda adscrita a unidades de APS?	97,37	94,59	2,90	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Estável e há consenso alto de incluir na segunda rodada
q4	A equipe da APS reconhece a sua responsabilidade pela população adscrita?	76,32	62,16	22,20	62,16	5,40	62,16	11,10	11,10	Instável porém há consenso intermediário de incluir na quarta rodada*
q5	Os serviços especializados tem regiões de saúde definidas como de sua responsabilidade?	84,21	81,58	11,10	86,49	5,40	91,89	5,60	5,60	Estável e há consenso alto de incluir no instrumento na quarta rodada
q6	Há adscrição populacional para os outros pontos de atenção (serviços de saúde) especializada?	81,08	68,42	19,40	67,57	5,40	64,86	2,80	2,80	Estável e há consenso intermediário de incluir na quarta rodada
q7	Os serviços especializados e suas respectivas populações foram definidos através de parâmetros de escala (considerando a oferta, a demanda e a qualidade)?	88,89	92,11	2,80	100,00	8,10	Excluída	Excluída	Excluída	Estável e há consenso alto de incluir na terceira rodada
q8	Os serviços especializados e suas respectivas populações foram definidos através de parâmetros de escopo (considerando demanda e necessidades semelhantes de infra estrutura e de profissionais)?	91,89	97,37	2,80	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Estável e há consenso alto de incluir na segunda rodada
q8_1	Há diagnóstico do perfil da população sob responsabilidade da RAS (perfil sócio-demográfico-epidemiológico)?	Questão nova	86,84	Não se aplica	89,19	8,10	91,89	13,90	13,90	Instável porém há consenso alto de incluir na quarta rodada*
q8_2	A equipe de atenção especializada reconhece suas funções e responsabilidades na RAS?	Questão nova	76,32	Não se aplica	69,44	13,50	67,57	11,10	11,10	Instável porém há consenso intermediário de incluir na quarta rodada*
q9	A APS realiza o cadastro das famílias e dos indivíduos sob sua responsabilidade independente da utilização desses pelo serviço?	100,00	97,37	2,80	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Estável e há consenso alto de incluir na segunda rodada
q10	A equipe de APS possui registros dos usuários segundo fatores de risco de adoecimento e por condições de saúde estabelecidas?	89,19	97,37	8,30	97,30	0,00	Excluída	Excluída	Excluída	Estável e há consenso alto de incluir na terceira rodada
q11	Dentro dos registros de condições crônicas de saúde, há estratificação de cada grupo por risco?	83,33	81,58	14,30	86,11	8,10	88,89	2,80	2,80	Estável e há consenso intermediário de incluir na quarta rodada
q11_1	A APS está organizada de forma a respeitar os limites de população por equipe estabelecida nas normativas nacionais?	Questão nova	57,14	Não se aplica	45,95	18,90	40,54	8,30	8,30	Atingiu critério de exclusão na quarta rodada
q12	A identificação das necessidades de saúde é feita de forma sistematizada e permanente pela APS?	81,08	71,05	8,30	72,22	5,40	72,97	2,80	2,80	Estável e há consenso intermediário de incluir na quarta rodada

Continuação Tabela 2.

Número da questão	Questão/Item do instrumento	Primeira rodada		Segunda Rodada		Terceira Rodada		Quarta Rodada		Resultado final das rodadas de consenso (Delphi)
		Percentual de experts que optaram pela inclusão da questão da questão (Posição do grupo)	Percentual de experts que optaram pela inclusão da questão da questão (Posição do grupo)	Percentual de mudança de opinião dos experts que responderam as duas rodas (primeira e segunda)	Percentual de experts que optaram pela inclusão da questão da questão (Posição do grupo)	Percentual de mudança de opinião dos experts que responderam as duas rodas (segunda e terceira)	Percentual de experts que optaram pela inclusão da questão da questão (Posição do grupo)	Percentual de mudança de opinião dos experts que responderam as duas rodas (terceira e quarta)		
q13	A gestão apóia, instrumentaliza e acompanha a APS na utilização eficiente de dispositivos e mecanismos para a identificação das necessidades de saúde da população?	94,74	92,11	2,80	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Estável e há consenso alto de incluir na segunda rodada
q14	Os serviços de APS desta RAS usam informações para identificar as necessidades de saúde e definir assim que ações e serviços são necessários à comunidade que atende?	89,19	86,84	8,30	89,19	2,70	94,59	5,60	5,60	Estável e há com consenso alto de incluir na quarta rodada
q15	As pessoas usuárias e suas famílias tem confiança e usam regularmente os serviços de APS (existe um vínculo estreito e contínuo)?	81,58	72,97	11,40	81,08	16,20	86,49	5,60	5,60	Estável e há com consenso interm-diário de incluir na quarta rodada
q16	No serviço de saúde de APS, os usuários são na maioria das vezes atendidos pelo mesmo médico/enfermeira/cirurgião dentista (equipe de APS)?	94,74	94,74	0,00	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Estável e há consenso alto de incluir na segunda rodada
q17	Os serviços de APS conhecem o histórico de saúde completo de cada usuário?	78,95	71,05	13,90	72,97	2,70	72,97	0,00	0,00	Estável e há com consenso interm-diário de incluir na quarta rodada
q18	Os serviços de saúde de APS entregam todos os resultados dos exames complementares aos seus usuários?	97,37	97,37	5,60	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Estável e há consenso alto de incluir na segunda rodada
q19	Os prontuários estão disponíveis quando os serviços de APS atendem os usuários adscritos em seu território?	100,00	100,00	0,00	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Estável e há consenso alto de incluir na segunda rodada
q20	O serviço de saúde de APS é responsável por marcar a consulta e/ou exames complementares na atenção especializada?	86,84	86,84	11,10	89,19	2,70	91,89	2,80	2,80	Estável e há com consenso alto de incluir na quarta rodada
q21	Quando os profissionais da APS encaminham seus usuários, eles fornecem informação para levar ao especialista?	97,37	94,74	2,80	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Estável e há consenso alto de incluir na segunda rodada
q22	Os profissionais da APS têm conhecimento das consultas que seus usuários fazem a especialistas ou serviços especializados e do que foi abordado nela?	97,37	97,37	0,00	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Estável e há consenso alto de incluir na segunda rodada
q23	Os serviços de APS tem conhecimento caso seus usuários tivessem dificuldade de acesso a exames ou consultas com especialistas indicados pelos serviços de APS?	89,19	89,47	5,60	94,59	5,40	Excluída	Excluída	Excluída	Estável e há consenso alto de incluir na terceira rodada
q24	Os profissionais da APS usam instrumentos para integrar o cuidado recebido entre todos os pontos de atenção?	86,84	91,89	13,90	94,29	10,80	Excluída	Excluída	Excluída	Estável e há consenso alto de incluir na terceira rodada
q25	A equipe de APS e a gestão, após conhecerem as necessidades de saúde da sua população, revêm sistematicamente suas ofertas ou carteira de ações e serviços para a população?	89,47	92,11	5,60	94,44	5,40	Excluída	Excluída	Excluída	Estável e há consenso alto de incluir na terceira rodada
q26	Se necessário a equipe tem autonomia para modificar/ampliar suas ofertas ou carteira de ações e serviços?	84,21	71,05	16,70	69,44	21,60	59,46	13,90	13,90	Instável e há consenso baixo de incluir na quarta rodada*
q27	A partir da identificação das necessidades de saúde mais frequentes, a equipe de APS é solicitada a apoiar a gestão para programar o restante das ações e serviços da RAS necessários para aquela população definida?	94,59	92,11	2,90	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Estável e há consenso alto de incluir na segunda rodada

Continuação Tabela 2.

Número da questão	Questão/Item do instrumento	Primeira rodada		Segunda Rodada		Terceira Rodada		Quarta Rodada		Resultado final das rodadas de consenso (Delphi)
		Percentual de experts que optaram pela inclusão da questão (Posição do grupo)	Percentual de experts que optaram pela inclusão da questão (Posição do grupo)	Percentual de mudança de opinião dos experts que responderam as duas rodadas (primeira e segunda)	Percentual de experts que optaram pela inclusão da questão (Posição do grupo)	Percentual de mudança de opinião dos experts que responderam as duas rodadas (segunda e terceira)	Percentual de experts que optaram pela inclusão da questão (Posição do grupo)	Percentual de mudança de opinião dos experts que responderam as duas rodadas (terceira e quarta)		
q27_1	A equipe planeja seu aprendizado e incorporação de novas tecnologias a partir do levantamento de necessidades de saúde da população?	Questão nova	76,47	Não se aplica	77,78	21,60	70,27	8,30	Estável e há com consenso intermediário de incluir na quarta rodada	
q28	A APS trabalha com sistemas de informação capazes de cadastrar toda a sua população?	97,37	97,37	5,60	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Estável e há consenso alto de incluir na segunda rodada	
q29	A APS trabalha com sistemas de informação capazes de registrar, acessar e disponibilizar informações clínicas?	97,37	97,37	0,00	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Estável e há consenso alto de incluir na segunda rodada	
q30	APS tem acesso a sistemas de informação para registrar e acessar informações epidemiológicas?	100,00	97,37	2,80	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Estável e há consenso alto de incluir na segunda rodada	
q31	A APS trabalha com sistemas de informação suficientes para registrar, acessar e disponibilizar informações gerenciais?	97,37	94,74	2,80	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Estável e há consenso alto de incluir na segunda rodada	
q32	Há integração dos diferentes sistemas de informação?	94,74	94,59	5,70	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Estável e há consenso alto de incluir na segunda rodada	
q33	A referência (encaminhamento) da APS é um requisito para a maioria dos acessos eletivos aos outros pontos de atenção à saúde?	97,37	97,37	0,00	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Estável e há consenso alto de incluir na segunda rodada	
q34	No contexto de serviços suplementares ou privados, há incentivos para os usuários adotarem a APS como porta de entrada da rede?	68,42	48,65	19,40	40,54	10,80	27,03	11,10	Instável e com baixo consenso de inclusão na quarta rodada*	
q35	Há uma boa interação entre as equipes de APS e de atenção ambulatorial especializada através de: inter consultas, segunda opinião ou orientações rotineiras ou sessões clínicas conjuntas?	94,74	92,11	2,80	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Estável e há consenso alto de incluir na segunda rodada	
q36	Há uma boa interação entre as equipes de APS e de atenção hospitalar através de: inter consultas, segunda opinião ou orientações rotineiras ou sessões clínicas conjuntas?	86,84	86,84	11,10	91,89	5,40	94,59	2,80	Estável e há consenso alto de incluir na quarta rodada	
q37	Existe alguma forma de comunicação utilizada e efetiva entre os hospitais e ambulatorios especializados e a APS?	94,59	94,74	5,70	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Estável e há consenso alto de incluir na segunda rodada	
q38	Existem sistemas de informação comuns a esses pontos de atenção?	94,74	92,11	2,80	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Estável e há consenso alto de incluir na segunda rodada	
q38_1	Se não são comuns, são inter operáveis, com troca de informações mínimas acontecendo entre os diversos sistemas?	86,11	78,95	11,10	83,33	10,80	83,33	0,00	Estável e há consenso alto de incluir na quarta rodada	
q39	Os resultados de exames de análises clínicas, de patologia clínica, de imagens e outros podem ser visualizados por diversos pontos de atenção?	92,11	89,47	2,80	89,19	0,00	Excluída	Excluída	Estável e há consenso intermediário de incluir na terceira rodada	
q40	Há um prontuário eletrônico que integra as informações e é utilizado pela APS, atenção ambulatorial especializada e atenção hospitalar?	94,74	92,11	2,80	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Estável e há consenso alto de incluir na segunda rodada	

Continuação Tabela 2.

Número da questão	Questão/Item do instrumento	Primeira rodada		Segunda Rodada		Terceira Rodada		Quarta Rodada		Resultado final das rodadas de consenso (Delphi)
		Percentual de experts que optaram pela inclusão da questão (Posição do grupo)	Percentual de experts que optaram pela inclusão da questão (Posição do grupo)	Percentual de mudança de opinião dos experts que responderam as duas rodadas (primeira e segunda)	Percentual de experts que optaram pela inclusão da questão (Posição do grupo)	Percentual de mudança de opinião dos experts que responderam as duas rodadas (segunda e terceira)	Percentual de experts que optaram pela inclusão da questão (Posição do grupo)	Percentual de mudança de opinião dos experts que responderam as duas rodadas (terceira e quarta)		
q41	É comum os serviços de APS receberem alguma notificação quando o usuário esteve em pontos de atenção de urgência e emergência ou teve internações de urgência ou eletivas ou teve alta hospitalar?	94,74	94,74	0,00	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Estável e há consenso alto de incluir na segunda rodada
q41_1	Os serviços de APS recebem informações clínicas (eletrônica ou não) sobre o cuidado realizado nos pontos de atenção de urgência e emergência?	92,11	89,19	2,90	94,44	10,80	94,59	2,80	2,80	Estável e há consenso alto de incluir na quarta rodada
q42	Existem espaços (ex.: reuniões, debates, educação permanente) para a discussão conjunta das formas de relação e fluxos entre os pontos de atenção?	94,74	97,37	8,30	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Estável e há consenso alto de incluir na segunda rodada
q43	Os serviços hospitalares e ambulatoriais especializados operam de forma integrada com a APS?	83,78	78,95	8,30	86,49	13,50	94,59	13,90	13,90	Instável porém há com consenso alto de incluir na quarta rodada*
q44	Há corresponsabilidade entre esses pontos de atenção?	91,67	89,47	2,90	94,59	5,40	Excluída	Excluída	Excluída	Estável e há consenso alto de incluir na segunda rodada
q45	A região de saúde ou o município tem hoje definido linhas de cuidados para os problemas de saúde de maior frequência e transcendência na população sobre sua responsabilidade?	100,00	100,00	0,00	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Estável e há consenso alto de incluir na segunda rodada
q46	Há atividades de educação permanente conjunta dos diversos profissionais destes diferentes pontos de atenção?	97,37	91,89	5,60	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Estável e há consenso alto de incluir na segunda rodada
q46_1	As informações relacionadas aos fluxos, referências e etc. estão amplamente disponíveis/divulgados?	Questão nova	71,05	Não se aplica	64,86	10,80	55,56	16,70	16,70	Instável e com baixo consenso de inclusão na quarta rodada*
q46_2	Os diferentes atores nos diversos pontos da rede tem conhecimento das informações relacionadas aos fluxos, referências?	Questão nova	67,57	Não se aplica	62,16	5,40	62,16	11,10	11,10	Instável e com consenso intermediário para inclusão na quarta rodada*
q46_3	Os serviços de APS têm formas de agendar diretamente as consultas especializadas ou exames solicitados?	Questão nova	75,68	Não se aplica	77,78	13,50	75,00	8,30	8,30	Estável e há consenso intermediário de incluir na quarta rodada
q47	A gestão usa as informações da APS para programação financeira das redes de atenção a saúde?	94,59	92,11	2,90	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Estável e há consenso alto de incluir na segunda rodada
q48	A gestão usa as informações da APS para programação da oferta de ações e serviços dos outros pontos de atenção?	100,00	100,00	0,00	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Estável e há consenso alto de incluir na segunda rodada
q49	A carteira de ofertas de ações e serviços da região é definida pelas necessidades de saúde encontradas pela APS complementadas pelas necessidades identificadas em outros pontos de atenção?	89,19	81,58	8,60	83,00	5,40	89,19	13,90	13,90	Instável e com consenso intermediário para inclusão na quarta rodada*
q50	A organização de serviços especializados é feita a partir das necessidades de saúde identificadas pela APS complementadas pelas necessidades identificadas em outros pontos de atenção?	94,59	89,47	11,40	91,67	5,40	Excluída	Excluída	Excluída	Estável e há consenso alto de incluir na terceira rodada

Continuação Tabela 2.

Número da questão	Questão/Item do instrumento	Primeira rodada		Segunda Rodada		Terceira Rodada		Quarta Rodada		Resultado final das rodadas de consenso (Delphi)
		Percentual de experts que optaram pela inclusão da questão (Posição do grupo)	Percentual de experts que optaram pela inclusão da questão (Posição do grupo)	Percentual de mudança de opinião dos experts que responderam as duas rodas (primeira e segunda)	Percentual de experts que optaram pela inclusão da questão (Posição do grupo)	Percentual de mudança de opinião dos experts que responderam as duas rodas (segunda e terceira)	Percentual de experts que optaram pela inclusão da questão (Posição do grupo)	Percentual de mudança de opinião dos experts que responderam as duas rodas (terceira e quarta)		
q51	Os sistemas de apoio diagnóstico e de assistência farmacêutica estão organizados de acordo com as necessidades de saúde de uma população?	91,67	89,47	2,90	89,16	0,00	Excluída	Excluída	Excluída	Estável e há consenso intermediário de incluir na terceira rodada
q52	O transporte sanitário está organizado de acordo com as necessidades identificadas pelos diversos pontos de atenção?	Questão nova	77,14	Não se aplica	83,78	10,80	86,11	8,30	8,30	Estável e há consenso intermediário de incluir na quarta rodada
q53	Há sistemas que regulam o acesso, da maioria das ações e serviços, baseados nas necessidades de saúde e nos diferentes graus de risco?	94,59	92,11	8,60	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Estável e há consenso alto de incluir na segunda rodada
Quarta Dimensão	q53_1 Existe um processo integrado de diagnóstico das necessidades de saúde da região? Isto significa integração da gestão, da APS e dos demais pontos de atenção para definição das necessidades de saúde da região.	Questão nova	65,79	Não se aplica	56,76	16,20	59,46	8,30	8,30	Atingiu critério de exclusão na quarta rodada
q53_2	Os sistemas de regulação tem mecanismos que incentivam o aprendizado, a corresponsabilidade e a microrregulação na APS?	Questão nova	75,68	Não se aplica	69,44	16,20	70,27	8,30	8,30	Estável e há consenso intermediário de incluir na quarta rodada
q53_3	A APS, os demais pontos da rede e a gestão têm um espaço comum de elaboração/adequação de propostas de organização de serviços?	Questão nova	67,57	Não se aplica	58,33	16,20	54,05	8,30	8,30	Atingiu critério de exclusão na quarta rodada
q54	Existem publicações oficiais onde estão claramente definidos os conceitos (a visão), os objetivos (a missão) e os valores das Redes de Atenção à Saúde?	97,30	94,74	2,90	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Estável e há consenso alto de incluir na segunda rodada
q55	Há um modelo de atenção à saúde claramente definido?	97,30	100,00	0,00	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Estável e há consenso alto de incluir na segunda rodada
Quinta Dimensão	q56 As gerências dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio conhecem e estão alinhadas em relação aos objetivos da RAS?	94,59	94,74	5,70	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	Estável e há consenso alto de incluir na segunda rodada
q56_1	A conformação da RAS, com sua região, população, pontos de atenção com carteira de serviços e fluxos e amplamente divulgada para a população e para os profissionais?	Questão nova	94,59	Não se aplica	97,30	5,40	Excluída	Excluída	Excluída	Estável e há consenso alto de incluir na terceira rodada

* necessita de mais rodadas para atingir estabilidade e consenso. Fonte: Autoria própria, 2013.

relação à essencialidade dos sistemas de informação para estruturação das RAS. Vários autores reforçam essa opinião, e apontam os sistemas de informação com importante papel para integração das ações e serviços da RAS.^{1-4,33}

Na 3ª rodada quatro questões (10, 23, 24, 25), e na 4ª rodada duas questões (14 e 20) atingiram estabilidade e o alto grau de consenso. Deste grupo, realçam-se as questões 14 e 25, que abordam a definição e a revisão sistemática da carteira de serviços da APS pela equipe em parceria com o gestor. Outras seis questões atingiram estabilidade na quarta rodada; porém, cinco delas (q11, q12, q15, q17, q27.1) tinham grau de consenso intermediário em relação à inclusão do item, e um único item (11.1), que versava sobre o limite populacional por equipe de APS, teve grau de consenso baixo para inclusão (40,5%), atingindo critério de exclusão.

Ainda que a literatura não apresente critérios rígidos para limites populacionais por equipe/médico, artigos colocam a orientação de que os serviços de APS tenham minimamente uma população definida.^{3,4,10,26,33} Na visão dos pesquisadores o quantitativo populacional por equipe tem relação direta com a capacidade de resolução da equipe de APS e com o grau de coordenação do cuidado, portanto, apesar do baixo grau de consenso entre os experts, recomenda-se que este item componha o instrumento de avaliação das RAS.

Do grupo de consenso intermediário, chamam a atenção as questões 12, 15 e 17, que tratavam mais objetivamente de princípios da APS (vínculo e longitudinalidade), pois abordam temas não diretamente relacionados aos objetos do instrumento, mas considerados pressupostos para a consolidação da coordenação do cuidado e para a ordenação da RAS. É possível aventar a possibilidade de baixo consenso por não serem diretamente objeto de avaliação do instrumento.

Um único item (q26), que tratava da autonomia da equipe em rever a sua carteira de ações e serviços, não atingiu estabilidade em relação à opinião dos experts, e na última rodada do Delphi, tinha apenas 59,4% de opiniões a favor da sua inclusão e com uma variação de mudança de opinião na terceira e quarta rodada de 21,6% e 13,9%, respectivamente. Em 2006, Saltman et al. trataram da questão da autonomia profissional e da necessidade de regulação do processo de trabalho dos profissionais de saúde, ressaltando a importância de equilibrar essas duas ações para termos melhores resultados em saúde.⁵ Do mesmo modo, para os pesquisadores, o aspecto da autonomia profissional é essencial, pois pode, entre outras questões, aumentar a implicação da equipe com o trabalho. Portanto, os pesquisadores entendem que há necessidade de maior debate e pesquisa para definição de inclusão ou não deste item na avaliação das RAS.

A articulação entre os pontos de atenção

A terceira dimensão, que tratava da articulação entre os pontos de atenção, era composta de 19 itens. Destes, nove atingiram estabilidade e alto grau de consenso logo na segunda rodada (questões: 33, 35, 37, 38, 40, 41, 42, 45, 46); exceto pelos itens 33, que abordava a APS com porta de entrada, e o 45, que questionava sobre organização de linhas de cuidado, todos os demais tratavam de estratégias fundamentais para integração entre os diversos pontos de atenção (Tabela 2).

O pronto consenso no grupo de experts, em relação aos itens que abordaram estratégias de integração, vai ao encontro de diversos autores, que incluem o aspecto integração como essencial para conformação das RAS e para avaliação de sistemas de saúde.^{1-4,10,17,19-22,24-26,33}

Quatro questões (q34, q43, q46.1 e.2) não atingiram estabilidade até a última rodada. As questões 46.2 e 46.1, que se referem à divulgação e ao conhecimento dos diversos fluxos na RAS pelos serviços, suscitaram a reflexão de que haveria necessidade de mais rodadas para que estas atingissem estabilidade; porém, decidiu-se parar o estudo Delphi na quarta rodada a fim de evitar a exaustão do grupo e uma possível diminuição na participação dos experts nas rodadas seguintes.²⁹ Destas, ressalta-se a questão 34 (“No contexto de serviços suplementares ou privados: há incentivos para as pessoas usuárias adotarem a APS como porta de entrada da rede?”), que teve o grau de consenso mais baixo do estudo (27%). Esse evento pode ter relação com o fato da amostra de experts ter apenas profissionais ligados ao sistema público.

Porém, diante da realidade do sistema de saúde brasileiro, que convive com os serviços privados, e da necessidade de qualificação deste setor, apesar da questão 34 não ter tido grau de consenso alto, os autores divergem do consenso dos experts e consideram que no futuro o item deva ser reavaliado para que o instrumento possa ser utilizado nos diferentes cenários de atenção à saúde do país.³⁴

Programação da atenção à saúde a partir das necessidades em saúde

A quarta dimensão era composta de dez itens. Quatro questões atingiram estabilidade apenas na 4ª rodada; duas com grau de consenso intermediário, a 52, que tratava especificamente da organização do transporte na rede, e a 53.2, que abordava a regulação como apoio à gestão compartilhada e à educação permanente. Ambas trazem assuntos complexos de forma muito resumida, o que pode explicar o consenso entre os experts ter sido apenas intermediário. Há necessidade de revisão destas questões.

Além disso, duas questões tiveram baixo grau de consenso, a questão 53.1 (59,4%) e a questão 53.3 (54,6%), como tinham também instabilidade nas respostas, preencheram critérios para exclusão. Ambas versavam sobre a integração dos serviços visando o diagnóstico das necessidades de saúde e o planejamento, e têm um caráter mais operacional. São apontadas como característica fundamental para os serviços de saúde se conformarem em rede por diversos autores^{1,4,33} e consideradas essenciais pelos pesquisadores.

Compromisso da gestão com a organização das redes

A quinta e última dimensão, que tratava dos conceitos, da divulgação e do compromisso da gestão com a organização da RAS, era composta de quatro questões. Esta foi a única dimensão em que todos os itens tiveram estabilidade e alto grau de consenso.

Proposta de itens a comporem um instrumento de avaliação das RAS

Ao final das quatro rodadas, resultou um instrumento com 69 itens. Do total de questões, apenas dez (14,5%) não atingiram grau de estabilidade até a última rodada. Os detalhes sobre o comportamento de cada item podem ser observados na Tabela 2.

Considerações finais

A construção do instrumento apresentou algumas limitações, parte destas ligada ao tema “redes de atenção à saúde”, que ainda não possui um descritor, dificultando a revisão da literatura. Além disso, as diversas nomenclaturas relacionadas ao tema foram um obstáculo para a avaliação integral do assunto.^{2,4,24,35}

A revisão de literatura realizada não se caracterizou por ser sistemática, e, portanto, não teve a pretensão de esgotar o assunto. Acredita-se, porém, que a diversificada composição do grupo de experts, com representantes das áreas de gestão, assistência e academia, de quase todas as regiões do país (Sul, Sudeste, Nordeste e Centro-Oeste), atenuou esta limitação.

A metodologia Delphi não prevê a interação dos participantes, visando impedir “contaminação” das opiniões, mas alguns participantes expressaram que a interação poderia ter contribuído com as discussões e com o alcance de maior consenso.

O resultado final não difere extremamente da versão inicial proposta pelos pesquisadores: algumas questões foram apuradas e outras incluídas com pouca agregação de novos conteúdos. Assim, é possível dizer que nessa pesquisa o método Delphi teve a função de legitimar, perante o meio acadêmico, a proposta inicial feita pelos pesquisadores, que foi consensuada e aperfeiçoada por experts no assunto.

O resultado final não deve ser considerado um instrumento pronto para ser aplicado, há necessidade de dar sequência ao projeto, aprimorando-o e associando outras metodologias e testes de validação, e, assim, ofertar um instrumento validado que permita a comparação das características e estágios de organização de redes de atenção à saúde. Para que no futuro seja possível avaliar o impacto da organização das RAS nos indicadores de saúde da população.

Referências

1. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saúde Publica*. 2004;20(Suppl. 2):S331-6.
2. Kodner DL. All together now: a conceptual exploration of integrated care. *Healthc Q*. 2009;Spec No:6-15.
3. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p.
4. Organización Panamericana de la Salud - OPAS. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas [Internet]. Serie Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas - Organización Panamericana de la Salud N° 4. Washington: OPAS; 2010. [cited 2013 Jan 12]. p. 102. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Redes+Integradas+de+Servicios+de+Salud:+Concepros,+opciones+de+politica+y+hoja+de+ruta+para+su+implementacion+en+las+Américas#0>
5. Saltman RB, Rico A, Boerma WGW, eds. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Maidenhead: Open University Press; 2006.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde B. O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. [citado 2013 Mar 29]. Disponível em: <http://livroaberto.ibict.br/handle/1/890>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB SUS 96. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4279 de dezembro de 2010. Estabelece Diretrizes para a Organização da Rede de Atenção à Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a Descentralização com Equidade no Acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 (Portaria MS/GM n. 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar). Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
10. Carvalho G, Magalhães Júnior HM, Medeiros L, Souto Júnior JV, Santos L, Andrade LOM, et al. Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde [Internet]. Campinas: IDISA CONASEMS; 2008. 202 p. Available from: http://relativa.com.br/livros_template.asp?Codigo_Produto=154708
11. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília: Senado Federal; 1988 [cited 2013 Mar 29]. Available from: https://ensinolegal.s3.amazonaws.com/uploads/legislation/file/29/Constitui_o_da_Rep_blica_Federativa_do_Brasil.pdf
12. Brasil. Decreto Presidencial nº. 7508 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República; 2011.
13. Noronha JO, Lima LD, Machado CV. O Sistema Único de Saúde: SUS. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato, LVC, Noronha JC, Carvalho AI, orgs. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p.1100.
14. Assis MMA, Cerqueira EM, Nascimento MAA, Santos AM, Abreu de Jesus WL. Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a Estratégia Saúde da Família: construção política, metodológica e prática. Rev APS. 2007;10(2):189-99.
15. Campos GWS, Guerrero AVP, orgs. Manual de Prática de atenção básica e a estratégia saúde da família. 411 p. [cited 2017 Jul 12]. Available from: http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca_home/manual_das_praticas_de_atencao_basica%5B1%5D.pdf
16. Brasil. Ministério da Saúde. Lei 12.871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 2013.
17. Harzheim E. OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. 1ª ed. Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde. Brasília: OPAS; 2011.
18. Campos GWS, Júnior NP. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limite. Ciênc Saúde Coletiva. 2016;21(9):2655-63.
19. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília/UNESCO: Ministério da Saúde; 2002.
20. Davies GP, Harris M, Perkins D, Roland M, Williams A, Larsen K, et al. Coordination of care within primary health care and with other sectors: a systematic review. Canberra: Australian Primary Health Care Research Institute; UNSW Research Centre For Primary Health Care And Equity (CPHCE) at the University of New South Wales in Association With the University of Manchester (UK); 2006. 141 p.
21. Bodenheimer T. Coordinating care--a perilous journey through the health care system. N Engl J Med. 2008;358(10):1064-71.
22. Hofmarcher MM, Oxley H, Rusticelli E. Improved health system performance through better care coordination. Paris: OECD; 2007.
23. Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty M, Pierson R, Applebaum S. New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. Health Aff (Millwood). 2011;30(12):2437-48.
24. Armitage GD, Suter E, Oelke ND, Adair CE. Health systems integration: state of the evidence. Int J Integr Care. 2009;9:e82.
25. Waddington C, Egger D. Integrated Health Services—What and why? Geneva: World Health Organization; 2008.
26. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. The new world of managed care: creating organized delivery systems. Health Aff (Millwood). 1994;13(5):46-64.
27. Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
28. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. Gac Sanit. 2012;Suppl1:20-6.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

30. McDonald KM, Schultz E, Albin L, Pineda N, Lonhart J, Sundaram V, et al. Care Coordination Measures Atlas. Version 3. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2010.
31. Keeney S, McKenna H, Hasson F. The Delphi Technique in Nursing and Health Research. 1st ed. Chichester: Wiley-Blackwell; 2011.
32. Fontanive PVN. Necessidades em educação permanente percebidas por profissionais médicos das equipes da estratégia saúde da família dos municípios do projeto Telessaúde-RS [Dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
33. Suter E, Oelke ND, Adair CE, Armitage GD. Ten key principles for successful health systems integration. *Healthc Q.* 2009;13:16-23.
34. Brasil. Agencia Nacional de Saúde Suplementar. Qualificação da Saúde Suplementar: Uma nova perspectiva no processo de regulação. Rio de Janeiro: Agencia Nacional de Saúde Suplementar; 2010.
35. Conill EM, Fausto MCR, Giovanella L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2010;10(Suppl.1):S14-27.

^a Departamento de medicina social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Programa de Pós Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. patriciachueiri@gmail.com
(*Autora correspondente*); erno.harzheim@telessauders.ufrgs.br

^b Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Nossa Senhora do Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre, RS, Brasil. tsilvia@ghc.com.br

Processo de trabalho entre a Equipe de Atenção Básica e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Work process between the Primary Care Team and the Family Health Support Centers

Proceso de trabajo entre el Equipo de Atención Primaria y el Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia

Isabelle Cristina Borba da Silva^a, Laís Alves Bernardino da Silva^b, Reiza Stéfany de Araújo e Lima^c, Jailson Alberto Rodrigues^c, Ana Maria Gondim Valença^d, Juliana Sampaio^e

Resumo

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) atua conjuntamente às Equipes da Atenção Básica (EqAB), sendo importante compreender o processo de trabalho entre essas equipes e o planejamento das ações conjuntas. **Objetivo:** Analisar, na Paraíba, a organização do processo de trabalho entre o NASF e as EqAB quanto ao acesso destas às equipes NASF e ao planejamento das ações conjuntas. **Métodos:** Estudo descritivo de recorte transversal, com abordagem quantitativa. Os dados foram obtidos do 2º Ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB, realizado na Paraíba, e analisados descritivamente pelo software IBM SPSS Statistics 20.0. **Resultados:** 75,9% das EqAB articularam ações conjuntas com o NASF, no início das atividades de apoio; dentre essas, 85,0% conhece o cronograma de atividades do NASF. Quanto ao acesso, o tempo de atendimento à solicitação de apoio pela EqAB é avaliado positivamente por 81,1% dos respondentes e o compartilhamento de casos ocorre em sua maioria por escrito (70,6%), pelo agendamento direto de consultas para o profissional do NASF (54,9%) e em discussão de casos (54,3%). **Conclusão:** Há, entre as EqAB e equipe NASF, um planejamento inicial de ações conjuntas, definição de atribuições e de critérios de fluxo/encaminhamento, mas o planejamento dinâmico tende a ser menos frequente. Quanto ao acesso, há satisfação das EqAB com o apoio que recebem do NASF, mas predominam o encaminhamento por escrito e o agendamento direto como forma de compartilhamento de casos entre as equipes; a satisfação pode estar associada à divisão das demandas na AB.

Palavras-chave:

Planejamento em Saúde
Estratégia Saúde da Família
Atenção Primária à Saúde

Abstract

The Support Centers for Family Health (NASF) act in conjunction with the Primary Care Teams (EqAB), and it is important to understand the work process between these teams and the planning of the joint actions. **Objective:** To analyze, in Paraíba, the organization of the work process between the NASF and EqAB as their access to NASF teams and the planning of joint actions. **Methods:** A descriptive study of cross-sectional, with a quantitative approach. The data was obtained from the 2nd External Evaluation Cycle PMAQ-AB held in Paraíba and was analyzed descriptively by IBM SPSS Statistics 20.0 Software. **Results:** 75.9% of EqAB articulated joint actions with NASF at the beginning of support activities, among these 85.0% NASF know the schedule of activities. As for access, the time for compliance with the EqAB support request is evaluated positively by 81.1% of respondents and case sharing occurs in writing (70.6%), by direct appointment scheduling for the professional NASF (54.9%) and in discussion of cases (54.3%). **Conclusion:** There is, between EqAB and NASF staff, an initial planning of joint actions, defining responsibilities and flow/routing criteria, but the dynamic planning tends to be less frequent. Regarding access, there is a satisfaction of EqAB with the support they receive from NASF but what predominates is the referral in writing and direct scheduling as a way of sharing cases between the teams; satisfaction may be associated with division of the AB demands.

Keywords:

Health Planning
Family Health Strategy
Primary Health Care

Como citar: Silva ICB, Silva LAB, Lima RSA, Rodrigues JA, Valença AMG, Sampaio J. Processo de trabalho entre a Equipe de Atenção Básica e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-10. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1433](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1433)

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: 08/12/2016.
Aprovado em: 03/07/2017.

Resumen

El Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF) actúa de forma conjunta con los Equipos de Atención Primaria (EqAB), y es importante entender el proceso del trabajo entre estos equipos y la planificación de acciones conjuntas. **Objetivo:** Analizar la organización del proceso de trabajo entre el NASF y los EqAB como su acceso a los equipos de NASF y la planificación de acciones conjuntas. **Métodos:** Estudio descriptivo de corte transversal, con un enfoque cuantitativo. Los datos se obtuvieron a partir de la segunda evaluación externa del PMAQ-AB celebrada en Paraíba y se analizaron descriptivamente por IBM SPSS Statistics 20.0 Software. **Resultados:** 75,9% EqAB articulan acciones conjuntas con NASF al comienzo de las actividades de apoyo, entre estos 85,0% NASF conoce el calendario de actividades. En cuanto al acceso, el tiempo para el cumplimiento de la solicitud de soporte por EqAB es evaluado positivamente por 81,1% de los encuestados y el caso se produce a través del intercambio por escrito (70,6%), por la programación de citas directas para el profesional del NASF (54,9%) y la discusión de los casos (54,3%). **Conclusión:** Hay, entre los EqAB y el personal del NASF, una planificación inicial de acciones conjuntas, definiendo responsabilidades y flujo/criterios de enrutamiento, pero la planificación dinámica tiende a ser menos frecuente. En cuanto al acceso, hay satisfacción de los EqAB con el apoyo que reciben del NASF, pero predominan la remisión por escrito y la programación directa como una forma de compartir casos entre los equipos; la satisfacción puede estar asociada con la división de las demandas AB.

Palabras clave:

Planificación en Salud
Estrategia de Salud Familiar
Atención Primaria de Salud

Introdução

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criados em 2008 pelo Ministério da Saúde (MS) por meio da Portaria nº 154, são uma estratégia de fortalecimento da Atenção Básica (AB) no Brasil. Visam ampliar o poder de resolução e a abrangência das equipes de referência da Atenção Básica por meio do apoio matricial.¹

Os NASF são regulamentados pela Portaria nº 2.488 de 2011² e constituem-se em equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com: Equipes de Atenção Básica (EqAB), Equipes de Atenção Básica para Populações Específicas e Programa Academia da Saúde. Sua atuação pressupõe uma estratégia de organização do trabalho em saúde, que acontece a partir da integração das EqAB, envolvidas na atenção às situações-problema comuns de dado território, com equipes ou profissionais com núcleos de conhecimento diferentes das equipes de referência.²

As equipes multidisciplinares assumem várias conformações, porque há uma diversidade de profissionais que podem fazer parte do escopo das equipes do NASF como: psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, profissionais da educação física, entre outros. Essa diversidade deve contribuir para a integração de saberes entre os profissionais do NASF e as equipes de referência em saúde, a partir das demandas que essa última apresentar.³

Neste sentido, o trabalho articulado entre diferentes profissionais permite não só que as ações sejam compartilhadas, mas também que se estabeleça um processo interdisciplinar, no qual progressivamente os núcleos de saberes específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe.⁴

Para atingir os objetivos a que se propõe, a Equipe NASF (EqNASF) deve interagir de maneira harmônica com a EqAB, de forma que ambas cooperem entre si para garantir uma assistência integral e resolutiva ao usuário dos serviços de saúde. Para tanto, é necessário o deslocamento de um processo de trabalho centrado em procedimentos ou em profissionais, para outro focado no usuário.

Assim, o cuidado é “o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica”,⁴ ou seja, que a integralidade do cuidado seja o centro do processo de trabalho de ambas as equipes. A existência de diversos núcleos de saberes específicos em inter-relação é um aspecto importante no

cuidado, já que para alcançar a finalidade do trabalho em saúde é necessária a integração de saberes que deem conta dos múltiplos fatores sociais, culturais, biológicos e econômicos que interferem no processo de saúde/doença.

Neste contexto, a forma como se vivencia o processo de trabalho está intimamente ligada ao modelo assistencial executado no âmbito do cuidar em saúde. E, tal qual o nome pressupõe, o processo de trabalho é algo dinâmico, que está em constante construção, passível, a todo e qualquer momento, de ser influenciado pelos mais diversos fatores, dentre eles, o modelo vigente de produção, proteção e promoção da saúde.

Neste sentido, a análise do processo de trabalho do NASF em suas relações com as EqAB pode evidenciar potencialidades e limites do trabalho conjunto, no âmbito do fortalecimento da AB, e da ampliação da assistência ofertada pelas EqAB. Isto porque, por vezes, há um descompasso entre o discurso e a ação dos profissionais no trabalho em equipe. Adicionalmente, a articulação entre profissionais do NASF e EqAB tanto pode sofrer limitações na própria organização do processo de trabalho quanto pode fazer deste um potencializador da integralidade na AB à saúde.

Neste contexto, a análise da organização do processo de trabalho entre os profissionais do NASF e das EqAB é relevante, porque propicia reflexão sobre fatores que são potencializadores da integralidade do cuidado, bem como aponta possíveis fragilidades do processo que reverberam em deficiências no apoio matricial ofertado. Os dados gerados pelos instrumentos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), aplicados às EqAB e às EqNASF, são importantes para a compreensão desse processo e da forma como ele afeta a qualidade da assistência prestada, principalmente no âmbito da AB.

O PMAQ-AB, criado pela Portaria nº 1.654/2011 do MS, é uma estratégia de intervenção que objetiva incentivar gestores e EqAB a melhorar a qualidade do atendimento e a ampliação da oferta dos serviços de saúde na AB.^{5,6} No 2º Ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB, o módulo II do instrumento de avaliação consiste em uma entrevista com os profissionais da EqAB sobre o apoio que recebem das EqNASF.

O estado da Paraíba se destaca nacionalmente por ter uma cobertura da AB estimada de 93,37% da população, com 1.336 EqAB implantadas. Além disto, possui 273 EqNASF, das quais 143 são do tipo I, 55 do tipo II e 75 do tipo III, assumindo a quarta posição no cenário nacional em números absolutos de EqNASF.⁷

Neste contexto, o objetivo do presente estudo é analisar, na Paraíba, a organização do processo de trabalho entre o NASF e as EqAB no âmbito do acesso destas às EqNASF e do planejamento de suas ações conjuntas, a partir dos dados dos módulos I e II do 2º Ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo de recorte transversal, com abordagem quantitativa, que tem como cenário as EqAB que recebem apoio dos NASF no estado da Paraíba. Este estado possui uma população estimada de 3.972.202 habitantes, distribuída em 223 municípios, divididos em quatro macrorregiões e 16 regiões de saúde.⁸ Os dados analisados no estudo foram obtidos a partir do 2º Ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB, realizado no estado da Paraíba por pesquisadores da Universidade Federal da Paraíba, que compõem a rede colaborativa coordenada pela UFRGS e que são autores deste estudo.

Em 2013, quando ocorreu o 2º Ciclo de Avaliação Externa do PMAQ, havia 1.284 EqAB e 153 NASF implantados na Paraíba.⁷ O instrumento foi aplicado a 1.149 EqAB, dentre as quais, 925 declararam receber apoio do NASF, sendo estas consideradas na análise. Os dados analisados no módulo II, relacionados à organização do processo de trabalho, foram obtidos a partir de sete questões sobre o planejamento de ações conjuntas e de seis questões sobre o acesso das EqAB aos profissionais do NASF (Quadro 1). Os dados referentes ao acesso das EqAB à Internet foram obtidos do módulo I a partir da questão ET I.11.8.

Quadro 1. Questões referentes ao planejamento de ações conjuntas e acesso das EqAB aos profissionais do NASF presentes no módulo II do 2º Ciclo de Avaliação Externa do PMAQ.

Planejamento de ações conjuntas	Acesso das EqAB aos profissionais do NASF
NII 33.5 Quando os profissionais do NASF iniciaram suas atividades de apoio, houve um momento para articulação das ações conjuntas?	NIII 33.8 Como é feito o contato da sua equipe com o NASF?
NII 33.6 O que foi discutido nesse planejamento inicial?	NIII 33.9 Em média, quantos dias o NASF demora para atender uma solicitação de apoio de sua equipe?
NIII 33.11 Você conhece o cronograma de atividades do NASF com sua equipe?	NIII 33.10 O NASF atende às solicitações da sua equipe em tempo adequado?
NIII 33.14 Sua equipe e o NASF criaram critérios em relação aos atendimentos a serem realizados pelos profissionais do NASF?	NIII 33.12 Todos profissionais do NASF têm garantido encontros/atividades periódicas regulares com sua equipe?
NIII 33.16 Existem critérios e formas definidas e pactuadas entre sua equipe e o NASF para acionar o apoio em situações imprevistas?	NIII 33.13 Qual a periodicidade dos encontros/atividades dos profissionais do NASF com sua equipe?
NIII 33.16.1 Nessas situações imprevistas, sua equipe consegue fazer contato com o NASF?	NIII 33.15 Diante de um caso no qual há necessidade de apoio, qual a forma mais frequente da sua equipe compartilhar o caso com o NASF?
NIII 33.16.2 Por quais meios os profissionais do NASF podem ser acionados nessas situações?	

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; EqAB: Equipes da Atenção Básica; PMAQ: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

Os dados foram analisados descritivamente pelo *software IBM SPSS Statistics 20.0*, verificando-se as frequências absolutas e relativas de respostas às questões de interesse do estudo.

Resultados

A análise dos dados do processo de trabalho das EqAB e do NASF, no âmbito do planejamento das ações, permitiu identificar que a maioria das EqAB (75,9%) articulou ações conjuntas com o NASF quando estes iniciaram suas atividades de apoio.

No contexto do planejamento das ações, no início das atividades, foram realizadas discussões relacionadas às pactuações das atividades a serem desenvolvidas pela EqNASF (91,4%), às funções e atribuições inerentes às equipes (86,2%), aos critérios e fluxos para encaminhamento de usuários às EqNASF (82,3%), aos critérios e fluxos para encaminhamento de usuários a outros serviços/pontos de atenção (78,1%) e objetivos, metas e resultados da atuação do NASF (75,9%).

A maioria das EqAB entrevistadas afirmou conhecer o cronograma de atividades do NASF no âmbito do apoio ofertado (78,1%). Dentre as que articularam ações conjuntas no início das atividades, esse percentual é de 85,0% e entre aquelas que não tiveram essa experiência é de 51,6%. Entre as EqAB, 71,1% confirmaram ter criado critérios em relação aos atendimentos a serem realizados pelos profissionais do

NASF. Esse percentual aumenta para 84,1% entre aquelas que discutiram esse aspecto no planejamento do início das atividades com o NASF e é de apenas 31,8% entre as que não fizeram essa discussão inicial.

No âmbito do estabelecimento de critérios e formas definidas e pactuadas para acionamento do NASF em situações imprevistas, apenas 68,8% das EqAB confirmaram a existência destes. Apesar disso, 98,2% das EqAB afirmam que conseguem contatar o NASF em situações imprevistas, sendo o principal meio de comunicação o telefone pessoal dos trabalhadores (60,4%).

Os dados demonstram que o tempo médio, em dias, para que o NASF atenda às solicitações da EqAB é variável (Figura 1), sendo que, mais frequentemente, as respostas dos NASF ocorrem em intervalos de tempo de 1, 7 e 14 dias.

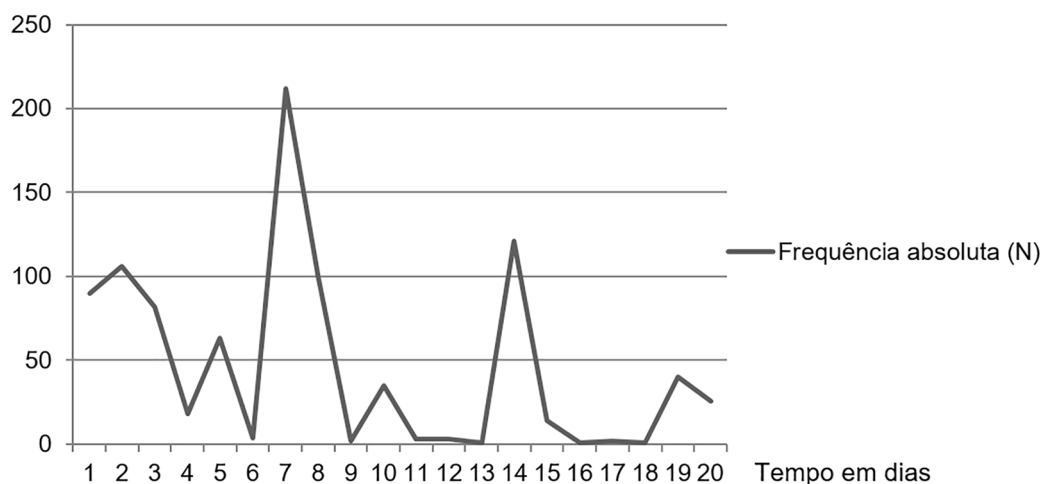


Figura 1. Espera da EqAB para o atendimento de suas demandas pelo NASF.
NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; EqAB: Equipes da Atenção Básica.

Para os profissionais entrevistados, o atendimento solicitado pelas equipes de saúde ao NASF é realizado, predominantemente, sempre (43,1%) e na maioria das vezes (38,0%) em tempo adequado (Figura 2).

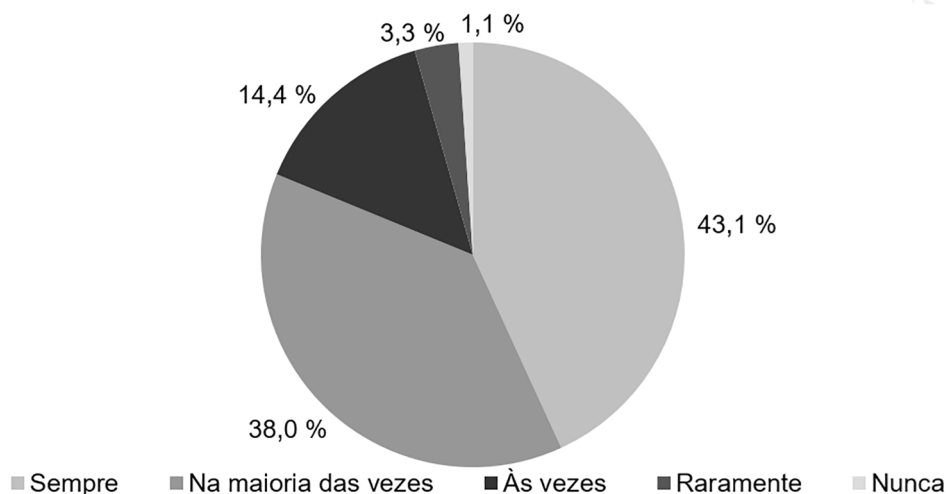


Figura 2. Avaliação da EqAB sobre o atendimento do NASF em tempo adequado.
NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; EqAB: Equipes da Atenção Básica.

A maioria dos profissionais declarou compartilhar os casos com o NASF por meio de encaminhamentos por escrito (70,6%), pelo agendamento de consultas diretamente na agenda do profissional do NASF (54,9%) e em discussão de casos (54,3%) (Tabela 1).

Tabela 1. Forma mais frequente de compartilhamento de casos entre a equipe e o NASF.

Resposta	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
Encaminhamentos por escrito	653	70,6
Agendamento de consultas diretamente na agenda do profissional NASF	508	54,9
Discussão de casos	502	54,3
Consultas compartilhadas	322	34,8
Outros	111	12,00

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Cotidianamente, a maior parte das EqAB mantém contato com o NASF por telefone (64,0%), em dias programados de atividades presenciais (60,1%) e diretamente, a qualquer momento na própria UBS (38,7%) (Tabela 2).

Tabela 2. Meio de contato da EqAB com a EqNASF.

Meio de contato da equipe com o NASF	Sim		Não	
	N	%	N	%
Por telefone	592	64,0	333	36,0
Em dias programados de atividades presenciais	556	60,1	369	39,9
Diretamente, a qualquer momento na própria UBS	358	38,7	567	61,3
Mensagem de texto no celular	169	18,3	756	81,7
Outro	171	18,5	754	81,5
Por e-mail	111	12,0	814	88,0

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; EqAB: Equipes da Atenção Básica.

No âmbito da informatização das UBS, a maioria das EqAB (74,8%) não dispõe de acesso à internet.

Discussão

Resumo dos principais achados do estudo

No âmbito do acesso das EqAB às EqNASF, a análise dos dados permite visualizar que a maior parte das equipes obtém resposta do NASF em até uma semana e que a maioria refere satisfação com o tempo de resposta. Isso pode ser atribuído, principalmente, a dois fatores: a existência de demandas das EqAB que não requerem urgência e/ou à frequência com que os profissionais do NASF comparecem à Unidade Básica de Saúde (UBS), por exemplo, uma vez por semana ou por mês.

Os resultados demonstram ainda que algumas equipes conseguem ter acesso ao NASF, a qualquer momento, diretamente na UBS, o que sugere a organização de um processo de trabalho intra e inter equipes que busca a resolução rápida das demandas da UBS. Apesar disso, é preocupante que a maioria das EqAB compartilhem casos com o NASF por intermédio de encaminhamentos por escrito e agendamento de consultas diretamente na agenda do profissional da EqNASF, em detrimento das discussões de casos

e consultas compartilhadas, uma vez que os dois últimos são características básicas do apoio matricial. Tal situação pode apontar para o caráter clínico-assistencial,⁹ predominante do NASF, bem como para a possível transferência do cuidado para esta equipe, que foge da lógica do apoio matricial.³

No âmbito do planejamento de ações conjuntas, constata-se que 75,9% das EqAB articularam ações conjuntas com o NASF desde o momento em que este começou suas atividades na unidade, o que reflete um fator favorável à integração das equipes. Este dado é relevante, posto que, na ESF, o trabalho em equipe necessita de responsabilização compartilhada do cuidado por profissionais de diferentes saberes para gerar impacto sobre os diversos fatores que interferem no processo saúde-doença.^{10,11}

Embora a maioria das EqAB refira ter pactuado com o NASF as atividades a serem realizadas pelo mesmo no momento de sua implantação, um percentual menor dessas equipes afirmou conhecer o cronograma atual de atividades do NASF. É preciso considerar, ainda, que mesmo essas equipes têm maior conhecimento sobre as atividades do NASF quando comparadas àquelas que não articularam as ações conjuntas no início do apoio.

Este conjunto de dados demonstra a importância do planejamento e pactuação inicial do trabalho a ser desenvolvido pelas equipes, mas evidencia também a necessidade deste processo de planejamento ser dinâmico e sistemático, de tal forma que mantenha as pactuações vivas e úteis às demandas cotidianas do processo de trabalho entre as equipes. Assim, a fragilidade na dinamicidade e efetivação do planejamento das ações desenvolvidas parece preocupante, pois é necessário que o trabalho seja compartilhado para que o NASF contribua para a consolidação da ESF e concretização da diretriz da integralidade, a partir de um apoio matricial efetivo.¹²

Ainda no âmbito do planejamento, houve EqAB que não criou critérios para os atendimentos a serem realizados pelos profissionais do NASF, e este quantitativo é maior entre aquelas que não planejaram inicialmente esses critérios. Isso pode apontar para uma fragilidade na compreensão das atribuições do NASF, ou refletir uma falha na cogestão do trabalho, na organização e no planejamento das atividades, principalmente, em relação aos objetivos do NASF, que incluem o atendimento compartilhado e individual em situações específicas.³ Este dado se agrava quando considerado que esses encaminhamentos são em sua maioria realizados por escrito, por meio de agendamentos, sem discussões dos casos entre as equipes.

No contexto do acesso da EqAB ao NASF, é preconizado pelo MS que devem ser estabelecidas formas de contato direto com os profissionais do NASF em casos urgentes ou imprevistos, podendo-se fazer uso de e-mail, telefones ou outras formas de acionamento do apoio por meio da equipe de referência.³ Os resultados apontam que 64,0% das EqAB mantêm contato com o NASF, majoritariamente, por telefone e 60,1% em dias programados de atividades presenciais. Esse dado relacionado à avaliação positiva que as EqAB fazem sobre o tempo de resposta do NASF demonstra que o apoio ofertado está satisfazendo as demandas da maioria das EqAB.

O uso do telefone pessoal pode, por um lado, demonstrar a comodidade do trabalhador em usar um recurso que está mais facilmente disponível, principalmente nos tempos atuais, em que a comunicação digital está disseminada e com baixo custo. Entretanto, também pode apontar uma fragilidade nas condições de trabalho das equipes, em especial no âmbito das comunicações. Inclusive porque, entre as 925 EqAB com apoio do NASF avaliadas pelo PMAQ, apenas 233 têm acesso à rede de internet, o que pode indicar uma precarização na logística das UBS.

A existência de encontros/atividades periódicas e regulares com os profissionais da NASF revela uma interação entre as equipes que deve proporcionar a troca de saberes entre os diversos profissionais, em consonância com o que é proposto para a atuação do núcleo.³

De maneira geral, a análise aponta para um processo de trabalho que aparentemente atende as demandas dos profissionais das EqSF. No entanto, esta satisfação por vezes parece estar mais atrelada à capacidade das EqNASF de diminuir a pressão assistencial, ofertando atendimentos especializados, com clara transferência do cuidado, do que de ofertar apoio matricial com compartilhamento do cuidado por meio de discussões de casos e desenvolvimento de ações conjuntas e articuladas.

Fortalezas e limitações do estudo

A análise de questões relacionadas ao planejamento de ações conjuntas e ao acesso das EqAB às EqNASF nos fornece um panorama do processo de trabalho entre estas equipes e aponta fragilidades e potencialidades do apoio matricial ofertado pelo NASF. Neste sentido, há aqui o enfoque pioneiro em questões relacionadas a pactuações de atividades conjuntas, tempo de espera da EqAB para ter suas demandas atendidas pela EqNASF, meio de acesso a esta em situações imprevistas, formas de compartilhamento de casos e criação e pactuação de critérios/fluxos para encaminhamentos.

Embora o 2º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB nos forneça informações relevantes que permitem construir o perfil de composição do NASF, no estado da Paraíba, bem como a caracterização de sua atuação nos âmbitos técnico-pedagógico e clínico-assistencial e conhecer aspectos relevantes para a compreensão da forma como se organiza o processo de trabalho entre o NASF e as EqAB apoiadas, a pesquisa a partir de dados secundários possui, dentre suas limitações, a impossibilidade de contemplar a dinamicidade do processo de trabalho e de observar as relações humanas inerentes a ele.

Comparação com a literatura já existente

O NASF no âmbito do apoio matricial deve trabalhar conjuntamente com a EqAB, compartilhando os desafios enfrentados por esta e contribuindo para o aumento da resolutividade e a efetivação da coordenação integrada do cuidado na AB. Para tanto, deve priorizar o atendimento compartilhado e as intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários após negociação com os profissionais das EqAB.^{13,14}

Embora as diretrizes preconizem o trabalho conjunto, os dados sugerem um déficit no planejamento contínuo de ações conjuntas, bem como uma atuação individualizada dos profissionais do NASF junto à população adscrita. Isto é evidenciado pela forma de compartilhamento de casos entre as equipes.

Estes resultados corroboram com outros estudos sobre o desenvolvimento do apoio do NASF em cidades da Paraíba, que trazem inclusive acepções de apoio para além das clínico-assistencial e técnico-pedagógico, e sugerem um forte caráter assistencial no trabalho dessas equipes.^{9,15}

Implicações para a pesquisa na área e/ou para a prática dos profissionais

A visualização da organização do processo de trabalho entre EqSF e EqNASF é relevante para os próprios profissionais das equipes, bem como para os gestores, porque permite que estes reconheçam as fragilidades que tornam a organização do processo de trabalho uma barreira à prática do cuidado integral

e resolutivo, bem como os fatores fortalecedores da ESF e que verdadeiramente dão sentido à existência do apoio matricial.

Este estudo propicia o debate sobre a necessidade da continuidade do planejamento conjunto e do desenvolvimento das ações compartilhadas entre NASF e EqAB, que é estratégico para aumentar a resolutividade e a continuidade do cuidado. Além disso, problematiza a forma como se dá este compartilhamento, uma vez que o encaminhamento por escrito e o agendamento de consultas diretamente na agenda do profissional do NASF, que ocorrem com alta frequência no estado da Paraíba, fogem à lógica do apoio matricial.

Conclusão

A Paraíba, por possuir nacionalmente a quarta maior cobertura de EqNASF, apresenta-se como um importante cenário para estudos que busquem compreender o desenvolvimento do trabalho dos NASF junto às EqAB. Desta forma, o presente estudo torna-se relevante na medida em que possibilita a análise da percepção das EqAB sobre o apoio do NASF no que se refere ao seu acesso ao apoio ofertado e ao planejamento de suas ações conjuntas.

O trabalho em tela põe em evidência algumas potencialidades e fragilidades no planejamento e execução das ações conjuntas das equipes da AB e NASF, destacando a existência de boa comunicação entre tais equipes, mas também uma tendência expressiva para a transferência do cuidado entre as equipes, em detrimento do desenvolvimento do trabalho compartilhado, que promova a integralidade da atenção e ampliação da capacidade técnica da equipe de referência.

O estudo contribui, assim, para a compreensão do trabalho desenvolvido entre as EqAB e EqNASF, evidenciando importante configuração do modelo de apoio ofertado. Entretanto, o mesmo apresenta as limitações de um estudo a partir de dados secundários, que limita a compreensão da complexidade dos processos de trabalho desenvolvidos por essas equipes. Desse modo, acredita-se que os resultados encontrados possam subsidiar novas pesquisas e ressalta-se a necessidade da ampliação das discussões sobre o processo de trabalho das EqAB e EqNASF, não só em nível estadual, mas também nacional, a fim de compreender a efetiva relevância destes núcleos para o fortalecimento da ESF, e conseqüentemente, da AB.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. [Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2008. [acesso 2016 Nov 22]. Disponível em: <http://sislex.previdencia.gov.br/paginas/66/MPS/2008/154.htm>
2. 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) [Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2011. [acesso 2016 Nov 22]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica nº 39 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. [acesso 2016 Nov 22]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_39.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Série E. Legislação em Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [acesso 2016 Nov 22]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 1.654 de 19 de julho 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável [Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2011. [acesso 2016 Nov 22]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html
6. Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AA. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: várias faces de uma política inovadora. Saúde Debate [Internet]. 2014;38(n.spe):358-72. [acesso 2016 Nov 22]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0358.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S027>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Histórico de Cobertura da Saúde da Família [Internet]. 2015. [acesso 2015 Out 28]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php
8. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Órgãos Estaduais de Estatística, Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência da Zona Franca de Manaus - SUFRAMA. Paraíba – PB [Internet]. 2014 Jan [acesso 2016 Nov 22]. Disponível em: http://cidades.ibge.gov.br/download/mapa_e_municipios.php?lang=&uf=pb
9. Sampaio J, Martiniano CS, Rocha AMO, Souza Neto AA, Oliveira Sobrinho GD, Marcolino EC, et al. Núcleo de apoio à saúde da família: refletindo sobre as aceções emergentes da prática. Rev Bras Ciênc Saúde. 2013;17(1):47-54.
10. Araújo MBS, Rocha PM. Saúde da família: mudando práticas? Estudo de caso no município de Natal (RN). Ciênc Saúde Coletiva. 2009;14(Supl.1):1439-52.
11. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos núcleos de apoio à saúde da família. Mundo Saúde. 2010;34(1):92-6.
12. Mângia EF, Lancman S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2008;19(2):i.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Série A. Normas e Manuais Técnicos/Caderno de Atenção Básica nº 27. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. [acesso 2016 Nov 22]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad27.pdf
14. Lancman S, Gonçalves RMA, Cordone NG, Barros JO. Estudo do Trabalho e do Trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Rev Saúde Pública. 2013;47(5):968-75. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004770>
15. Sampaio J, Sousa CSM, Marcolino EC, Magalhães FC, Souza FF, Rocha AMO, et al. O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. Rev Bras Ciênc Saúde. 2012;16(3):317-24.

^a Universidade Federal da Paraíba (UFPB); Integrante do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica. João Pessoa, PB, Brasil. isabelleborba8@gmail.com
(*Autora correspondente*)

^b Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa, PB, Brasil.
laisalvesmedicina@gmail.com

^c Programa de Pós-graduação em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa, PB, Brasil. reiza_art@hotmail.com;
jailsonalbertorodrigues@yahoo.com.br

^d Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil; Universidade Federal da Paraíba (UFPB)/Departamento de Clínica e Odontologia Social. João Pessoa, PB, Brasil.
anamvalenca@gmail.com

^e Fundação Oswaldo Cruz; Universidade Federal da Paraíba (UFPB)/Departamento de Promoção da Saúde. João Pessoa, PB, Brasil. julianasmp@hotmail.com

Oferta e utilização de teleconsultorias para Atenção Primária à Saúde no Programa Telessaúde Brasil Redes

Provision and use of teleconsultations for Primary Health Care in the Telehealth Brazil Networks Program

Oferta y uso de teleconsultorías para Atención Primaria de Salud en el Programa Telesalud Brasil Redes

Carlos André Aita Schmitz^a, Erno Harzheim^b

Resumo

Objetivo: Avaliar a adequação do Programa Telessaúde Brasil Redes, no âmbito das teleconsultorias, a partir da análise de dados de estrutura e processo da Plataforma Nacional de Telessaúde. **Método:** Estudo descritivo, com análise estatística de série histórica (24 meses) da produção de teleconsultoria pelos núcleos de telessaúde que utilizaram a ferramenta de outubro de 2013 a setembro de 2015. **Resultados:** Foram respondidas 29.575 teleconsultorias por 18 núcleos de telessaúde em todo o país, para 43.421 usuários em 9.801 unidades de saúde. Oferta e demanda mensal variaram entre 0,92 a 2,06 e 0,22 a 1,00 teleconsultorias, respectivamente. O percentual de unidades de saúde com ao menos uma solicitação/mês manteve-se próximo a 0,1%, sendo que 87,3% dos usuários cadastrados não realizou nenhuma solicitação no período. Os temas solicitados cobriram todos os capítulos da Classificação Internacional da Atenção Primária e da Classificação Internacional de Doenças. A satisfação dos usuários foi de 95,6% e o percentual de dúvidas totalmente respondidas foi 88,4%. **Conclusões:** Apesar da oferta adequada em relação às metas do programa, a demanda é muito baixa, gerando capacidade instalada ociosa de um grupo de teleconsultores com capacidade de resposta para um amplo leque de temas. Levanta-se a necessidade de ganho de escala, integração horizontal e fortalecimento da telerregulação e da auditoria das ações de telessaúde, com centralização de recursos e redução do número de núcleos de telessaúde. Além disso, é necessário investir em novas tipologias sinérgicas e sistêmicas de oferta de ações de telessaúde, como o apoio ao complexo regulador ambulatorial e à orientação da população.

Palavras-chave:

Atenção Primária à Saúde
Telemedicina
Avaliação de Programas e Projetos de Saúde
Informática Médica

Abstract

Objective: To evaluate the adjustment of teleconsultations provided by a large telehealth program in Brazil (Telehealth Brazil Networks) based on the analysis of National Telehealth Platform structure and process data. **Method:** This descriptive study involves statistical analysis of a historical series (24 months) of teleconsultations provided by 18 telehealth groups across the country between October 2013 and September 2015. **Results:** During the study period, 29,575 teleconsultations were provided by 18 telehealth groups to 43,421 users from 9,801 health units. The average number of teleconsultations per consultant per month ranged from 0.92 to 2.06, and the average number of requests per user per month ranged from 0.22 to 1.00. The percentage of health units with at least one request/month remained close to 0.1% throughout the study period, with no request at all from 87.3% of the users during this time. The requests for teleconsultations covered all the chapters of the International Ranking of Primary Care and of the International Ranking of Diseases. User satisfaction reached 95.6%, and 88.4% of the requests were fully resolved. **Conclusions:** Despite the adequate provision of telehealth support in relation to the goals of the Brazil Telehealth Networks program, demand is still low. As a consequence, the system remains largely idle, despite its capacity to provide answers for a broad range of subjects. This suggests the need to scale up reach, with horizontal integration and strengthening of telehealth regulation and audit steps, as well as to concentrate resources and reduce the number of telehealth groups. In addition, investments are needed to develop new types of synergistic and systemic telehealth actions, including support to the outpatient regulation system and population guidance.

Keywords:

Primary Health Care
Telemedicine
Program Evaluation
Medical Informatics

Como citar: Schmitz CAA, Harzheim E. Oferta e utilização de teleconsultorias para Atenção Primária à Saúde no Programa Telessaúde Brasil Redes. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-11. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1453](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1453)

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: 25/01/2017.
Aprovado em: 29/05/2017.

Resumen

Objetivo: Evaluar la adecuación del Programa Telesalud Brasil Redes, en el ámbito de las teleconsultorías, a partir del análisis de datos de la estructura y proceso de la Plataforma Nacional de Telesalud. **Método:** Estudio descriptivo. Incluye el análisis estadístico de una serie histórica (24 meses) de teleconsultorías realizadas por 18 núcleos de telesalud en todo el país entre octubre de 2013 y septiembre de 2015. **Resultados:** Los 18 núcleos de telesalud realizaron 18.575 teleconsultorías para 43.421 usuarios de 9.801 unidades de salud del país. El promedio mensual de teleconsultorías por consultor osciló entre 0,92 y 2,06. Ya el promedio mensual de solicitudes por usuario osciló entre 0,22 y 1,00. El porcentaje de unidades de salud con por lo menos una solicitud cada mes se mantuvo en alrededor del 0,1% a lo largo del período de la investigación y 87,3% de los usuarios registrados no ha hecho ninguna solicitud durante el período. Los asuntos demandados en las teleconsultorías abarcaron todos los capítulos de la Clasificación Internacional de Atención Primaria y de la Clasificación Internacional de Enfermedades. La satisfacción del usuario alcanzó el 95,6% y el 88,4% de las solicitudes se resolvieron por completo. **Conclusiones:** La oferta de servicios de telesalud en Brasil es adecuada. Sin embargo, la demanda aún es muy baja. Como consecuencia, el sistema permanece ocioso en gran medida, a pesar de su capacidad para responder a una amplia gama de cuestiones. Esto sugiere la necesidad de ampliar el alcance, con la integración horizontal y el fortalecimiento de la regulación de la telesalud y las medidas de auditoría, así como concentrar recursos y reducir el número de núcleos de telesalud en el país. Además, se necesitan inversiones para desarrollar nuevos tipos de acciones sinérgicas y sistémicas de telesalud, incluyendo el apoyo al sistema de regulación ambulatoria y el apoyo a la orientación de la población.

Palabras clave:

Atención Primaria de Salud
Telemedicina
Evaluación de Programas
y Proyectos de Salud
Informática Médica

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) foi descrita, primordialmente em 1920, num contexto de Redes de Atenção à Saúde (RAS)¹ e conceituada, contemporaneamente, como o nível preferencial de acesso para a atenção à saúde, responsável por um atendimento integral, longitudinal e coordenado.² Seu papel de ordenadora e de centro de comunicação das RAS, definido no marco legal brasileiro,³ não tem sido atingido. Sua materialização no país, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), apesar de cobrir 63,4% da população com suas 39.942 equipes, em outubro de 2015, e ter alcançado vários resultados positivos,⁴⁻⁶ apresenta grandes heterogeneidades em termos de acesso, qualidade e custo da atenção à saúde. A fonte dessa heterogeneidade tem como causas, entre outras, deficiências na formação profissional, déficits estruturais e baixa incorporação tecnológica.⁷⁻¹⁰

A situação se repete na atenção secundária, com o agravante da insuficiência de pontos de atenção. Por consequência, os hospitais terciários dos grandes centros urbanos, mesmo com níveis adequados de qualidade e de incorporação tecnológica, não conseguem fazer frente a uma demanda massiva, qualitativamente enviesada por motivos de internação sensíveis à atenção primária e por outras causas de internação passíveis de serem resolvidas em outros níveis que não o terciário. As falhas na ordenação do sistema ficam explícitas na regulação insuficiente e/ou errônea dos poucos recursos ambulatoriais e diagnósticos, com extensas e históricas listas de espera e altas taxas de absenteísmo nas vagas ofertadas.¹¹ Como resultante, no cenário sanitário tem-se um Sistema Único de Saúde (SUS) fragmentado para enfrentar uma tripla carga de doenças, incrementada pelo envelhecimento populacional.¹²

Para dar suporte ao enfrentamento desse quadro assistencial e sanitário, inicialmente da APS e mais recentemente das RAS, o Programa Telessaúde Brasil Redes é uma iniciativa governamental criada em 2007 e em expansão a partir de então.¹³ Dentro das três ações de telessaúde mais utilizadas no país (teleconsultoria, telediagnóstico e teleducação), a teleconsultoria tem sido vista como uma ótima ferramenta de ajustamento entre pares, além de qualificar e evitar encaminhamentos da APS para outros níveis de atenção.¹⁴ Por meio de Tecnologias da Informação e Comunicação, como a Internet e o telefone,

e baseada na melhor evidência possível, a teleconsultoria provê suporte assistencial para profissionais de saúde solicitantes da APS, fornecido por teleconsultores especialistas em APS ou especialistas focais de acordo com a decisão de um profissional de telerregulação.¹⁵

Programas de saúde podem ser avaliados em relação ao processo (por meio de indicadores de oferta, utilização e cobertura), ao resultado (por meio de indicadores de impacto) ou ambos. Além disso, para se afirmar se os ganhos em processo e/ou resultado foram devidos ao programa, podem ser utilizadas inferências de adequação, plausibilidade e probabilidade. Avaliações de adequação indicam se os objetivos do programa foram alcançados; de plausibilidade, se foram alcançados devido ao programa; e de probabilidade, se o programa foi estaticamente efetivo. Por serem mais simples e menos dispendiosas, avaliações de adequação devem preceder as de plausibilidade e probabilidade, o que é o caso quando se analisa um programa de saúde inovador e em sedimentação, como o Programa Telessaúde Brasil Redes.¹⁶

Partindo da base legal brasileira e da produção do Núcleo de Telessaúde do Rio Grande do Sul (TelessaúdeRS-UFRGS), um estudo propôs um modelo de processo para teleconsultorias de texto e vídeo, assim como para outras tipologias de ações em telessaúde.¹⁷ Baseado nesse modelo, numa parceria entre o Ministério da Saúde e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por meio do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina foi produzida a Plataforma Nacional de Telessaúde. Como resultado obteve-se uma solução tecnológica para a telessaúde brasileira, utilizável por qualquer núcleo de telessaúde do país e acessível para profissionais da Atenção Primária à Saúde de toda a rede de atenção à saúde do território nacional, que foi lançada em outubro de 2013 (sob registro INPI Nº BR 51 2013 00120), com nova versão em fevereiro de 2015 (em processo de registro).

A Plataforma Nacional de Telessaúde foi desenvolvida com uma estrutura de dados robusta e maleável, que permite a inclusão de novos módulos, atores e processos e é compatível com os cadastros nacionais do SUS. Além disso, possui uma entrada de dados simplificada, que facilita o acesso aos serviços, aliada a uma saída de dados complexa, composta por tabelas planas de estrutura e processo, que acumulam todas as variáveis de solicitação, telerregulação, resposta e avaliação das teleconsultorias. Os primeiros módulos dão conta dos fluxos de teleconsultorias assíncronas (solicitante e teleconsultor não estabelecem contato ao mesmo tempo, são usados formulários eletrônicos) e síncronas (solicitante e teleconsultor estabelecem contato simultâneo, são usadas ferramentas de videoconferência). Com base nessa estrutura de dados, este artigo avalia a adequação da oferta e da utilização de teleconsultorias pelos núcleos de telessaúde e usuários que utilizam a Plataforma Nacional de Telessaúde no período de outubro de 2013 a setembro de 2015.

Método

Estudo descritivo baseado em análise estatística de ações de telessaúde. Foi levantada uma série histórica de 24 meses da produção das ações de teleconsultoria assíncrona e síncrona (texto e vídeo), por todos os núcleos de telessaúde que utilizaram a Plataforma Nacional de Telessaúde a partir do mês de seu lançamento (outubro de 2013) até setembro de 2015.

Para estimar a oferta média, foi considerado como numerador, para cada mês do período, a capacidade (média) de produzir duas teleconsultorias por dia multiplicada pela quantidade de teleconsultores em

atividade em cada núcleo de telessaúde (uma teleconsultoria a cada duas horas, numa jornada de 20 horas semanais) e como denominador o número de unidades de saúde cadastradas na área de abrangência dos núcleos.

Para avaliação da utilização, foi calculada a média mensal de solicitações por unidade de saúde, considerando como numerador o total mensal de solicitações respondidas por cada núcleo de telessaúde e como denominador o total de unidades de saúde cadastradas (e que, portanto, receberam capacitação no uso da ferramenta) na área de abrangência de cada um desses núcleos.

Para descrição da demanda, foi utilizado o percentual mensal de unidades de saúde ativas e o percentual de usuários ativos em cada categoria profissional (ativos = que realizaram ao menos uma solicitação no período de 24 meses). Também foram descritos os temas mais solicitados, categorizados pela Classificação Internacional de Atenção Primária, versão 2 (CIAP 2) e pela Classificação Internacional de Doenças, versão 10 (CID 10), bem como a distribuição de solicitações por categoria profissional do solicitante e do teleconsultor.

Resultados

Por meio da Plataforma Nacional de Telessaúde (Tabela 1), foram respondidas 29.575 teleconsultorias (98% assíncronas) no período de 24 meses, de outubro de 2013 a setembro de 2015. Essa oferta de serviços foi realizada por 18 núcleos de telessaúde, para 43.421 usuários em 9.801 unidades de saúde cadastradas. A área de abrangência dos núcleos de telessaúde incluiu 1.917 municípios de 14 estados das cinco regiões do país. A força de trabalho cadastrada nos núcleos de telessaúde foi de 780 teleconsultores, 132 telerreguladores, sendo que muitos teleconsultores acumulam essas duas funções. Teleconsultores e telerreguladores foram apoiados por um total de 153 monitores.

A Tabela 2 mostra a oferta e a demanda mensal de teleconsultorias no período de estudo, considerando as unidades de saúde contidas na área de abrangência de cada núcleo. Ambas se mantiveram estáveis, com variações entre 0,92 a 2,06 e 0,22 a 1,00 teleconsultorias, respectivamente. O percentual de unidades de saúde ativas (que realizaram ao menos uma solicitação no mês) manteve-se próximo a 0,1% unidades de saúde. Em função do baixo percentual de unidades ativas, a mediana e a moda da demanda mensal por unidade de saúde foram nulas.

A Tabela 3 mostra as categorias profissionais responsáveis por 5% ou mais do total de solicitações de teleconsultoria. Todas as outras 41 categorias cadastradas, que acumulam apenas 13,5% dos usuários, tiveram um percentual abaixo de 1% do total de solicitações, sendo que a maioria não realizou nenhuma solicitação. Enfermeiros destacaram-se tanto no número absoluto de solicitações quanto no percentual de usuários ativos, embora esse indicador esteja baixo para todas as categorias profissionais, já que foi considerado como ativo aquele solicitante que fez ao menos uma solicitação no período de 24 meses. Como reflexo disso, 86,9% dos usuários cadastrados não realizou nenhuma solicitação em 24 meses. Em relação aos médicos, esse percentual chega a 90,0%.

No que diz respeito à profissão dos teleconsultores, a maioria das solicitações de teleconsultoria (96,0%) foi respondida por clínicos gerais (72,5%), enfermeiros (19,3%) e cirurgiões-dentistas (4,2%). No cadastro de teleconsultores, essas categorias profissionais apresentam, respectivamente, as frequências de 40,2%, 18,7% e 7,5%.

Tabela 1. Dados de estrutura e processo de teleconsultorias síncronas e assíncronas dos núcleos de telessaúde que utilizaram a Plataforma Nacional de Telessaúde, no período de outubro de 2013 a setembro de 2015. TelessaúdeRS-UFRGS. Porto Alegre, 2015.

Núcleo de telessaúde	UF	Número de municípios	Número de unidades de saúde	Número de usuários	Número de teleconsultores	Número de reguladores*	Número de monitores	Período em meses	Número de teleconsultorias
ANDRADINA	SP	39	113	894	3	3	0	2	7
ARAPIRACA	AL	39	206	2.720	8	8	2	24	602
BACABAL	MA	11	82	800	4	2	4	13	472
BAHIA	BA	416	3.340	12.756	40	9	6	24	1.127
CEÁRA	CE	174	1.113	3.979	81	6	9	18	249
CRISTALINA	GO	7	143	453	8	8	2	21	202
GARÇA	SP	27	111	572	6	6	0	6	13
HUUFMA	MA	45	255	2.402	27	4	6	14	3.666
JOÃO PESSOA	PB	6	84	1.622	13	4	5	10	456
NÚCLEO DE TELESSAÚDE DO IMIP	PE	62	157	444	96	14	10	10	77
NÚCLEO TÉCNICO-CIENTÍFICO DE TELESSAÚDE DO ESTADO DO AMAZONAS	AM	35	90	220	19	4	2	3	20
NÚCLEO TÉCNICO-CIENTÍFICO DE TELESSAÚDE DE MATO GROSSO	MT	140	814	3.650	149	7	15	14	710
NÚCLEO TÉCNICO-CIENTÍFICO DE TELESSAÚDE PARÁ	PA	82	265	365	18	1	12	4	8
PARANÁ	PR	272	914	3.604	41	18	4	22	14.808
PETROLNA	PE	22	265	931	22	5	1	24	743
SANTA INÊS	MA	11	97	903	6	2	6	2	6
SERGIPE	SE	75	269	2.987	11	10	15	23	656
TELESSAÚDERS	RS	454	1.483	4.119	228	21	54	24	5.753
Totais		1.917	9.801	43.421	780	132	153		29.575

* Em geral, teleconsultores acumulam a função de telerreguladores.

A Tabela 4 mostra que foram realizadas solicitações de teleconsultoria com temas distribuídos em todos os capítulos da CIAP 2. Dentro do capítulo A – Geral e inespecífico houve 4.589 (15,6%) solicitações classificadas sob o título Eletrocardiograma e dentro do capítulo N – Sistema nervoso houve 2.660 (9,0%) classificadas como Cefaleia e 1.285 (4,3%) como Epilepsia. Embora apenas 1.611 solicitações tenham sido classificadas por meio da CID 10, já que esta é opcional e complementar à CIAP 2, também houve solicitações em todos os capítulos da CID 10.

Como a avaliação dos serviços é opcional, 50,2% das solicitações de teleconsultorias foram avaliadas, com 95,6% dos solicitantes satisfeitos com o serviço e 88,4% declarando que tiveram suas dúvidas totalmente respondidas. Também por meio da avaliação verificou-se que em 4.288 solicitações realizadas por médicos havia intenção de encaminhamento em 2.497 (58,2%) dos casos e, desses últimos, houve evitação do encaminhamento em 34,8% dos casos.

Discussão

Resumo dos principais achados do estudo

A estrutura implantada é compatível com o processo e capaz de atingir as metas do Programa Telessaúde Brasil Redes. Conforme o modelo de avaliação proposto, a capacidade instalada de oferta

Tabela 2. Evolução da oferta e da demanda de teleconsultorias síncronas e assíncronas na Plataforma Nacional de Telessaúde, no período de outubro de 2013 a setembro de 2015. TelessaúdeRS-UFRGS. Porto Alegre, 2015.

Período de telessaúde em atividade	Número de núcleos	Número de unidades de saúde cadastradas	% de unidades de saúde de ativas	Número de solicitações	Média mensal de demanda de solicitações por unidade de saúde cadastrada	Número de teleconsultores em atividade	Média mensal de oferta de teleconsultorias por unidade de saúde cadastrada	Versão Plataforma
out/13	5	3.404	0,15	929	0,38	42	1,45	1.9
nov/13	6	3.404	0,09	586	0,23	46	0,96	1.9
dez/13	6	3.404	0,07	448	0,22	44	0,95	1.9
jan/14	7	3.426	0,09	578	0,29	48	1,10	1.9
fev/14	7	3.426	0,09	666	0,53	53	1,41	1.9
mar/14	7	3.426	0,08	544	0,28	52	2,06	1.9
abr/14	8	3.426	0,09	831	0,27	56	1,34	1.9
mai/14	8	3.426	0,08	710	0,26	53	1,18	1.9
jun/14	6	3.426	0,07	692	0,30	53	1,03	1.9
jul/14	7	3.426	0,07	981	0,47	50	1,37	1.9
ago/14	10	3.426	0,09	1.265	0,53	54	1,15	1.9
set/14	10	3.426	0,08	1.508	0,98	61	1,64	1.9
out/14	10	3.426	0,09	1.816	1,00	60	1,55	1.9
nov/14	9	3.426	0,07	1.142	0,67	54	1,33	1.9
dez/14	12	3.426	0,07	1.084	0,46	63	1,45	1.9
jan/15	10	3.440	0,04	608	0,36	50	1,60	1.9
fev/15	11	3.691	0,06	982	0,42	53	1,52	2.0
mar/15	12	4.025	0,07	1.379	0,63	62	1,55	2.0
abr/15	14	4.551	0,07	1.297	0,51	84	1,97	2.0
mai/15	14	9.212	0,04	1.863	0,37	96	0,92	2.0
jun/15	14	9.338	0,04	1.932	0,41	98	1,55	2.0
jul/15	15	9.491	0,05	2.280	0,46	118	1,47	2.0
ago/15	17	9.647	0,06	2.721	0,54	147	1,23	2.0
set/15	17	9.801	0,05	2.733	0,49	157	1,06	2.0
Total				29.575				

Tabela 3. Categorias profissionais responsáveis por 5% ou mais das solicitações de teleconsultorias síncronas e assíncronas da Plataforma Nacional de Telessaúde no período de outubro de 2013 a setembro de 2015. TelessaúdeRS-UFRGS. Porto Alegre, 2015.

Profissão de solicitante	Número de usuários cadastrados	% do total de usuários cadastrados	Número de usuários ativos	% de usuários ativos	Números de solicitações	% do total de solicitações
ENFERMEIRO(A)	11.083	25,3	2.132	19,2	16.011	54,1
MÉDICO(A) CLÍNICO(A)	8.509	19,4	850	10,0	4.244	14,3
AGENTE COMUNITÁRIO(A) DE SAÚDE	11.452	26,1	1.331	11,6	3.609	12,2
TÉCNICO(A) EM ENFERMAGEM	3.072	7,0	304	9,9	2.429	8,2
CIRURGIÃO(A)-DENTISTA	3.788	8,6	404	10,7	1.520	5,1
...
Totais	43.421	100,0	5.667	13,1	29.575	100,0

Tabela 4. Número de solicitações de teleconsultorias síncronas e assíncronas categorizadas pela Classificação Internacional de Atenção Primária – versão 2 na Plataforma Nacional de Telessaúde no período de outubro de 2013 a setembro de 2015. TelessaúdeRS-UFRGS. Porto Alegre, 2015.

Capítulos	Número de solicitações*	% do total de solicitações
A - Geral e inespecífico	12.772	43,3%
N - Sistema nervoso	7.159	24,2%%
P - Psicológico	1.627	5,5%
K - Aparelho circulatório	1.415	4,8%
W - Gravidez e planejamento familiar	1.368	4,6%
D - Aparelho digestivo	1.115	3,8%
X - Aparelho genital feminino (incluindo mama)	899	3,0%
S - Pele	814	2,8%
T - Endócrino, metabólico e nutricional	657	2,2%
L - Sistema musculo-esquelético	388	1,3%
B - Sangue, órgãos hematopoiéticos e linfáticos	370	1,3%
R - Aparelho respiratório	261	0,9%
Y - Aparelho genital masculino	193	0,7%
F - Olhos	182	0,6%
U - Aparelho urinário	175	0,6%
H - Ouvidos	66	0,2%
Z - Problemas sociais	61	0,2%
Total Geral	29.522	100,0%

* Um conjunto de 53 solicitações não foi classificado por uma falha temporária na validação de entrada de dados.

mensal média de teleconsultorias por unidade de saúde, atingida pelos núcleos de telessaúde, alcançou a meta de oferta de uma a três solicitações mensais estabelecida pelo Ministério da Saúde.¹⁸ Porém, no contraponto de um grande leque de temas explorado nas teleconsultorias, existe uma baixa demanda dos profissionais da APS por essa tipologia de serviços de telessaúde. A grande quantidade de solicitações em temas muito específicos como eletrocardiograma, cefaleia e epilepsia pode significar o uso adaptado do fluxo de teleconsultorias síncronas e assíncronas para experiências em telediagnóstico e apoio ao complexo regulador ambulatorial.

Fortalezas e limitações do estudo

O presente estudo fornece uma avaliação da oferta e da demanda dos serviços de teleconsultorias síncronas e assíncronas (texto e vídeo) em 18 (43%) dos núcleos de telessaúde em operação no país, já que, conforme dados do Programa Telessaúde Brasil Redes, existiam 42 núcleos em operação em agosto de 2015.¹⁹ Porém, ao se avaliar uma possível capacidade instalada ociosa, decorrente da baixa utilização, é preciso considerar que a justificativa de investimento público em telessaúde no Brasil parte de um contexto de expansão e inovação. Além disso, os núcleos de telessaúde também realizam atividades de telediagnóstico e de teleducação, bem como outras modalidades de teleconsultoria (por exemplo.: via telefone) não incluídas dentro da análise deste artigo. A baixa utilização geral e em especial a baixa utilização por médicos inviabiliza a utilização de indicadores de resultado, como a evitação de encaminhamentos.

Comparação com a literatura já existente

No que diz respeito à utilização, dois dos três principais fatores associados à usabilidade de ferramentas de telessaúde – simplicidade e treinamento suficiente – são cumpridos pela Plataforma Nacional de Telessaúde. Mesmo assim, a média mensal de demanda espontânea de solicitações por unidade de saúde ficou bem abaixo dos valores entre 1,5 e 1,9 solicitações mensais por unidade encontrados em experiências nacionais e internacionais.^{20,21} Apesar da baixa utilização ser um problema, ela é uma realidade da demanda espontânea nacional e internacional.

Isso é reforçado por um estudo recente (2015), ao sugerir que clínicos preferem encaminhar pacientes para consultas em outros níveis de atenção do que solicitar suporte assistencial por telessaúde para resolver os casos localmente e com qualidade na APS.¹⁷ Outro estudo já havia demonstrado um percentual de 30% de usuários médicos cadastrados que não utilizavam um serviço de teleconsultorias.²² A disposição em usar serviços por médicos foi denominada como aceitação clínica e é considerada um fator decisivo para a sustentação de novos serviços.²³ Tanto o problema da baixa utilização quanto da baixa aceitação clínica, bem como do aperfeiçoamento profissional, são de natureza multifatorial e requerem ações multifacetadas no seu enfrentamento.²⁴

Implicações para a pesquisa na área e/ou para a prática dos profissionais

a) Ganho de escala e integração horizontal: A tipologia de solicitação de teleconsultorias via Plataforma Nacional de Telessaúde exige uma infraestrutura mínima de conectividade e equipamentos de interação a distância. Das 38.812 unidades básicas de saúde avaliadas pelo Ministério da Saúde, 35% referiram essas condições.²⁵ Muitas dessas unidades estão fora das áreas de abrangências dos núcleos de telessaúde, que normalmente são limitadas por fronteiras municipais ou estaduais. A limitação de áreas de abrangência por fronteiras geográficas contraria as possibilidades de economia de escala e de integração horizontal e é incoerente com a premissa básica da telessaúde, que diz respeito a minimizar as limitações impostas pela distância.

Em setembro de 2015, a Plataforma Nacional de Telessaúde acumulou 780 teleconsultores, porém apenas a quinta parte desta capacidade instalada (157 teleconsultores) realizou produção de teleconsultorias (Tabelas 1 e 2). Caso todos tivessem uma produção plena de 40 teleconsultorias por mês, sem considerar a limitação das áreas de abrangência, seria possível produzir 31.200 teleconsultorias, o que equivaleria a 11 vezes a produção do mês de setembro de 2015 e a 3,2 teleconsultorias mensais por unidade de saúde cadastrada.

Considerando a atual demanda espontânea, essa capacidade instalada permitiria atender a todas as unidades de APS do país. Se por um lado é possível ter ganho de escala, por outro lado, é necessário concentrar a aplicação de recursos. Em tempos de contingenciamentos orçamentários para a saúde, não há justificativa para a existência de 42 núcleos de telessaúde. Um ou dois núcleos por região do país, todos integrados horizontalmente, seriam mais do que suficientes para coordenar o atual grupo de teleconsultores, sendo possível manter a dispersão geográfica dos teleconsultores.

b) Telerregulação e auditoria: a regulação em telessaúde é um ponto necessário e fulcral em função da evidência de iatrogenia gerada pela solicitação desregulada e/ou desnecessária de procedimentos, sejam

eles de teleconsultoria ou de telediagnóstico.^{26,27} Intervenções que buscam reestruturar práticas clínicas, associando-as com grupos de referência (o que inclui auditoria, retroalimentação e lembretes) são mais propensas para levar a mudanças de comportamento.

Da mesma forma, existe demonstração de inefetividade, para aperfeiçoamento clínico, da disseminação de informação não solicitada, como palestras, aulas expositivas e diretrizes clínicas, indicando melhores resultados com intervenções multifacetadas, como visitas educacionais e auditoria com retroalimentação.^{24,28} Portanto, a telerregulação potencializa a educação permanente ao conectar o solicitante ao teleconsultor ideal para a discussão do caso.

A telerregulação também é uma ferramenta de integração horizontal no momento em que telerreguladores das diversas regiões do país podem colaborar para distribuir solicitações de acordo com protocolos baseados em evidências. Da mesma forma, a auditoria por pares, além de incidir na qualidade do serviço prestado, pode potencializar a telerregulação.¹²

c) Novas tipologias de ações de telessaúde: é preciso repensar o modelo de oferta de teleconsultorias por meio da web, em que o solicitante tem que reservar tempo para acessar um terminal por meio de acesso registrado. Nesse sentido, pelas estimativas da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) em 2013, o acesso exclusivo por computador vem sofrendo retração, indicando o crescimento de outras formas de acesso, como o telefone celular e tablet (responsáveis por 4,1% dos acessos).

No Brasil, 75,2% da população de 10 anos ou mais de idade possui telefone celular (aumento de 131,4% em relação a 2005).²⁹ É necessário o uso de múltiplas tipologias de oferta de serviços de telessaúde, que aliem o atual uso da internet, telefone tradicional e dispositivos móveis inteligentes (*smartphones*). Com isso, será possível oferecer serviços com maior aceitação para profissionais de saúde, gestores e mesmo pacientes, mesclando todas as possibilidades de ações de telessaúde.

A aceitação clínica deixa de ser uma barreira quando os novos serviços se inserem na prática diária. Tipologias de ações em telessaúde que partam de outras necessidades, que não apenas a demanda espontânea por profissionais de saúde, como a pressão assistencial exercida pelas necessidades dos pacientes por consultas e procedimentos ambulatoriais, são um exemplo disso. Iniciativas de apoio ao complexo regulador ambulatorial produzem sinergia entre diversas tipologias de ações de telessaúde, como teleconsultorias via web e via telefone e telediagnóstico.¹⁷

Finalmente, embora a teleconsulta (interação entre profissional de saúde e paciente) ainda não seja uma realidade nacional (não é permitida pelo Conselho Federal de Medicina, apesar da dimensão continental do país e das grandes iniquidades na distribuição dos recursos humanos em saúde, mesmo com a telessaúde já tendo sido regulamentada pelo Conselho Federal de Medicina ainda em 2002),^{30,31} são amplas as possibilidades de uso da atual capacidade instalada para orientação e educação em saúde, bem como no enfrentamento de endemias, epidemias e outros eventos populacionais.

Conclusões

O baixo uso e os percentuais acima de 80% de solicitantes sem nenhuma utilização reforçam a necessidade de avaliação do modelo de oferta de teleconsultorias, pois aguardar por demanda espontânea não parece ser o caminho. Apesar da oferta adequada em relação às metas do programa, a demanda

é muito baixa, gerando capacidade instalada ociosa de um grupo de teleconsultores com capacidade de resposta para um amplo leque de temas. Levanta-se a necessidade de ganho de escala, integração horizontal e fortalecimento da telerregulação e da auditoria das ações de telessaúde, com centralização de recursos e redução do número de núcleos de telessaúde. Além disso, é necessário investir em novas tipologias sinérgicas e sistêmicas de oferta de ações de telessaúde, como o apoio ao complexo regulador ambulatorial e à orientação da população.

Agradecimentos

O presente trabalho não seria possível sem o apoio técnico, político e financeiro do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com participação da Faculdade de Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Também foi importante o respaldo técnico e científico da equipe do TelessaúdeRS-UFRGS.

Referências

1. Organización Panamericana de la Salud. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920. Washington: OPAS; 1964. 38 p.
2. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília/UNESCO: Ministério da Saúde; 2002.
3. Brasil. Decreto n. 7.508, 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 2011; 29.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Histórico de cobertura da Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
5. Harzheim E, ed. Reforma da atenção primária à saúde na cidade do Rio de Janeiro: avaliação dos primeiros três anos de clínicas da família. Porto Alegre: OPAS; 2013.
6. Macinko J, de Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. *Am J Public Health*. 2011;101(10):1963-70. DOI: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2010.198887>
7. Gonçalves MR, Hauser L, Prestes IV, Schmidt MI, Duncan BB, Harzheim E. Primary health care quality and hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in the public health system in Porto Alegre, Brazil. *Fam Pract*. 2016;33(3):238-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmz051>
8. Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(29):294-303. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)828](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)828)
9. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan 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. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900015>
10. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Performance of the PSF in the Brazilian South and Northeast: institutional and epidemiological Assessment of Primary Health Care. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(3):669-81. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300015>
11. Harzheim E. Panorama tecnológico da área de telemedicina do complexo da saúde. Brasília: Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial; 2015.
12. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
13. Harzheim E, Gonçalves MR, Umpierre RN, da Silva Siqueira AC, Katz N, Agostinho MR, et al. Telehealth in Rio Grande do Sul, Brazil: Bridging the Gaps. *Telemed J E Health*. 2016;22(11):938-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1089/tmj.2015.0210>
14. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Telessaúde para Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
16. Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *Int J Epidemiol*. 1999;28(1):10-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/ije/28.1.10>
17. Schmitz CAA. Telessaúde como suporte assistencial para a Atenção Primária à Saúde no Brasil [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 2.860, de 28 de dezembro de 2014. Define os valores do incentivo financeiro de custeio mensal destinado aos Núcleos de Telessaúde do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica de que trata a Portaria nº 2.859/GM/MS, de 29 de dezembro de 2014. Brasília: Diário Oficial da União; 2014.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Apresentação da produção de atividades dos Núcleos de Telessaúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
20. Alkmim MBM. Fatores associados à utilização de sistema de teleconsultoria na atenção primária de municípios remotos de Minas Gerais [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
21. Mars M, Scott R. Telemedicine service use: a new metric. *J Med Internet Res*. 2012;14(6):e178. DOI: <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.1938>
22. Castro Filho ED. Telessaúde no apoio a médicos de atenção primária [tese]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
23. Wade VA, Elliott JA, Hiller JE. Clinician acceptance is the key factor for sustainable telehealth services. *Qual Health Res*. 2014;24(5):682-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1049732314528809>
24. Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Haynes RB. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *CMAJ*. 1995;153(10):1423-31.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Microdados da avaliação externa. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. [acesso 2017 Jul 12]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados
26. Croswell JM, Kramer BS, Kreimer AR, Prorok PC, Xu JL, Baker SG, et al. Cumulative incidence of false-positive results in repeated, multimodal cancer screening. *Ann Fam Med*. 2009;7(3):212-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.1370/afm.942>
27. Jamoulle M, Roland M. Champs d'action, gestion de l'information et formes de prévention clinique en médecine générale et de famille. *Santé Conjugée*. 2005;33(7):71-7.
28. Johnson MJ, May CR. Promoting professional behaviour change in healthcare: what interventions work, and why? A theory-led overview of systematic reviews. *BMJ Open*. 2015;5(9):e008592. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008592>
29. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: acesso à internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal. 2014. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
30. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Brasília: CFM; 2009. [acesso 2017 Jul 12]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=9&Itemid=122
31. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1.643, de 7 de agosto de 2002. Define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina. Brasília: Diário Oficial da União; 2002. [acesso 2017 Jul 12]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1643_2002.pdf

^a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); TelessaúdeRS-UFRGS. Porto Alegre, RS, Brasil. carlos.aita@telessauders.ufrgs.br (Autor correspondente)

^b Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Secretaria Municipal de Saúde. Porto Alegre, RS, Brasil. erno.harzheim@telessauders.ufrgs.br

Panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil, 2000 a 2014

Overview of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in Espírito Santo, Brazil, 2000 to 2014

Panorama de las hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención primaria en Espírito Santo, Brasil, 2000 a 2014

Rosalva Grobério Pazó^a, Diana de Oliveira Frauches^b, Maria del Carmen Bisi Molina^a, Nágela Valadão Cade^a

Resumo

Objetivo: Descrever a série temporal das internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) no estado do Espírito Santo, no período de 2000 a 2014, segundo sexo, faixa etária, porte municipal, macrorregiões e grupos de causa, e investigar os fatores associados à ocorrência dessas hospitalizações. **Métodos:** Estudo ecológico de série temporal das ICSAP ocorridas de 2000 a 2014. A análise da série temporal foi realizada pelo método Cochrane-Orcutt, e para a análise de regressão multivariável multinível usou-se o modelo de regressão binomial negativa. **Resultados:** As ICSAP diminuíram 28,79% no período. As maiores taxas foram observadas entre os idosos e as crianças menores de cinco anos, e reduziram mais entre idosos e adultos. Os principais grupos de causas foram as gastroenterites infecciosas e complicações, a infecção no rim e trato urinário, e a insuficiência cardíaca. Houve redução das taxas de ICSAP na medida em que cresceu a taxa de cobertura da estratégia saúde da família (0,60, IC: 0,56-0,66), a proporção de médicos (0,90, IC: 0,84-0,96), de pretos e pardos (0,88, IC: 0,83-0,93) e de pessoas com ensino médio (0,87, IC: 0,76-0,99), enquanto houve acréscimo dessas hospitalizações a cada aumento do produto interno bruto *per capita*, do índice de Gini, da taxa de urbanização, dos leitos hospitalares e dos planos de saúde. **Conclusão:** A expansão e consolidação da estratégia saúde da família são importantes para a redução das ICSAP no estado dentre outros fatores, como recursos de saúde e fatores socioeconômicos.

Abstract

Objective: To describe the time series of hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions (ACSC) in Espírito Santo, from 2000 to 2014, according to sex, age, municipal size, regions and cause groups, and investigate the factors associated with the occurrence of these hospitalizations. **Method:** Ecological study of time series of ACSC hospitalizations occurred from 2000 to 2014. The analysis of the time series was performed by the Cochrane-Orcutt method, and for the multivariable regression analysis the negative binomial regression model was used. **Results:** ACSC hospitalizations decreased 28.79% in the period. The highest rates were observed among the elderly and children under five, and decreased more among the elderly and adults. The main groups of causes were gastroenteritis and complications, infection in the kidney and urinary tract, and heart failure. There was a reduction in the ACSC hospitalizations rates as the coverage rate of family health strategy increased (0.60, CI: 0.56-0.66), proportion of physicians (0.90, CI: 0.84-0.96), blacks (0.88, CI: 0.83-0.93) and people with high school education (0.87, CI: 0.76-0.99), while there was an increase of these hospitalizations with each increase in gross domestic product per capita, Gini index, urbanization rate, hospital beds and health insurance. **Conclusion:** The expansion and consolidation of family health strategy are important for the reduction of ACSC hospitalizations in the state among other factors, such as health resources and socioeconomic factors.

Palavras-chave:

Atenção Primária à Saúde
Estratégia Saúde da Família
Indicadores de Qualidade
em Assistência à Saúde
Hospitalização

Keywords:

Primary Health Care
Family Health Strategy
Quality Indicators,
Health Care
Hospitalization

Como citar: Pazó RG, Frauches DO, MCB Molina, Cade NV. Panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil, 2000 a 2014. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-12. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1546](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1546)

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: 07/06/2017.
Aprovado em: 03/07/2017.

Resumen

Objetivo: Describir la serie temporal de las tasas de hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención primaria (ACSC) en Espírito Santo, de 2000 a 2014, según sexo, edad, regiones y causa, e investigar factores asociados. **Métodos:** Estudio ecológico de serie temporal de las hospitalizaciones por ACSC, de 2000 a 2014. El análisis de la serie temporal fue realizado por el método Cochrane-Orcutt, y para el análisis de regresión multivariable multinivel se usó el modelo de regresión binomial negativa. **Resultados:** Hubo reducción del 28,79%. Las mayores tasas fueron observadas entre los ancianos y los niños menores de cinco años, y redujeron más entre ancianos y adultos. Las principales causas fueron las gastroenteritis infecciosas y complicaciones, la infección en el riñón y del tracto urinario, y la insuficiencia cardiaca. Se observó una reducción de las hospitalizaciones por ACSC en la medida en que creció la tasa de cobertura de la estrategia de salud de la familia (0,60, IC: 0,56-0,66), proporción de médicos (0,90, IC: 0,84 -0,96), negros y pardos (0,88, IC: 0,83-0,93) y personas con escuela secundaria (0,87, IC: 0,76-0,99), mientras hubo aumento de esas hospitalizaciones a cada aumento del producto interno bruto per cápita, índice de Gini, tasa de urbanización, camas hospitalarias y cobertura del plan de salud. **Conclusión:** La expansión y consolidación de la estrategia de salud de la familia son importantes para la reducción de las hospitalizaciones por ACSC en el estado entre otros factores, como recursos de salud y factores socioeconómicos.

Palabras clave:

Atención Primaria de Salud
Estrategia de Salud Familiar
Indicadores de Calidad
de la Atención de Salud
Hospitalización

Introdução

As internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) se tornaram internacionalmente estabelecidas como um indicador de qualidade e parte do pressuposto de que o acesso adequado ao atendimento ambulatorial efetivo pode prevenir a necessidade de hospitalização por alguns agravos.¹⁻³

Para um atendimento oportuno, faz-se necessário o estabelecimento e manutenção de um sistema de Atenção Primária à Saúde (APS) acessível, bem distribuído, com capacidade de gerir os problemas da comunidade, com equipes de trabalho suficientes, e capacidade de realizar o manejo clínico resolutivo.

No Brasil, entre 1997 e 2007, as ICSAP reduziram 24% em associação com o aumento progressivo de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), que tem a proposta de trabalhar com equipes de atenção à família e busca ativa de populações de risco.⁴ Outros estudos também descreveram a ocorrência destas hospitalizações, mostrando a utilidade do indicador na avaliação das estratégias desenvolvidas para melhorar o acesso aos serviços de saúde.⁴⁻⁷

No estado do Espírito Santo (ES), em meados de 1998 foi implantada a primeira equipe, em 2000 esse modelo assistencial estava presente em metade dos municípios, e a partir daí houve avanço progressivo na cobertura da ESF no estado.⁸ Houve redução das ICSAP no ES, 1998 a 2009, com variação média anual de 5,2% entre homens e 4,7% entre mulheres,⁵ e essas hospitalizações representaram 22,41% das internações do estado em 2010.⁹

Alguns autores têm demonstrado que, além da cobertura da ESF, a melhoria das condições socioeconômicas colaboram para a redução das ICSAP.^{1,9-11} Nessa perspectiva, a hipótese do presente estudo consiste em que a implantação da ESF e as melhorias socioeconômicas ocorridas no ES podem ter contribuído para a redução das ICSAP em nível municipal. Busca-se, portanto, ampliar a informação sobre as ICSAP nesses municípios em período de 15 anos de observação e sua relação com a ESF, com vistas a subsidiar informações sobre as demandas da APS para determinados grupos mais afetados por essas internações, bem como orientar estratégias de treinamentos na prevenção de agravos específicos.

Objetiva-se neste estudo descrever a série temporal das ICSAP no ES, no período de 2000 a 2014 segundo sexo, faixa etária, porte municipal, macrorregiões e grupos de causa, e investigar os fatores associados à ocorrência dessas hospitalizações, tais como a disponibilidade de recursos de saúde e os determinantes socioeconômicos.

Métodos

Estudo ecológico de séries temporais das ICSAP ocorridas nos 78 municípios do ES, no período de 1º de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2014. A escolha do período considerou a consolidação da ESF no estado, pois sua implantação nos municípios se deu de forma distinta e incipiente em alguns deles antes do ano 2000.

As informações sobre as internações foram extraídas do banco do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS). Analisou-se o ano de ocorrência da internação na Autorização de Internação Hospitalar (AIH) paga para definir a temporalidade do evento. Foram excluídos os partos por representarem um desfecho natural da gestação.

As taxas de ICSAP compuseram a variável resposta e foram calculadas por 10.000 habitantes. A população utilizada para o cálculo foi aquela referida pelos censos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), bem como a população intercensitária. As taxas foram padronizadas pelo método direto, considerando a população do estado no censo de 2010 como padrão.

As ICSAP foram agrupadas segundo sexo, município de residência, faixas etárias e grupos de causas. O diagnóstico principal da AIH foi usado para definir a causa da internação e para classificação como ICSAP e seus grupos de causa seguiu-se a lista brasileira, publicada em 2008. As faixas etárias seguiram os 11 grupos adotados pelo banco do DATASUS: 0 a 4 anos; 5 a 9; 10 a 14; 15 a 19; 20 a 29; 30 a 39; 40 a 49; 50 a 59; 60 a 69; 70 a 79; 80 e mais.

Os municípios foram agrupados segundo o porte municipal até 20.000, de 20.001 até 100.000, de 100.001 a 300.000, mais de 300.000 habitantes. Cabe registrar que não há, no estado, município com mais do que 500.000 habitantes. Também foi utilizada a classificação do Plano Diretor de Regionalização da Saúde do ES 2011, na qual os municípios são categorizados em macrorregiões Norte, Central, Metropolitana e Sul. A regionalização está orientada para promover o acesso, resolutividade e qualidade dos serviços de saúde.¹²

A análise da série temporal foi realizada pelo método Cochrane-Orcutt de regressão dos mínimos quadrados, que permitiu estimar os parâmetros de regressão e filtrar a autocorrelação temporal.¹³ O nível de significância adotado foi de 5%. Classificou-se a tendência da série como estabilidade ($p > 0,05$), redução ($p < 0,05$ e coeficiente da regressão negativo) ou crescimento ($p < 0,05$ e coeficiente da regressão positivo).

Realizou-se análise multivariável para averiguar a influência da ESF nessas hospitalizações. As variáveis explicativas foram *proxies* selecionadas dentre aquelas reconhecidas na literatura como determinantes das ICSAP, como as condições socioeconômicas, características geográficas, demográficas e organização dos serviços de saúde (rede privada e pública).^{2,6,9,10}

As variáveis explicativas seguiram as definições constantes em suas respectivas fontes: cobertura da ESF (Departamento de Atenção Básica, 2000 a 2014); taxa de pobreza, taxa de urbanização, proporção de pardos e negros, domicílios com esgotamento sanitário, renda mensal familiar *per capita* e taxa de analfabetismo (IBGE, 2000 e 2010); percentual de ensino médio (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2000 e 2010); Índice de Gini (IPEA, 2000 e 2010); produto interno bruto *per capita* (PIB *per capita*) (IBGE, 2000 a 2013); número de médicos e leitos hospitalares SUS (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2000, 2005 a 2014); cobertura de plano de saúde (Agência Nacional de

Saúde Suplementar, 2000 a 2014). Todas as variáveis explicativas são contínuas e foram tratadas como variáveis de distribuição gaussiana.

Para aquelas variáveis com indisponibilidade de informação para todos os anos da série, foi feito cálculo por interpolação e extrapolação quando necessário, uma hipótese de tendência linear foi adotada para encontrar os valores intermediários entre dois pontos de dados e determinar a variação anual dos valores das variáveis.

Para a análise de regressão multivariável, usou-se o modelo de regressão binomial negativa inflacionada de zeros. Esse modelo foi selecionado porque é apropriado para dados de contagem que exibem sobre-dispersão, como foi o caso da variável internações sensíveis. Realizou-se análise multinível, incluíram-se como 1º nível os municípios e como 2º nível o ano de ocorrência das ICSAP. Para seleção das variáveis para o modelo final, foi usado o método *backward*, e as variáveis que apresentaram valor de $p > 0,20$ foram excluídas. Calculou-se o risco relativo (RR) e o intervalo de confiança de 95% (IC95%).

Os fatores de inflação da variância (VIF) foram usados para detectar a presença de multicolinearidade, e as variáveis com comportamento colinear foram eliminadas. Também foram feitas análises de resíduos do modelo final pelo gráfico q-q plot.

Todas as análises estatísticas foram conduzidas no *software* R versão 3.2.2 (R CORE TEAM, 2016. Vienna, Austria; URL <https://www.R-project.org/>). A pesquisa utilizou informações que são de domínio público e por isso foi liberada da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados

No período de 2000 a 2014 ocorreram 2.444.174 internações nos 78 municípios do ES, cuja população passou de 3.097.232 para 3.885.049 habitantes, perfazendo uma taxa mediana de 470,39 internações por 10.000 habitantes, com estabilidade no período. As internações por ICSAP foram 640.187 e representaram 26,33% do total de internações, com uma taxa padronizada estadual que caiu de 146,35 por 10.000 habitantes em 2000 para 104,22 em 2014, correspondendo a uma redução de 28,79%.

A curva estadual da taxa de ICSAP no primeiro quinquênio da análise (2000-2004) apresentou discreto aumento, com pico em 2003 e variação média anual de 0,50%. No entanto, no período seguinte (2005-2009) foi possível notar importante queda na curva e variação média anual de -5,52%. No último período da série (2010-2014) manteve-se a tendência de redução, porém num patamar menor, -0,89%. Esse mesmo padrão foi observado na curva de ICSAP segundo sexo (Gráfico 1).

As ICSAP diminuíram entre os idosos, adultos e na faixa pediátrica de 0 a 4 anos, com maior redução entre os dois primeiros. Assim como houve redução em todas as macrorregiões com exceção da Sul, enquanto na análise por porte municipal notou-se redução das ICSAP em todos os extratos de municípios, sendo maiores as quedas observadas naqueles de pequeno porte (menos de 100.000 habitantes) (Tabela 1).

As maiores taxas de ICSAP foram observadas entre os idosos e na faixa etária pediátrica de 0 a 4 anos. Entre adultos, as maiores taxas ocorreram com o aumento da idade. As menores taxas foram registradas na adolescência nas faixas de 10 a 14 anos e 15 a 19 anos. No entanto, chamou a atenção o fato de ter ocorrido crescimento das taxas para essa segunda faixa etária (Tabela 1).

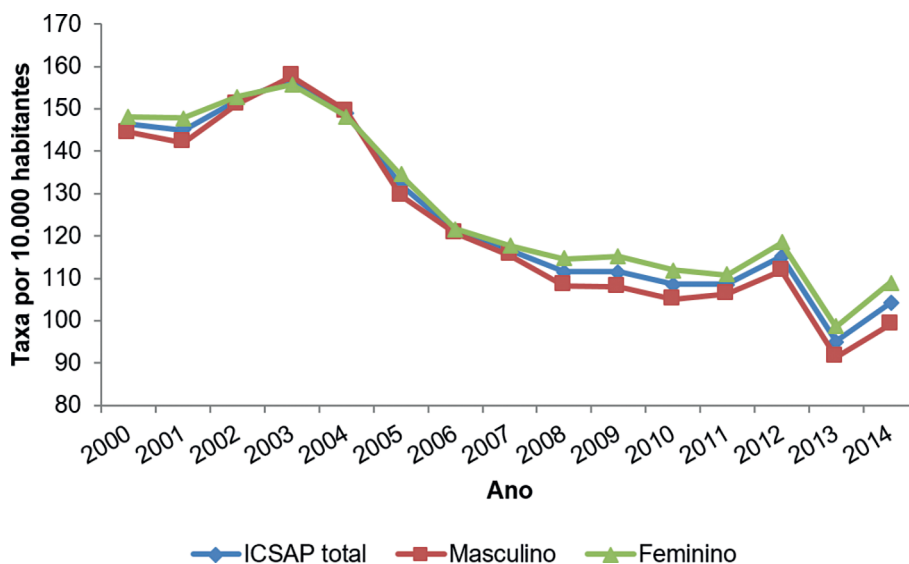


Gráfico 1. Série temporal das taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária total e segundo o sexo, Espírito Santo, Brasil, 2000 a 2014. Nota: ICSAP - internações por condições sensíveis à atenção primária.

Tabela 1. Distribuição das medianas (1º e 3º quartil) e tendência das taxas padronizadas de internação por condições sensíveis à atenção primária por 10.000 habitantes segundo sexo, faixa etária, macrorregião e porte municipal, Espírito Santo, Brasil, 2000 a 2014.

Variável	Taxa de ICSAP	Modelo	R ²	Varição média anual (%)	Tendência
Total	118,46 (109,78-163,87)	$y = 8749,64 - 4,3x$	0,645	-3,11	Redução**
Sexo					
Masculino	115,43 (107,12-143,26)	$y = 9859,95 - 4,83x$	0,674	-2,39	Redução**
Feminino	118,44 (113,29- 148,03)	$y = 9337,18 - 4,56x$	0,702	-1,95	Redução**
Faixa etária					
0 a 4 anos	294,77 (279,88-327,27)	$y = 20152,35 - 9,88x$	0,380	-0,24	Redução*
5 a 9 anos	66,36 (61,18-69,03)	$y = 1214,77 - 0,57x$	0,094	1,27	Estabilidade
10 a 14 anos	33,25 (31,67-34,94)	$y = -927,99 + 0,48x$	0,232	1,16	Estabilidade
15 a 19 anos	39,19 (37,26-43,56)	$y = -1912,22 + 0,97x$	0,294	1,86	Crescimento*
20 a 29 anos	45,45 (44,05-54,41)	$y = 2914,34 - 1,43x$	0,576	-2,62	Redução**
30 a 39 anos	49,54 (46,79-63,37)	$y = 4419,78 - 2,18x$	0,711	-4,18	Redução**
40 a 49 anos	75,35 (69,03-108,16)	$y = 8528,71 - 4,21x$	0,582	-4,67	Redução**
50 a 59 anos	143,21 (126,62-229,99)	$y = 22071,28 - 10,91x$	0,586	-5,18	Redução**
60 a 69 anos	278,01 (241,38-405,63)	$y = 26135,68 - 12,88x$	0,285	-5,00	Redução*
70 a 79 anos	524,63 (443,40-769,65)	$y = 70337,62 - 34,74x$	0,536	-3,81	Redução**
80 e mais	985,43 (848,25-1356,80)	$y = 124061,45 - 61,24x$	0,542	-2,79	Redução**
Macrorregião					
Metropolitana	94,41 (85,07-119,80)	$y = 9461,01 - 4,66x$	0,595	-2,60	Redução**
Norte	146,80 (142,11-166,14)	$y = 6195,28 - 3,01x$	0,332	-0,37	Redução*
Central	149,63 (140,51-188,96)	$y = 12187,48 - 5,99x$	0,684	-3,75	Redução**
Sul	185,91 (180,92-193,00)	$y = 2723,27 - 1,26x$	0,237	0,00	Estabilidade
Porte					
Até 20.000	157,29 (145,49-188,28)	$y = 11515,06 - 5,66x$	0,798	-2,77	Redução**
20.001 a 100.000	183,60 (172,30-215,33)	$y = 11268,86 - 5,52x$	0,641	-1,69	Redução**
100.001 a 300.000	120,55 (110,91-128,92)	$y = 5021,94 - 2,44x$	0,445	-1,99	Redução**
Mais de 300.000	69,85 (63,44-89,03)	$y = 7472,61 - 3,68x$	0,387	-1,53	Redução*

ICSAP: internações por condições sensíveis à atenção primária. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Na distribuição por macrorregiões, verificou-se maior taxa de ICSAP na Sul e a menor na Metropolitana. Os municípios de menor porte apresentaram as maiores taxas de ICSAP, enquanto as menores taxas foram observadas nos municípios com mais de 300.000 habitantes (Tabela 1).

Quanto às taxas de ICSAP segundo causas, os principais grupos foram as gastroenterites infecciosas e complicações, a infecção no rim e trato urinário, a insuficiência cardíaca, as pneumonias bacterianas e as doenças cerebrovasculares. Na análise da série temporal houve redução em oito grupos (42,11%), estabilidade em sete (36,84%) e aumento em quatro grupos de causa (21,05%) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das medianas (1º e 3º quartil) e tendências das taxas de internação por condições sensíveis à atenção primária por 10.000 habitantes segundo grupos de causas, Espírito Santo, Brasil, 2000 a 2014.

Variável	Taxa de ICSAP	Modelo	R ²	Variação média anual (%)	Tendência
Gastroenterites infecciosas e complicações	19,96 (18,20-24,98)	$y = 2487,76 - 1,23x$	0,827	-2,44	Redução**
Infecção no rim e trato urinário	12,85 (11,38-13,97)	$y = -511,07 + 0,26x$	0,292	3,11	Crescimento*
Insuficiência cardíaca	12,44 (12,03-17,09)	$y = 1284,4 - 0,63x$	0,761	-4,92	Redução**
Pneumonias bacterianas	12,01 (8,26-14,23)	$y = 1422,95 - 0,7x$	0,186	-1,23	Estabilidade
Doenças cerebrovasculares	9,20 (7,29-10,04)	$y = -876,86 + 0,44x$	0,098	0,07	Estabilidade
Asma	7,69 (5,78-12,75)	$y = 1466,79 - 0,73x$	0,406	-8,03	Redução**
Doenças pulmonares	7,09 (5,94-8,85)	$y = 589,12 - 0,29x$	0,318	-4,21	Redução*
Hipertensão	7,03 (5,77-10,66)	$y = 1080,87 - 0,53x$	0,559	-5,83	Redução**
Angina	6,09 (5,58-6,41)	$y = -96,05 + 0,05x$	0,035	5,58	Estabilidade
Diabetes melitus	5,65 (5,31-6,39)	$y = -89,56 + 0,05x$	0,033	0,27	Estabilidade
Úlcera gastrointestinal	4,52 (1,97-6,67)	$y = 884,72 - 0,44x$	0,353	-4,98	Redução*
Infecção da pele e tecido subcutâneo	4,43 (3,80-5,37)	$y = -549,02 + 0,28x$	0,407	5,22	Crescimento**
Deficiências nutricionais	3,33 (2,95-3,41)	$y = 219,99 - 0,11x$	0,495	-0,48	Redução**
Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	2,21 (1,91-2,71)	$y = 281,46 - 0,14x$	0,935	-6,30	Redução**
Epilepsias	2,07 (1,83-2,34)	$y = 49,9 - 0,02x$	0,066	-0,49	Estabilidade
Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	1,06 (0,98-1,48)	$y = -237,79 + 0,12x$	0,510	6,24	Crescimento**
D. prev. por imunização e condições sensíveis	1,02 (0,80-1,26)	$y = -13,16 + 0,01x$	0,005	-1,10	Estabilidade
Infecções de ouvido, nariz e garganta	0,84 (0,39-0,91)	$y = -246,22 + 0,12x$	0,466	11,15	Crescimento**
Anemia	0,74 (0,60-0,79)	$y = 46,39 - 0,02x$	0,209	-0,25	Estabilidade

ICSAP: internações por condições sensíveis à atenção primária. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

A proporção de cobertura da ESF cresceu 151% e, considerando os 15 anos da série, em média 47 (60,26%) municípios ofereceram cobertura maior que 70%. A macrorregião Sul apresentou a maior média de cobertura de ESF (80,23%), seguida pela Central (70,11%), a Norte (63,46%) e por último a Metropolitana (60,68%). Ainda, segundo porte municipal, as maiores coberturas médias foram vistas nos municípios com menos de 20.000 habitantes (84,00%) e naqueles de 20.000 a 100.000 habitantes (60,80%), enquanto nos de médio porte (34,64%) e grande porte (26,81) essa proporção caiu de forma expressiva.

Ao longo dos 15 anos houve aumento da renda média domiciliar *per capita*, da proporção de pessoas maiores de 18 anos com ensino médio completo, da taxa de esgotamento sanitário, queda das taxas de pobreza e das taxas de analfabetismo, indicando melhora nas condições socioeconômicas. Ainda, observou-se discreta redução do índice de Gini, apontando para uma possível redução da desigualdade social. Quanto aos recursos de saúde, houve aumento da proporção de médicos por 1.000 habitantes, da cobertura de plano de saúde, e redução da proporção de leitos hospitalares SUS (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição das médias e desvio padrão das variáveis explicativas, Espírito Santo, Brasil, 2000 a 2014.

Variáveis	2000	2014	Diferença	Variação (%)
Cobertura da ESF ¹ (%)	34,90(42,53)	87,60 (21,75)	52,70	151,00
Taxa de pobreza ² (%)	56,22 (10,41)	36,88 (9,61)	-19,38	-34,40
Taxa urbanização ² (%)	56,91 (22,84)	64,92 (20,03)	8,01	14,07
Proporção de pretos e pardos ² (%)	45,98 (14,30)	52,87 (14,38)	6,89	14,98
Domicílios com esgotamento adequado ² (%)	48,05 (21,80)	57,94 (17,46)	9,89	20,58
Renda média domiciliar <i>per capita</i> ² (R\$)	415,35 (146,13)	564,48 (199,34)	149,13	35,90
Taxa de analfabetismo ² (%)	15,73 (4,99)	12,12 (4,27)	-3,61	-22,95
Ensino médio ³ (%)	16,84 (6,60)	27,85 (8,38)	11,01	65,38
Índice de Gini ⁴	0,56 (0,05)	0,50 (0,04)	-0,06	-10,71
Produto interno bruto <i>per capita</i> (R\$) ⁵	5.366,51 (3.611,39)	30.418,97 (83639,29)	25.052,46	466,83
Médicos por 1000 habitantes ⁶	0,43 (0,78)	1,04 (0,83)	0,61	141,86
Leitos SUS por 1000 habitantes ⁶	1,89 (1,69)	1,37 (1,31)	-0,52	-27,51
Cobertura plano de saúde (%) ⁷	7,72 (9,75)	14,33 (10,99)	6,61	85,62

¹ ESF: Estratégia Saúde da Família. Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2000 a 2014; ² IBGE, 2000, 2010; ³ Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2000, 2010; ⁴ Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2000, 2010; ⁵ IBGE, 2000 a 2013; ⁶ Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2000, 2005 a 2014; ⁷ Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2000 a 2014.

As variáveis taxa de pobreza, taxa de analfabetismo e proporção de domicílios com esgotamento sanitário foram excluídas da regressão multivariável por terem apresentado $p > 0,20$, e a variável renda foi eliminada devido à multicolinearidade.

Houve redução das taxas de ICSAP na medida em que cresceu a taxa de cobertura da ESF (0,60, IC: 0,56-0,66), a proporção de médicos (0,90, IC: 0,84-0,96), de pretos e pardos (0,88, IC: 0,83-0,93) e de pessoas com ensino médio (0,87, IC: 0,76-0,99), enquanto ocorreu acréscimo a cada aumento do PIB *per capita*, (1,04, IC: 1,02-1,07), do índice de Gini (1,22, IC: 1,17-1,28), da taxa de urbanização (1,54, IC: 1,40-1,69), dos leitos hospitalares SUS (1,60, IC: 1,44-1,78) e cobertura dos planos de saúde (1,20 IC: 1,09-1,32) (Tabela 4).

Tabela 4. Análise multivariável das variáveis explicativas e risco de internação por condições sensíveis à atenção primária, Espírito Santo, Brasil, 2010 a 2014.

Variáveis	RR (IC95%)	p valor
Cobertura da Estratégia Saúde da Família	0,60 (0,56-0,66)	0,000
Produto interno bruto <i>per capita</i>	1,04 (1,02-1,07)	0,000
Proporção de pardos e negros	0,88 (0,83-0,93)	0,000
Índice de Gini	1,22 (1,17-1,28)	0,000
Percentual de ensino médio	0,87 (0,76-0,99)	0,034
Taxa de urbanização	1,54 (1,40-1,69)	0,000
Leitos SUS por 1000 habitantes	1,60 (1,44-1,78)	0,000
Cobertura de plano de saúde	1,20 (1,09-1,32)	0,000
Médicos por 1000 habitantes	0,90 (0,84-0,96)	0,003

RR: risco relativo; IC: intervalo de confiança; SUS: Sistema Único de Saúde.

Discussão

No presente estudo foi possível notar importante redução das ICSAP relacionada ao aumento da cobertura da ESF no ES de 2000 a 2014. Este decréscimo ocorreu em quase todo o estado e foi maior em municípios de pequeno porte, mas se deu de forma desigual nas diferentes faixas etárias. A maior

proporção de médicos por habitantes diminuiu a ocorrência das ICSAP, enquanto a maior oferta de leitos favoreceu o seu crescimento. Assim como, a maior desigualdade social aumentou essas hospitalizações e o maior percentual da população com ensino médio colaborou para a sua redução.

A redução das ICSAP acompanhou a tendência descrita para o país e alguns estados,⁴⁻⁷ mas a curva de distribuição das ICSAP não foi uniforme ao longo do tempo, pois apresentou um aumento inicial com posterior queda. Acredita-se que possa ser reflexo do atendimento inicial pela APS a uma demanda reprimida, enquanto num segundo momento, com o aumento da cobertura da ESF, foi possível reduzir essas hospitalizações.^{4,6,7,14,15} Destaca-se que o total das ICSAP no ES diminuiu, enquanto as internações como um todo, ICSAP e não ICSAP, mantiveram-se estáveis. Isso afasta a hipótese da queda detectada ser consequência de uma tendência de redução das hospitalizações em geral.

Quanto à distribuição por sexo, não se notou diferenças marcantes conforme o descrito em outros estudos que, em sua maioria, apontaram a maior ocorrência das ICSAP em homens.^{4,7,16}

Em consonância com outros estudos, a maioria das ICSAP ocorreu entre menores de cinco anos e maiores de 60 anos.^{4,7,16} As altas taxas verificadas entre os idosos foram compatíveis com pesquisa semelhante realizada no Rio de Janeiro, que também percebeu redução importante na série de 2000 a 2010.¹⁷ Já as taxas encontradas para as crianças foram menores do que as vistas em estudos feitos no Piauí e Pernambuco, nos quais foi verificada redução das taxas.^{10,18} O maior acometimento tem sido, no caso dos idosos, atribuído à maior prevalência de comorbidades e doenças crônicas, ao passo que para a faixa etária da infância a maior suscetibilidade a doenças infecciosas como gastroenterites e pneumonias são mais relatadas.

As reduções observadas entre os adultos e idosos foram maiores que nos menores de cinco anos, e chama a atenção que houve estabilidade nas faixas da infância e crescimento entre os adolescentes de 15 a 19 anos. Ao contrário, pesquisa conduzida em Minas Gerais, 1999 a 2007, observou redução dessas internações, tanto em crianças quanto em adolescentes, mas também destacou que as quedas foram menores que as notadas entre adultos.¹⁹

No que tange à análise dos grupos de causas mais frequentes, foi verificado que se compõem de doenças infecciosas e de crônicas não transmissíveis, assim como o identificado em outras pesquisas.^{4-6,15} Isto evidencia a forma de transição epidemiológica que ocorre no Brasil, ou seja, prolongada, com uma superposição entre as etapas e persistência de ambos os grupos de agravos, o que exige dos serviços de saúde uma abordagem abrangente em seus recursos e tecnologias para o enfrentamento desta situação.^{15,20}

Cumprе ressaltar a redução de muitos agravos dentro do grupo das doenças crônicas, tais como a insuficiência cardíaca, asma, doenças pulmonares, hipertensão e úlcera gástrica, o que tem sido associado ao bom desempenho da ESF no manejo dessas condições, ao desenvolvimento de protocolos que colaboram para o diagnóstico e tratamento adequados e ao fornecimento de medicamentos gratuitos e apropriados.^{6,7,15}

Por outro lado, destaca-se com preocupação o aumento e estabilidade de agravos, tais como infecção no rim e trato urinário, doenças relacionadas ao pré-natal e parto, doenças imunopreveníveis e anemia, cujo controle e tratamento concernem ações de manejo próprios da equipe de saúde da APS, porém com demandas também de intervenções de cunho sociocultural para melhorar a adesão ao acompanhamento e tratamento.^{6,7,14}

A análise das regiões pôde identificar que a macrorregião Sul apresentou as maiores taxas de ICSAP e não acompanhou a tendência de redução das demais. Paradoxalmente, essa é a região que apresentou a maior proporção de cobertura de ESF do estado, de modo que se percebe possível influência de outros fatores tais como a grande oferta de leitos hospitalares, 2,18 leitos por 1.000 habitantes nessa região contra 1,42 da região Metropolitana.

Embora os municípios com menos do que 100.000 habitantes tenham maior cobertura da ESF, neles observou-se um maior número de internações em relação àqueles de maior porte. Estudo conduzido no Rio Grande do Sul sugeriu que apesar do progresso da APS, a existência de leitos hospitalares ociosos induz a sua utilização ainda que seja com internações evitáveis, enquanto nos municípios de grande porte a ocupação decorre das demandas de alta complexidade.²¹ Ainda, a proporção de médicos nos municípios de pequeno porte é 49% menor que naqueles de médio porte e 70% menor em relação aos de grande porte,²² o que traz a questão de que podem ocorrer falhas nos serviços da ESF por falta de médicos.

Na análise multivariável pôde-se averiguar que o aumento da cobertura da ESF reduz as ICSAP, e com isso diminui a carga de adoecimento e os custos financeiros, e vários são os mecanismos explicativos, como a melhora do acesso a diagnóstico e tratamento precoce aos agravos, tanto agudos como crônicos.^{5,7,10,15} Também contribui a ampliação dos recursos assistenciais e o investimento em diretrizes para abordagem de diversos agravos, dentre eles, hipertensão arterial, dengue, tuberculose e hanseníase. Outro mecanismo segundo autores é que o acompanhamento familiar proporcionado pela ESF tem mostrado associação à redução de agravos crônicos, ocasionando menos internações por essas doenças.⁷

A maior proporção de médicos está associada à redução das ICSAP e espera-se que isso seja consequência da presença na APS.^{1,3} No Brasil, a partir da implantação da ESF, grandes foram os incentivos para a fixação deste profissional na atenção básica, oferta de postos de trabalho, melhoria de salário e maior número de especializações na área.

Em contrapartida, quanto maior a oferta de leitos maior a incidência de ICSAP, provavelmente em decorrência de demanda de internações induzida por essa oferta. Assim quanto maior a disponibilidade de serviços, leitos e equipamentos, maior a chance de utilização, seja pela agilidade de acesso aos recursos secundários, que criam um padrão de utilização pelos usuários, ou a facilidade dos médicos em interná-los.^{1,6,9,21}

Quanto aos planos de saúde, sua maior cobertura esteve associada a mais hospitalizações, oposto do resultado de estudo transversal feito no ES em 2010.⁹ Pode ser que a série temporal de 15 anos tenha captado um efeito não verificado no estudo anterior. Estudo das microrregiões do Brasil, 1999 a 2007, encontrou que mesmo após o ajuste para a cobertura de planos de saúde, a cobertura da ESF mostrou-se uma variável relacionada à queda das ICSAP.⁶

A ruralidade aumenta o risco de ICSAP segundo autores que defendem que nessas regiões há menor acesso aos cuidados primários, o que aumenta a chance de internação por agravamentos das doenças.^{1,2,11} Todavia, isto não se confirmou neste estudo, e postula-se que a proximidade a aglomerados urbanos tem sido associada a mais hospitalizações, talvez pela proximidade a serviços de urgência e emergência, o que facilita o acesso a internação.^{9,23}

Sabe-se que, além dos recursos de saúde, as condições socioeconômicas influenciam as ICSAP^{1,2,6,9,10} e, no período estudado, pôde-se verificar importante melhoria nesse aspecto no ES. No entanto, apenas

o aumento da proporção de pessoas com ensino médio esteve relacionado à redução das ICSAP. Os avanços na educação da população podem colaborar para melhorar o autocuidado e por essa via reduzir internações evitáveis, além do que, podem também estar associados ao progresso socioeconômico e, daí, a melhores condições de vida.

Corroborando com a constatação da influência dos fatores socioeconômicos nas ICSAP, a cada acréscimo do índice de Gini, o que evidencia aumento da desigualdade entre os municípios, foi acompanhado de aumento do risco dessas hospitalizações. Em estudo que usou o índice de desenvolvimento humano também foi percebido maior risco de ICSAP associado a piora do indicador.¹⁰

A realidade norte-americana mostra existir grande disparidade racial nas ICSAP, no sentido de que negros internam mais, o que justificam pelas piores condições socioeconômicas e conseqüentemente na dificuldade de acesso a serviços de promoção e prevenção de saúde.^{11,24} De forma oposta, neste estudo, a maior proporção de pardos e negros nos municípios esteve associada a menores taxas de ICSAP, dado esse compartilhado por outros estudos nacionais,^{9,25} e entende-se em uma outra vertente que, apesar de os serviços de saúde de cuidados primários no país terem proporcionado mais atendimento, ainda há um segmento da população de pouco acesso a eles e, por isso, não chegam aos locais das internações.

A relação entre aumento do PIB *per capita* e aumento das ICSAP está ao contrário do esperado. Destaca-se que na macrorregião Sul, onde se notou o maior número de internações, os municípios têm o PIB *per capita* elevado devido à arrecadação de *royalties* de petróleo, mas não significa que a região esteja investindo em ações de promoção e prevenção de saúde próprias da APS na região.

Limitações do estudo

Estudos ecológicos apresentam como limitação a falácia ecológica e não se pode fazer inferências em nível individual. Outra limitação consistiu no uso de interpolação dos dados, todavia, esse método foi utilizado em outros trabalhos que pesquisaram ICSAP com sucesso, e acredita-se que a tendência geral exibida por seus valores tenha permanecido.^{6,7,10} A análise abrangeu apenas as internações do SUS, mas há que se considerar que elas representam cerca de 70% das hospitalizações que ocorrem no país.²⁶ Ainda, em relação ao banco pesquisado, SIH/SUS, há questionamentos sobre a qualidade das informações e isso tem sido objeto de estudos que mostram a potencialidade de seu uso em análises epidemiológicas.²⁷

Conclusão

Esse estudo identificou a importância da expansão e consolidação da ESF na redução das ICSAP no ES, dentre outros fatores, como maior proporção de médicos e ensino médio na população, além de apontar aqueles associados a maior ocorrência da ICSAP, tais como maior disponibilidade de leitos hospitalares, urbanização e desigualdade social.

Dessa forma, contribuiu para a ampliação de conhecimentos sobre o indicador ICSAP em nosso meio e mostra como este pode ser útil no diagnóstico situacional local subsidiando programação de ações e a correta aplicação de recursos de saúde.

Referências

1. Burgdorf F, Sundmacher L. Potentially avoidable hospital admissions in Germany: an analysis of factors influencing rates of ambulatory care sensitive hospitalizations. *Dtsch Arztebl Int.* 2014;111(13):215-23. DOI: 10.3238/arztebl.2014.0215
2. Laditka JN, Laditka SB, Probst JC. Health care access in rural areas: evidence that hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions in the United States may increase with the level of rurality. *Health Place.* 2009;15(3):731-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2008.12.007>
3. Laditka JN, Laditka SB, Probst JC. More may be better: evidence of a negative relationship between physician supply and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. *Health Serv Res.* 2005;40(4):1148-66. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00403.x>
4. Dourado I, Oliveira VB, Aquino R, Bonolo P, Lima-Costa MF, Medina MG, et al. Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). *Med Care.* 2011;49(6):577-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/MLR.0b013e31820fc39f>
5. Boing AF, Vicenzi RB, Magajewski F, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, et al. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. *Rev Saúde Pública.* 2012;46(2):359-66. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000011>
6. Macinko J, de Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. *Am J Public Health.* 2011;101(10):1963-70. DOI: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2010.198887>
7. Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo P, Lima-Costa MF, Medina MG, et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Aff (Millwood).* 2010;29(12):2149-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0251>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde. [acesso 2016 Jan 15]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php
9. Pazó RG, Frauches DO, Molina MCB, Cade NV. Modelagem hierárquica de determinantes associados a internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2014;30(9):1891-902. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00099913>
10. Carvalho SC, Mota E, Dourado I, Aquino R, Teles C, Medina MG. Hospitalizations of children due to primary health care sensitive conditions in Pernambuco State, Northeast Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2015;31(4):744-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00069014>
11. Hakeem FB, Howard DL, Carey TS, Taylor YJ. Differential Effects of Race and Poverty on Ambulatory Care Sensitive Conditions. *J Health Dispar Res Pract.* 2009;3(1):83-98.
12. Plano Diretor de Regionalização da Saúde - PDR. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Espírito Santo; 2011. [acesso 2015 Fev 10]. Disponível em: http://saude.es.gov.br/Media/sesa/SISPACTO/PDR-Plano%20Diretor%20de%20Regionaliza%C3%A7%C3%A3o_ES_2011.pdf
13. Antunes JL, Waldman EA. Trends and spatial distribution of deaths of children aged 12-60 months in São Paulo, Brazil, 1980-98. *Bull World Health Organ.* 2002;80(5):391-8.
14. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). *Cad Saúde Pública.* 2009;25(6):1337-49. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600016>
15. Brasil VP, Costa JSD. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina - estudo ecológico de 2001 a 2011. *Epidemiol Serv Saúde.* 2016;25(1):75-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000100008>
16. Botelho JF, Portela MC. Risco de interpretação falaciosa das internações por condições sensíveis à atenção primária em contextos locais, Itaboraí, Rio de Janeiro, Brasil, 2006-2011. *Cad Saúde Pública.* 2017;33(3):e00050915. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00050915>
17. Marques AP, Montilla DER, Almeida WS, Andrade CLT. Hospitalization of older adults due to ambulatory care sensitive conditions. *Rev Saúde Pública.* 2014;48(5):817-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005133>

18. Barreto JOM, Nery IS, Costa MSC. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(3):515-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300012>
19. Santos LA, Oliveira VB, Caldeira AP. Internações por condições sensíveis à atenção primária entre crianças e adolescentes em Minas Gerais, 1999-2007. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2016;16(2):169-78. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000200006>
20. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(4):897-908. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000400011>
21. Souza LL, Costa JSD. Internações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(4):765-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000400017>
22. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil. [acesso 2016 Jan 15]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/profides.def>
23. Batista SRR, Jardim PCBV, Sousa ALL, Salgado CM. Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(1):34-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000001>
24. Will JC, Nwaise IA, Schieb L, Zhong Y. Geographic and Racial Patterns of Preventable Hospitalizations for Hypertension: Medicare Beneficiaries, 2004-2009. *Public Health Reports*. 2014;129(1):8-18. [acesso 2016 Jan 10]. PMID: PMC3862999 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3862999/>
25. Oliveira AC. Ensaio sobre atenção pública à saúde em Minas Gerais [Dissertação de mestrado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2007. [acesso 2012 Jan 10]. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/AMSA-7EKJRW>
26. Carvalho DMT. Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(4):879-92. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400010>
27. Lima CRA, Schramm JMA, Coeli CM, Silva MEM. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(10):2095-109. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001000002>

^a Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Vitória, ES, Brasil. rosalvapazo@gmail.com (*Autora correspondente*); mdmolina@uol.com.br; nagelavc@gmail.com

^b Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia. Vitória, ES, Brasil. diana.frauches@emescam.br

Motivos para recusa da vacina contra o Papilomavírus Humano entre adolescentes de 11 a 14 anos no município de Maringá-PR

Reasons for refusal of human papillomavirus vaccine among adolescent girls between 11 and 14 years of age in the municipality of Maringa-PR

Razones para rechazo de la vacuna contra el virus del papiloma humano en adolescentes entre 11 y 14 años en el municipio de Maringá-PR

Natalie Vieira Zanini^a, Bianca Stawinski Prado^a, Rafael de Castro Hendges^a, Carolina Arnaut dos Santos^a, Fernanda Vieira Rodovalho Callegari^b, Marcelo Picinin Bernuci^a

Resumo

Introdução: O Ministério da Saúde incluiu a vacina contra o Papilomavírus Humano (HPV) no calendário básico de imunizações em 2014 com a meta vacinar pelo menos 80% das adolescentes entre 11 e 13 anos de idade. **Objetivos:** Frente à baixa adesão à campanha nacional de vacinação contra o HPV no município de Maringá, PR, em 2014, o presente estudo teve como objetivos: 1) identificar o nível de conhecimento das adolescentes acerca do vírus e da vacina; e 2) descrever os motivos pelos quais elas não se vacinaram. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional transversal, do tipo inquérito domiciliar com delineamento descritivo, conduzido com 58 adolescentes que não tomaram a 1ª e/ou a 2ª dose da vacina dentro do prazo estipulado pela campanha vacinal de 2014. Para coleta de dados, foi aplicado questionário por meio de entrevistas face a face. **Resultados:** 86% das adolescentes já ouviram falar do vírus, 74% sabe que sua transmissão é sexual, 49% conhece sua relação com o câncer de colo de útero e 88% já ouviu falar da vacina. A maior parte das meninas entrevistadas não se vacinou por recusa por parte dos pais. **Conclusão:** Os resultados do presente estudo sugerem que o desconhecimento sobre a infecção pelo HPV e sobre a campanha de vacinação entre as entrevistadas e seus responsáveis, bem como o medo de efeitos colaterais da vacina, como apontado pela população do estudo, interferiram negativamente na tomada de decisão.

Palavras-chave:

Neoplasias do Colo do Útero
Doenças Sexualmente
Transmitidas
Papillomaviridae
Sistema Único de Saúde
Vacinas contra Papillomavirus

Fonte de financiamento:

O estudo foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq; Projeto Universal No 455495/2014-9). Marcelo Picinin Bernuci recebeu bolsa de auxílio a pesquisa do Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação (ICETI). Natalie Vieira Zanini recebeu bolsa de iniciação científica PIBIC-CNPq.

Parecer CEP:

879.619 (UniCesumar), aprovado em 20/11/2014.

Conflito de interesses: declaram não haver.

Procedência e revisão por pares: revisado por pares.

Recebido em: 17/12/2015.
Aprovado em: 11/07/2017.

Como citar: Zanini NV, Prado BS, Hendges RC, Santos CA, Rodovalho-Callegari FV, Bernuci MP. Motivos para recusa da vacina contra o Papilomavírus Humano entre adolescentes de 11 a 14 anos no município de Maringá-PR. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-13. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1253](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1253)

Abstract

Introduction: The Ministry of Health included the human papillomavirus (HPV) vaccine in the basic immunization calendar in 2014 with the aim to vaccinate at least 80% of adolescents aged 11-13 years old. **Objectives:** Faced with poor adherence to the national campaign of vaccination against HPV in Maringa, State of Parana, in 2014, this study aimed to: 1) identify the level of knowledge of adolescents about the virus and the vaccine; and 2) describe the reasons why they did not vaccinate. **Methods:** This is a cross-sectional observational study, a household survey with descriptive design, conducted with 58 adolescents who did not take the first and/or second dose of the vaccine within the period stipulated by the vaccination campaign of 2014. For data collection, a questionnaire was applied through face to face interviews. **Results:** 86% of teens have heard of the virus, 74% know that its transmission is sexual, 49% know their relationship with cervical cancer and 88% have heard of the vaccine. Most of the interviewed girls didn't vaccinate due to their parents' refusal. **Conclusion:** The results of this study suggest that lack of knowledge about HPV infection and the vaccination campaign among the respondents and their parents, as well as the fear of vaccine side effects, as pointed out by the study population, interfered negatively in the decision making.

Keywords:

Uterine Cervical Neoplasms
Sexually Transmitted
Diseases
Papillomaviridae
Unified Health System
Papillomavirus Vaccines

Resumen

Introducción: El Ministerio de Salud incluyó la vacuna contra el papiloma humano (VPH) en el calendario básico de vacunación en 2014 con el objetivo de vacunar al menos el 80% de los adolescentes de entre 11 y 13 años. **Objetivos:** Ante la baja adherencia a la campaña nacional de vacunación contra el virus del VPH en Maringá, estado de Paraná, en 2014, este estudio tuvo como objetivo: 1) identificar el nivel de conocimientos de los adolescentes sobre el virus y la vacuna; y 2) describir las razones por las que no están vacunados. **Métodos:** Se trata de un estudio transversal observacional, una encuesta domiciliaria con un diseño descriptivo, realizado con 58 adolescentes que no tomaron la primera y/o segunda dosis de la vacuna en el plazo estipulado por la campaña de vacunación de 2014. Para la recolección de datos, se aplicó un cuestionario a través de entrevistas cara a cara. **Resultados:** 86% de los adolescentes ha oído hablar de los virus, 74% sabe que su transmisión es sexual, 49% conoce su relación con el cáncer cervical y 88% ha oído hablar de la vacuna. La mayoría de las niñas entrevistadas no está vacunada debido al rechazo de los padres. **Conclusión:** Los resultados de este estudio sugieren que la falta de conocimiento acerca de la infección por VPH y la campaña de vacunación entre los encuestados y sus padres, así como el temor a los efectos secundarios de las vacunas, como se ha señalado por la población de estudio, interfirió negativamente en la toma de decisión.

Palabras clave:

Neoplasias del Cuello Uterino
Enfermedades de
Transmisión Sexual
Papillomaviridae
Sistema Único de Salud
Vacunas contra
Papillomavirus

Introdução

A infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) é a infecção sexualmente transmissível (IST) mais prevalente no mundo;¹ acomete a maioria das mulheres sexualmente ativas em algum momento de suas vidas, sendo o risco de contrair a infecção de 50-80% ao longo da vida.² A relevância da contaminação pelo HPV reside na sua íntima relação com o câncer de colo do útero,^{2,4} terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo⁵ e, no Brasil, a terceira causa de morte por câncer na população feminina.⁶ Além do câncer de colo do útero, o HPV tem relação com cânceres da cavidade oral, da orofaringe e anorretal⁷ e com lesões benignas, como as verrugas genitais.⁸

Frente a esse cenário, foi desenvolvida a vacina anti-HPV com intuito profilático, primeiramente a quadrivalente Gardasil, produzida pela Merck e liberada pelo *US Food and Drug Administration* (FDA) em 2006⁹ e, no mesmo ano, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) no Brasil, para distribuição privada; e posteriormente, a bivalente Cervarix, produzida pela GSK.¹⁰ Mais recentemente, no final de 2014, foi desenvolvida a vacina nona-valente, ainda não disponível no Brasil.¹¹

Apesar de não evitarem totalmente a infecção pelo HPV, uma vez que a imunização não abrange todos os tipos de vírus, mas sim os mais comuns - 16, 18, 11 e 6 para a Gardasil e 16 e 18 para a Cervarix - os resultados têm sido satisfatórios, mostrando que as duas vacinas são seguras, bem toleradas e efetivas na prevenção da infecção pelo HPV e da sua persistência.¹² Quando provocam efeitos colaterais, eles se resumem a dor e edema na região da aplicação, dor de cabeça, febre e vômito, sendo raros e passageiros.¹²

Atualmente, a vacina contra o HPV representa a primeira medida para profilaxia do câncer cervical; no entanto, uma vez que ela não protege contra todos os sorotipos de alto risco oncogênico, para a prevenção deste câncer não basta a vacinação, faz-se necessário o rastreamento pelo exame Papanicolaou (colpocitologia oncológica cervical).¹³

No Brasil, a implementação da vacina anti-HPV pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é extremamente recente, colocando inicialmente a vacina do tipo quadrivalente à disposição de meninas entre 11 e 13 anos.¹⁴ A primeira campanha nacional foi realizada entre 10 de março e 14 de abril de 2014, tendo como meta a vacinação de 4,2 milhões de meninas, número correspondente a 80% das meninas entre 11 e 13 anos.¹⁵

No estado do Paraná a meta era vacinar 218.300 meninas, entretanto, até 3 dias do término da campanha, apenas 158 mil (72%) tinham comparecido a alguma das Unidade Básicas de Saúde (UBS) ou à Secretaria Municipal de Saúde para receber a vacina, ficando o estado abaixo da média nacional (83%).¹⁴ Dados não oficiais da Secretaria de Saúde de Maringá, PR, divulgados pela mídia¹⁶ mostraram que no município de Maringá, a uma semana para o fim da campanha, somente 3.947 meninas haviam sido vacinadas, representando 52% da meta estipulada em 7.532 garotas, o que estava muito aquém do preconizado.

Pesquisas realizadas em diversos países mostraram que fatores de recusa à vacina são muito diversos.¹⁷⁻²⁴ Dentre estes, se destacam a necessidade de maiores informações acerca da vacina, medo de possíveis efeitos colaterais, dúvidas quanto a sua eficácia, possível indução de iniciação sexual precoce e, ainda, crença de que o Papanicolaou seja eficiente e suficiente na prevenção do HPV.

Frente à baixa adesão à vacinação contra o HPV no município de Maringá na campanha nacional de 2014, descrevemos no presente estudo os motivos pelos quais as meninas não se vacinaram. Além disso, foi investigado o nível de conhecimento dessa população acerca da relação entre HPV e o câncer de colo do útero e a influência deste conhecimento na tomada de decisão de aderir à campanha de vacinação. Acreditamos que os resultados de nosso estudo possam contribuir para o delineamento de estratégias mais eficazes a serem empregadas na mobilização da população alvo a aderir às campanhas futuras.

Métodos

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal, do tipo inquérito domiciliar com delineamento descritivo, conduzido num grupo de meninas residentes no município de Maringá, PR, entre abril e junho de 2015.

O estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Maringá-UniCesumar em 20/11/2014 (Protocolo nº 37086014.3.0000.5539, parecer nº 879.619). Todos os responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em nome de suas meninas. O estudo foi financiado pelo Centro Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) através do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC).

Foram incluídas no estudo meninas cadastradas em UBS distribuídas estrategicamente pelo município de Maringá, PR, de acordo com os estratos sociodemográficos - alvo da primeira campanha de vacinação contra HPV em 2014 (com idade entre 11-13 anos em 2014) - que não tomaram a 1ª e/ou a 2ª dose da vacina dentro do prazo estipulado.¹⁵ Para determinar o total de meninas que preenchem o

critério estabelecido foi realizado um levantamento a partir do *software* Gestor Saúde. Esse *software* foi implementado na rede pública de saúde de Maringá no ano de 2008 pela Secretaria de Saúde do município e fornece, entre outros dados, informações sobre as vacinas administradas aos usuários.²⁵

Foram identificadas um total de 274 meninas. Destas, 161 compuseram a amostra e 58 participaram efetivamente da pesquisa. O tamanho da amostra foi calculado pelo método da amostragem estratificada proporcional, considerando o número de meninas cadastradas em cada UBS. Para seleção daquelas que deveriam pertencer a amostra dentro de cada estrato, utilizou-se a amostragem aleatória simples.

Para coleta de dados, foi desenvolvido um questionário baseado em outros já validados,^{17,26-31} adaptado para a realidade local, abrangendo os seguintes aspectos: 1) perfil socioeconômico da população alvo; 2) nível de conhecimento acerca do HPV e da vacina; e 3) motivos para a recusa da vacina. Esse instrumento foi aplicado por estudantes de graduação, previamente capacitados, por meio de entrevistas face a face. A coleta ocorreu em um único momento na residência das meninas, com a permissão dos seus responsáveis.

A organização e sumarização dos questionários aplicados foi realizada em planilha do *Microsoft Excel* 2011. Os dados foram analisados através de estatística descritiva das variáveis, por meio de gráficos e tabelas de frequência, com auxílio do ambiente estatístico R.

Resultados

Os questionários foram aplicados a 58 (36%) das 161 adolescentes elegíveis para o estudo. Os motivos que inviabilizaram sua aplicação para as demais adolescentes foram: 1) problemas em relação ao endereço (errado, incompleto, não disponível ou desatualizado) (45%); 2) constatação no momento da visita de que a vacina já havia sido administrada (30%); 3) adolescente não se encontrava em casa no momento da visita (22%); e 4) recusa em participar da pesquisa (3%).

Perfil socioeconômico da população-alvo

Observa-se pela Tabela 1 que a maioria das jovens questionadas (60%) tem entre 12 e 13 anos, sendo que a idade média é de 12,6 anos. Em relação à idade dos responsáveis pelas adolescentes, apenas uma pequena parcela possui menos de 30 anos e mais que 50 (14% e 5%, respectivamente), ao passo que grande parte concentra-se na faixa etária de 30 a 40 anos. 86% das meninas estão cursando o ensino fundamental e 13%, o ensino médio.

Já entre os responsáveis das meninas que não se vacinaram contra o HPV pode-se verificar que cerca de 46% deles possuem apenas o ensino fundamental, completo ou incompleto. Por outro lado, quase 21% cursou o ensino superior ou técnico. Também é interessante ressaltar que não houve registro de responsáveis analfabetos. A maioria das famílias das jovens questionadas (62%) possui renda familiar entre 1 e 5 salários mínimos e apenas 15% tem renda familiar superior a 5 salários mínimos.

Nota-se pela distribuição de frequências apresentadas na Tabela 1, que mais da metade das meninas que responderam ao questionário (53%) apontou ser da raça “branca”, enquanto 41% e 5% são da raça “afrodescendente” e “amarela”, respectivamente. Quase 50% das adolescentes que não tomaram vacina contra o vírus HPV e foram entrevistadas responderam que seguem a religião católica, 39% evangélica e 1% segue outra religião. Ainda, 12% afirmaram não ter nenhuma religião.

Tabela 1. Distribuição de frequências das respostas referentes à caracterização das adolescentes do município de Maringá, PR, que não tomaram vacina contra HPV.

Variáveis	Frequência	(%)
Idade (n=58)		
11 anos	10	(17)
12 anos	17	(29)
13 anos	18	(31)
14 anos	13	(22)
Idade do responsável (n=58)		
< 30 anos	8	(14)
30 - 40 anos	25	(43)
40 - 50 anos	22	(38)
≥ 50 anos	3	(5)
Escolaridade (n=58)		
Analfabeta	0	(0)
EF incompleto	0	(0)
EF cursando	50	(86)
EM cursando	8	(14)
Escolaridade do responsável (n=58)		
Analfabeto	0	(0)
EF incompleto	22	(38)
EF completo	5	(9)
EM incompleto	5	(9)
EM completo	13	(22)
Ensino superior	5	(9)
Ensino técnico	7	(12)
Não soube responder	1	(2)
Renda familiar (n=58)		
≤ 1 salário mínimo	7	(12)
1 a 5 salários mínimos	36	(62)
> 5 salários mínimos	9	(15)
Não soube responder	6	(10)
Raça (n=58)		
Branca	31	(53)
Afrodscendente	24	(41)
Amarela	3	(5)
Religião (n=58)		
Católica	27	(47)
Evangélica	23	(40)
Nenhuma	7	(12)
Outra	1	(2)

EF: ensino fundamental; EM: ensino médio. Fonte: Dados da pesquisa.

Nível de conhecimento acerca do vírus e da vacina

A Tabela 2 resume as informações sobre o conhecimento das meninas que responderam ao questionário sobre o vírus HPV, assim como a vacina contra ele. Observou-se que a grande maioria (86%) já ouviu falar sobre o HPV. Também é possível verificar que pouco menos da metade delas (48%) respondeu que existe relação entre a infecção pelo HPV e o câncer de colo de útero. Já quando questionadas sobre a existência de relação entre a infecção pelo HPV e o desenvolvimento de verrugas genitais, quase 60% das adolescentes responderam afirmativamente.

Nota-se também que 70% das jovens acreditam que há relação entre o tabagismo e o câncer de colo de útero. Ainda, mais de 60% disse acreditar na relação entre a infecção pelo HPV e a idade de iniciação sexual, enquanto quase 75% apontou que, em sua opinião, existe relação entre a infecção e a quantidade de parceiros sexuais. 74% das meninas questionadas apontaram a relação sexual como meio de transmissão do HPV e 10% o compartilhamento de copos e talheres, ao passo que os fatores aerossol e compartilhamento de toalhas de banho foram citados cada um por 5% das adolescentes em estudo; e picada de mosquito por apenas 3%.

Verifica-se ainda que 62% das adolescentes que participaram da pesquisa responderam de maneira afirmativa a existência de cura para a infecção pelo HPV, sendo que a maioria das entrevistadas (88%) apontou que já ouviu falar sobre a vacina contra o HPV.

Motivos para a recusa do benefício

As 58 meninas entrevistadas também foram questionadas sobre as razões pelas quais deixaram de tomar a vacina que protege contra o vírus HPV. A distribuição de frequências das respostas encontra-se disposta na Tabela 3. O desconhecimento sobre o vírus foi citado por apenas 7% das adolescentes como motivo para não se vacinarem, enquanto o desconhecimento da vacina impediu que 8% delas procurassem o benefício. Quase 14% citaram a falta de conhecimento da campanha nacional de vacinação.

O motivo apontado com maior frequência foi o medo quanto aos efeitos colaterais, seguido pela impossibilidade de ir até UBS/Secretaria de Saúde para vacinar-se (37% e 20%, respectivamente). 13% das jovens não se vacinaram devido ao medo de injeção. Pela Tabela 3, fica evidente que a recusa por parte do responsável foi uma justificativa frequente para as adolescentes não se vacinarem, destacando a preocupação quanto aos efeitos colaterais, que foi apontado por 17% delas.

Ainda considerando a recusa do responsável, a crença religiosa e de que a vacina possa promover promiscuidade, foi apontado, cada um, apenas por uma adolescente entrevistada. A ausência de um motivo aparente para a recusa da vacina foi descrita como “outro” na Tabela 3.

Discussão

A maior parte das adolescentes deste estudo, felizmente, já ouviu falar do Papilomavírus Humano, no entanto, ideias errôneas quanto a sua transmissão, sua relação com o câncer de colo de útero e quanto à cura da infecção são comuns. Quinze das 58 (26%) adolescentes não acreditam que a via sexual seja a

Tabela 2. Distribuição de frequências das respostas referentes aos conhecimentos sobre o HPV/vacina das adolescentes do município de Maringá, PR, que não tomaram vacina contra HPV.

Perguntas	Frequência	(%)
Já ouviu falar em HPV? (n=58)		
Sim	50	(86)
Não	8	(14)
Como é transmitido o HPV? (n=58)		
Aerossol	3	(5)
Picada de Mosquito	2	(3)
Relação Sexual	43	(74)
Compartilhamento de copos e talheres	6	(10)
Compartilhamento de toalhas de banho	3	(5)
Não soube responder	1	(2)
Existe relação entre a infecção pelo HPV e o CA de colo de útero? (n=58)		
Sim	28	(48)
Não	29	(50)
Não soube responder	1	(2)
Existe relação entre a infecção pelo HPV e o desenvolvimento de verrugas genitais? (n=58)		
Sim	34	(58)
Não	21	(37)
Não soube responder	3	(5)
Acredita que há relação entre o tabagismo e o desenvolvimento de CA de colo de útero? (n=58)		
Sim	41	(71)
Não	16	(28)
Não soube responder	1	(2)
Acredita que há relação entre a infecção pelo HPV e a idade de iniciação sexual? (n=58)		
Sim	37	(64)
Não	18	(31)
Não soube responder	3	(5)
Acredita que há relação entre a infecção pelo HPV e a quantidade de parceiros sexuais? (n=58)		
Sim	43	(74)
Não	12	(21)
Não soube responder	3	(5)
Há cura para a infecção pelo HPV? (n=58)		
Sim	36	(62)
Não	19	(33)
Não soube responder	3	(5)
Já ouviu falar sobre a vacina contra o HPV? (n=58)		
Sim	51	(88)
Não	7	(12)

HPV: Papilomavírus Humano; CA: câncer. Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 3. Distribuição de frequências dos motivos pelos quais as adolescentes no município de Maringá, PR, não tomaram a vacina contra o HPV.

Motivos	Frequência*	(%)
Desconhecimento do vírus	4	(7)
Desconhecimento da vacina contra o HPV	5	(9)
Desconhecimento da campanha nacional de vacinação contra o HPV	8	(14)
Medo de injeção	8	(14)
Medo de efeitos colaterais da vacina contra o HPV	22	(38)
Não teve como ir à UBS/Secretaria de Saúde para vacinar-se	12	(21)
Recusa por parte do responsável:		
Necessidade de maiores informações sobre o vírus/vacina	4	(7)
Preocupações quanto à segurança da vacina	4	(7)
Preocupações quanto a efeitos colaterais	10	(17)
Acredita que a vacina possa promover promiscuidade	1	(2)
Acredita que a vacina possa promover início precoce da atividade sexual	5	(9)
Acredita que sua filha não precisa da vacina por ser muito nova/não ser sexualmente ativa	2	(3)
Crença religiosa	1	(2)
Necessidade de discutir sobre DST com a filha	0	(0)
Outro	1	(2)
Outro	4	(7)

* Neste caso, a soma das frequências observadas em todas as alternativas é superior ao total, uma vez que era possível optar por mais de uma alternativa. HPV: Papilomavírus Humano; UBS: Unidade Básica de Saúde; DST: doença sexualmente transmissível. Fonte: dados da pesquisa.

forma de transmissão do vírus, 30 (52%) desconhecem a íntima relação entre a infecção pelo HPV e o câncer de colo de útero enquanto 24 (41%) não conhecem a relação com o desenvolvimento de verrugas genitais.

Os fatores de risco conhecidos para a infecção pelo HPV são início precoce da atividade sexual; número de parceiros sexuais e manter relação com parceiro que tenha outros parceiros, tanto homens quanto mulheres.^{32,33} Vinte e uma entrevistadas (36%) não acreditam que o início precoce da atividade sexual tenha relação com a infecção pelo vírus, enquanto 12 (21%) delas não sabem da influência de múltiplos parceiros sexuais. Por fim, 40 adolescentes (69%) creem que há cura para a infecção, o que não é verdadeiro.

Estes resultados estão em concordância com pesquisas internacionais, que mostraram que adultos e adolescentes pouco sabem sobre o HPV, não só em países em desenvolvimento como também nos desenvolvidos.^{18,19,33,34} No Reino Unido, cerca de 30% da população feminina já ouviu falar no vírus; no Canadá, cerca de 13% das adolescentes; e nos Estados Unidos, apenas 37% das mulheres e, entre aquelas que o conhecem de fato, dúvidas e ideias errôneas ainda são comuns.³⁵

Grande variação nos índices de cobertura vacinal nesses países pode ser reflexo do pouco conhecimento acerca do HPV e da sua vacina, como indicado pelas pesquisas citadas; por outro lado, países com melhor nível socioeducacional têm a cultura do questionamento, gerando um comportamento mais maduro frente ao assunto.

No Canadá, os dados mais recentes trazem que a adesão à vacina contra o HPV varia de 47 a 94% entre as províncias;³⁶ nos EUA, 32% das adolescentes entre 13 e 17 anos completaram o esquema de três doses.³⁷ Fugindo deste padrão, o Reino Unido vem obtendo mais sucesso nas campanhas de vacinação

contra o HPV, imunizando 76% da população-alvo.³⁷ Algo a ser considerado na pesquisa atual é o formato do questionário empregado, que por ser composto de perguntas fechadas pode ter influenciado a resposta das entrevistadas sem necessariamente refletir o conhecimento acerca do HPV. Este é um possível viés do estudo, devendo ser considerado em trabalhos futuros.

Inúmeras pesquisas foram realizadas na África, na Ásia, na América Latina, na Europa, na Austrália e nos Estados Unidos a fim de se avaliar os fatores de resistência de pais frente a vacina anti-HPV, antes e depois de ser liberada nesses países, com o intuito de alcançar altas taxas de imunização a partir de campanhas publicitárias eficientes que abrangessem as dúvidas dos cidadãos,^{26-31,37-42} uma vez que a oposição dos pais é o maior obstáculo para a vacinação de crianças contra o HPV.^{20,43} Esta pesquisa traz a recusa por parte dos pais como fator importante na adesão à campanha de vacinação, porém não preponderante, destacando-se, portanto, o medo de efeitos colaterais da vacina contra o HPV.

Apesar de os motivos que levaram à recusa da vacina serem praticamente os mesmos em todo o mundo, identificou-se nessas pesquisas que preocupações mais pragmáticas, como possíveis efeitos colaterais; segurança da vacina; necessidade de maiores informações acerca do HPV, do câncer cervical e da vacina; são comuns entre moradores de países desenvolvidos, de maior nível socioeconômico e educacional, como a Austrália, os EUA, o Canadá e países europeus, como Holanda, Espanha, Suécia e França.^{17,21-24,26,27,30,31,42}

Preocupações morais e religiosas acometem moradores de países subdesenvolvidos, como africanos, latinos e asiáticos; e são exemplos: idade imprópria para se pensar em sexo; aguardar a filha ter idade suficiente para tomar a decisão por si só, já que não querem se sentir responsáveis por qualquer efeito negativo da vacina sobre ela; vergonha de tomar vacina contra uma DST e como religiões pregam a abstinência sexual até o casamento, a vacina torna-se desnecessária para os religiosos.^{20,21,23,29,30,36,39} Questões como negação da necessidade de vacinação, temor em discutir sobre sexo e DSTs com suas filhas e a preocupação quanto a vacina levar à promiscuidade foram abordadas por pais de todas as nacionalidades, credos e raças.^{22,26,27,29,42}

A pesquisa atual traz dados diferentes. Questões pragmáticas foram as mais comentadas neste estudo, apesar de estarmos em um país subdesenvolvido e a população entrevistada pertencer à classe social baixa, com renda familiar entre 1 e 5 salários mínimos. As questões mais citadas foram o medo de efeitos colaterais, seguido de preocupações quanto a segurança da vacina e necessidade de maiores informações sobre o vírus/vacina. Preocupações morais e religiosas também foram discutidas, porém em menor proporção.

Tanto por parte dos pais quanto das meninas, o medo de efeitos colaterais foi preponderante na tomada de decisão. Durante a aplicação dos questionários, foi inquerido o motivo desta preocupação, e todas as adolescentes se referiram ao caso de uma jovem da região que apresentou parestesia de membros inferiores seis meses após tomar a vacina, fato relacionado, por ela, à vacina. Uma entrevistada relatou se preocupar com infertilidade.

Algumas pesquisas já foram realizadas acerca deste tema e a mais recente, que estudou 189.629 mulheres entre 9 e 26 anos que tomaram pelo menos uma dose da vacina quadrivalente no período entre 2006 e 2008, concluiu que efeitos colaterais são raros e benignos, sendo os mais comuns a síncope logo

após a tomada da vacina e reações no local de administração em até 2 semanas.⁴⁴ A associação entre a vacina e a síncope já era esperada, uma vez que esse efeito é comum a qualquer vacina, principalmente na faixa etária estudada; as reações de pele no sítio da aplicação, como dor e edema, possuem efeito passageiro.

Em 2013, a *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO) publicou um pronunciamento acerca da segurança desta vacina, indicando que todos os seus ensaios clínicos provaram grande segurança na administração tanto da vacina bivalente quanto da quadrivalente, e que o efeito colateral mais referido foi a dor limitada ao local da administração e de resolução espontânea.⁴⁵

Eventos raros e temidos são o tromboembolismo venoso, doenças autoimunes e doenças desmielinizantes. Frente a isso, entidades como o *US Centers for Disease Control and Prevention* (CDC); e a Organização Mundial da Saúde (OMS), baseada nas recomendações do *The Global Advisory Committee on Vaccine Safety* (GACVS) desenvolveram relatórios em 2014 e 2015, respectivamente, em que não comprovam qualquer relação causal entre essas condições e a vacina Anti-HPV e mantêm a indicação da vacina.⁴⁶⁻⁴⁸ Doenças imunomediadas vêm sendo associadas principalmente aos adjuvantes presentes nas vacinas em geral, como o hidróxido de alumínio quando nos referimos à vacina contra o HPV. Geralmente, aqueles que desenvolvem quadros autoimunes possuem já fatores predisponentes.⁴⁹

Outros motivos bastante comentados que impossibilitaram a tomada da vacina foram o desconhecimento do vírus, da vacina, ou mesmo da campanha nacional de vacinação contra o HPV, fatores que reforçam a importância de se realizar programas de educação e conscientização da população sobre o vírus e a vacina junto à campanha de imunização, a fim de se aumentar a adesão à vacina. Embora neste trabalho a população investigada não tenha questionado a efetividade da vacina, este é um fator importante a ser considerado em estudos próximos.

A recusa por parte dos pais influencia fortemente a decisão das adolescentes, que geralmente concordam com eles.^{20,35} Dessa forma, a influência sociocultural ainda representa um grande empecilho para o sucesso da implementação do programa de vacinação, não só no município de Maringá, PR, mas em todo o mundo, que já tem como exemplo a Grécia, os Estados Unidos da América e o Reino Unido, que já completaram o esquema de três doses da vacina, cobrindo não mais que 9%, 32% e 76%, respectivamente, da meta estipulada.³⁷

Independentemente do sucesso da implementação da vacina contra o HPV, exames de rotina devem ser realizados periodicamente com o intuito de se detectar lesões precursoras de câncer cervical logo no início do seu desenvolvimento, tratando-as e prevenindo a progressão para o câncer de colo de útero. O Papanicolaou é o principal método de rastreamento, tanto da infecção pelo HPV quanto do câncer.⁵⁰

O presente estudo, apesar de sua amostra limitada, coloca em pauta a necessidade de divulgar à população geral, por meio de campanhas publicitárias e dentro das salas de aula, informações sobre a infecção pelo HPV, possíveis benefícios e efeitos colaterais da vacina, como pontos fundamentais para o sucesso de uma próxima campanha de vacinação contra o HPV.

Referências

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention. Division of STD Prevention Genital HPV. Genital HPV Infection - Fact Sheet [acesso 2017 Ago 12]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/std/HPV/STDFact-HPV.htm>
2. Stanley M. Pathology and epidemiology of HPV infection in females. *Gynecol Oncol.* 2010;117(2 Suppl):S5-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ygyno.2010.01.024>
3. Girianelli VR, Thuler LCS, Azevedo e Silva G. Prevalência de HPV em mulheres assistidas pela Estratégia Saúde da Família na Baixa Fluminense do Estado do Rio de Janeiro. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010;32(1):39-46. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032010000100007>
4. Clifford GM, Gallus S, Herrero R, Muñoz N, Snijders P, Vacarella S, et al.; IARC HPV Prevalence Surveys Study Group. Worldwide distribution of human papillomavirus types in cytologically normal women in the International Agency for Research on Cancer HPV prevalence surveys: a pooled analysis. *Lancet.* 2005;366(9490):991-8. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67069-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67069-9)
5. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide In 2012 [acesso 2017 Ago 12]. Disponível em: http://Globocan.iarc.Fr/Pages/Fact_Sheets_Population.aspx
6. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Atlas On-Line de Mortalidade [acesso 2017 Ago 12]. Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo04/consultar.xhtml#panelResultado>
7. Parkin D, Bray F. Chapter 2: The burden of HPV-related cancers. *Vaccine.* 2006;24 Suppl 3:S3/11-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2006.05.111>
8. Park IU, Introcaso C, Dunne EF. Human Papillomavirus and Genital Warts: A Review of the Evidence for the 2015 Centers for Disease Control and Prevention Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. *Clin Infect Dis.* 2015;61 Suppl 8:S849-55. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/cid/civ813>
9. Bayas JM, Costas L, Muñoz A. Cervical cancer vaccination indications, efficacy, and side effects. *Ginecol Oncol.* 2008;110(3 Suppl 2):S11-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ygyno.2008.05.011>
10. Sanches EB. Prevenção do HPV: a utilização da vacina nos serviços de saúde. *Saude e pesqui.* 2011;3(2):255-61.
11. Kasting ML, Wilson S, Dixon BE, Downs SM, Kulkarni A, Zimet GD. A qualitative study of healthcare provider awareness and informational needs regarding the nine-valent HPV vaccine. *Vaccine.* 2016;11(34):1331-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2016.01.050>
12. Human Papillomavirus Vaccines: WHO Position Paper, October 2014. *Wkly Epidemiol Rec.* 2014;89(43):465-92.
13. Denny L. Cervical cancer prevention: new opportunities for primary and secondary prevention in the 21st century. *Int J Gynecol Obstet.* 2012;119 Suppl 1:S80-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.03.023>
14. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Mais de 158 mil meninas já foram vacinadas contra HPV no Paraná; 2014 [acesso 2017 Ago 12]. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=11984&catid=11&Itemid=103
15. Portal Brasil. Vacinação contra o HPV começa nesta segunda-feira (10): Meninas de 11 a 13 anos serão vacinadas. Elas devem receber três doses da vacina. A segunda após seis meses e a terceira após 5 anos. 7 de março de 2014 [acesso 2017 Ago 12]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/03/vacinacao-contra-hpv-comeca-nesta-segunda-feira-10>
16. G1 Maringá (Maringá). Maringá já vacinou 52,4% do público alvo contra o HPV, informa secretaria: Mais de 3,9 mil meninas de 11 a 13 anos já foram vacinadas no município. Meta é chegar a 7,5 mil imunizadas até o fim da campanha. 22 de abril 2014 [acesso 2014 Abr 8]. Disponível em: <http://g1.globo.com/pr/norte-noroeste/noticia/2014/04/maringa-ja-vacinou-524-do-publico-alvo-contra-o-hpv-informa-secretaria.html>
17. Toffolon-Weiss M, Hagan K, Leston J, Peterson L, Provost E, Henessy T. Alaska Native parental attitudes on cervical cancer, HPV and the HPV vaccine. *Int J Circumpolar Health.* 2008;67(4):363-73. DOI: <http://dx.doi.org/10.3402/ijch.v67i4.18347>
18. LaMontagne DS, Barge S, Le NT, Mugisha E, Penny ME, Ghandi S, et al. Human papillomavirus vaccine delivery strategies that achieved high coverage in low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ.* 2011;89(11):821-30B. DOI: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.11.089862>

19. Phan DP, Pham QT, Strobel M, Tran DS, Tran TL, Buisson Y. Acceptabilité de la vaccination contre les papillomavirus humains (HPV) par les pédiatres, les mères et les jeunes femmes à Hô Chi Minh Ville, Vietnam. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2012;60(6):437-46. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2012.03.010>
20. Craciun C, Baban A. "Who will take the blame?": Understanding the reasons why Romanian mothers decline HPV vaccination for their daughters. *Vaccine*. 2012;30(48):6789-93. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2012.09.016>
21. Grandahl M, Oscarsson M, Stenhammar C, Nevéus T, Westerling R, Tydén T. Not the right time: why parents refuse to let their daughters have the human papillomavirus vaccination. *Acta Pædiatr*. 2014;103(4):436-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/apa.12545>
22. Krawczyk A, Perez S, King L, Vivion M, Dubé E, Rosberger Z. Parents' decision-making about the human papillomavirus vaccine for their daughters: II. Qualitative results. *Hum Vaccin Immunother*. 2015;11(2):330-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.4161/21645515.2014.980708>
23. Navarro-illana P, Caballero P, Tuells J, Puig-Barberá J, Diez-Domingo J. Aceptabilidad de la vacuna contra el virus del papiloma humano en madres de la provincia de Valencia (España). *An Pediatr (Barc)*. 2015;83(5):318-27.
24. Sabiani L, Bremond A, Mortier I, Lecuyer M, Boubli L, Carcopino X. Évaluation de la couverture vaccinale du vaccin anti-hpv: résultats d'une enquête auprès des lycéennes et étudiantes de la région PACA. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2012;41(2):136-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2011.10.001>
25. Prefeitura de Maringá. Diretor do Datasus elogia Sistema de Gestão de Saúde de Maringá. 21 de março de 2011 [acesso 2015 Dez 1]. Disponível em: <http://www2.maringa.pr.gov.br/site/imprensa/impresao.php?id=12905>
26. Marshall H, Ryan P, Robertson D, Baghurst P. A cross-sectional survey to assess community attitudes to introduction of Human Papillomavirus vaccine. *Aust N Z J Public Health*. 2007;31(3):235-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-842X.2007.00054.x>
27. Constantine NA, Jerman P. Acceptance of human papillomavirus vaccination among Californian parents of daughters: a representative statewide analysis. *J Adolesc Health*. 2007;40(2):108-15. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2006.10.007>
28. Yaganeh N, Curtis D, Kuo A. Factors influencing HPV vaccination status in a Latino population; and parental attitudes towards vaccine mandates. *Vaccine*. 2010;28(25):4186-91. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2010.04.010>
29. Chan SS, Cheung TH, Lo WK, Chung TK. Women's attitudes on human papillomavirus vaccination to their daughters. *J Adolesc Health*. 2007;41(2):204-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.04.011>
30. Marlow LA, Wardle J, Forster AS, Waller J. Ethnic differences in human papillomavirus awareness and vaccine acceptability. *J Epidemiol Community Health*. 2009;63(12):1010-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2008.085886>
31. Lenselink CH, Gerrits MM, Melchers WJ, Massuger LF, van Hamont D, Bekkers RL. Parental acceptance of Human Papillomavirus vaccines. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2008;137(1):103-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2007.02.012>
32. Wheeler CM. The natural history of cervical human papillomavirus infections and cervical cancer: gaps in knowledge and future horizons. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2013;40(2):165-76. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ogc.2013.02.004>
33. Sousa LB, Pinheiro AK, Barroso MG. Ser mulher portadora do HPV: uma abordagem cultural. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(4):737-43. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000400017>
34. Costa LA, Goldenberg P. Papilomavírus humano (HPV) entre jovens: um sinal de alerta. *Saúde Soc*. 2013;22(1):249-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000100022>
35. Zimet GD. Improving adolescent health: focus on HPV vaccine acceptance. *J Adolesc Health*. 2005;37(6 Suppl):S17-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.09.010>
36. Canadian Partnership Against Cancer. The 2015 Cancer System Performance Report. Toronto: Canadian Partnership Against Cancer; 2015. 161 p.
37. Remes P, Selestine V, Changalucha J, Ross DA, Wight D, de Sanjosé S, et al. A qualitative study of HPV vaccine acceptability among health workers, teachers, parents, female pupils, and religious leaders in northwest Tanzania. *Vaccine*. 2012;36(30):5363-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2012.06.025>
38. Sperber NR, Brewer NT, Smith JS. Influence of parent characteristics and disease outcome framing on HPV vaccine acceptability among rural, Southern women. *Cancer Causes Control*. 2008;19(1):115-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10552-007-9074-9>
39. Read DS, Joseph MA, Polishchuck V, Suss AL. Attitudes and Perceptions of the HPV Vaccine in Caribbean and African-American Adolescent Girls and their Parents. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2010;23(4):242-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpog.2010.02.002>
40. Bartolini RM, Winkler JL, Penny ME, LaMontagne DS. Parental acceptance of HPV vaccine in Peru: a decision framework. *PLoS One*. 2012;7(10):e48017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0048017>

41. Dinh TA, Rosenthal SL, Doan ED, Trang T, Pham VH, Tran BD, et al. Attitudes of mothers in Da Nang, Vietnam toward a human papillomavirus vaccine. *J Adolesc Health*. 2007;40(6):559-63. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.02.003>
42. Brabin L, Roberts SA, Farzaneh F, Kitchener HC. Future acceptance of adolescent human papillomavirus vaccination: a survey of parental attitudes. *Vaccine*. 2006;24(16):3087-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2006.01.048>
43. Zimet GD, Liddon N, Rosenthal SL, Lazcano-Ponce E, Allen B. Psychosocial aspects of vaccine acceptability. *Vaccine*. 2006;24 Suppl 3:S3/201-209. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2006.06.017>
44. Klein NP, Hansen J, Chao C, Velicer C, Emery M, Slezak J, et al. Safety of quadrivalent human papillomavirus vaccine administered routinely to females. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2012;166(12):1140-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archpediatrics.2012.1451>
45. FIGO - International Federation of Gynecology and Obstetrics. Safety of HPV vaccination: a FIGO Statement; 2013 [acesso 2017 Ago 12]. Disponível em: http://www.figo.org/sites/default/files/uploads/project-publications/Statement on Safety of HPV vaccination - FINAL - AUGUST 2013_0.pdf
46. Vichnin M, Bonanni P, Klein NP, Garland SM, Block SL, Kjaer SK, et al. An Overview of Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccine Safety. *Pediatr Infect Dis J*. 2015;34(9):983-91. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/INF.0000000000000793>
47. 21 Global Advisory Committee on Vaccine Safety, 2-3 December 2015. 31 Monthly report on dracunculiasis cases, January-November 2015. *Wkly Epidemiol Rec*. 2016;91(3):21-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/003335491513000606>
48. White MD. Pros, cons, and ethics of HPV vaccine in teens-Why such controversy? *Transl Androl Urol*. 2014;3(4):429-34.
49. Jara LJ, García-Collinot G, Medina G, Cruz-Dominguez MDP, Vera-Lastra O, Carranza-Muleiro RA, et al. Severe manifestations of autoimmune syndrome induced by adjuvants (Shoenfeld's syndrome). *Immunol Res*. 2017;65(1):8-16. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s12026-016-8811-0>
50. Berek JS. Berek e Novak - Tratado de Ginecologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.

^a Centro Universitário Cesumar (UniCesumar). Maringá, PR, Brasil.
zanini91@hotmail.com; bianca.stawinski@gmail.com; rafa_hendges@hotmail.com;
krou_arnaut@icloud.com; marcelo.bernuci@unicesumar.edu.br (*Autor correspondente*)

^b Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR). São Carlos, SP, Brasil.
fercallegari@ufscar.br

Violência contra mulher em contexto de vulnerabilidade social na Atenção Primária: registro de violência em prontuários

Violence against women in the context of social vulnerability in primary health care: logging of violence in medical records

La violencia contra la mujer en el contexto de vulnerabilidad social en atención primaria: informe de la violencia en registros médicos

Telma Libna Rodrigues Borburema^a, Alice Pinto Pacheco^a, Anelise Alves Nunes^b, Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré^c, Scheila Krenkel^e

Resumo

Objetivo: Investigar o registro dos tipos de violência sofridos e as condutas tomadas, por profissionais de saúde, incluindo a notificação, frente ao relato de situação de violência por mulheres em contexto de vulnerabilidade social atendidas na Atenção Primária à Saúde. **Método:** Estudo quantitativo, transversal, descritivo e observacional, pela análise de prontuários, considerando todos os registros realizados até o último dia do ano de 2015, de mulheres acima de 18 anos que residam nas áreas de abrangência de dois Centros de Saúde, consideradas áreas de vulnerabilidade social. **Resultados:** A amostra final foi de 769 prontuários, sendo que em 3,77% havia relato de violência sofrida. Destes, 45% foi do tipo física, seguido por 24%, psicológica; o principal agressor foi o parceiro íntimo (41%); 58% dos relatos foram registrados por médicos, em Centros de Saúde. Houve algum tipo de conduta para 89% dos casos (medicação, encaminhamento ou retorno). Apenas 7% dos casos foram notificados. **Conclusões:** Os dados desse estudo sugerem que possa haver sub-registro das situações de violência em áreas de vulnerabilidade social em Florianópolis, tendo em vista os poucos casos registrados e notificados em um conjunto de 729 prontuários. Observou-se que esteja relacionada a isso a falta ou pouca sensibilização e capacitação dos profissionais para identificar situações de violência, bem como registrar, notificar e dar prosseguimento ao acompanhamento às pessoas que vivem nessa situação. Portanto, é necessário difundir e capacitar os profissionais de saúde para a detecção, registro, condutas, notificação e seguimento das situações de violência.

Palavras-chave:

Violência contra a Mulher
Vulnerabilidade Social
Atenção Primária à Saúde
Registros de Saúde Pessoal

Abstract

Objectives: To investigate the records of the types of violence suffered and the measures taken by health professionals, including notifications, when reports of violence by women in a socially vulnerable context are met in primary health care. **Method:** Quantitative, transversal, descriptive and observational study by examining medical records, considering all the records held until the last day of the year of 2015, women over 18 years old residing in areas near two health facilities, considered of social vulnerability. **Results:** The final sample was of 769 medical records, being that 3.77% were reports of violence suffered. Of those, 45% were of the physical type, followed by 24%, which were psychological; the main aggressor was the intimate partner (41%); 58% of reports were logged by doctors in primary health care. Some measures were taken for 89% of cases (medication, referral or return). Only 7% of the cases were notified. **Conclusions:** The data from this study suggest that there may be under-registration of violence in areas of social vulnerability in Florianópolis, in view of the few logged and reported cases in a set of 729 medical records. It was observed that it may relate to the lack of or low sensitizing and training of professionals to identify situations of violence, as well as register, notify and continue monitoring the people who live in this situation. Therefore, it is necessary to disseminate and train health professionals to detect, record, notify and follow-up situations of violence.

Keywords:

Violence Against Women
Social Vulnerability
Primary Health Care
Health Records, Personal

Como citar: Borburema TLR, Pacheco AP, Nunes AA, Moré CLOO, Krenkel S. Violência contra mulher em contexto de vulnerabilidade social na Atenção Primária: registro de violência em prontuários. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-13. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1460](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1460)

Fonte de financiamento: declaram não haver.

Parecer CEP: 1.821.462 (Prefeitura Municipal de Florianópolis), aprovado em 16/11/2016.

Conflito de interesses: declaram não haver.

Procedência e revisão por pares: revisado por pares.

Recebido em: 31/01/2017.
Aprovado em: 09/07/2017.

Resumen

Objetivo: Investigar el informe de los tipos de violencia que sufren y los procedimientos adoptados, incluyendo la notificación, por profesionales de la salud, con base en la situación de violencia reportada por mujeres en contexto de vulnerabilidad social en atención primaria de salud. **Método:** Estudio cuantitativo, transversal, descriptivo y observacional, examinando registros médicos, teniendo en cuenta todos los registros celebrados hasta el último día del año de 2015, mujeres mayores de 18 años que residen en las áreas de dos centros de salud, consideradas zonas de vulnerabilidad social. **Resultados:** La muestra final fue de 769 registros médicos, siendo que 3,77% fueron informes de violencia. De estos, 45% fueron del tipo físico, seguido de 24%, de tipo psicológico; el principal agresor fue la pareja (41%); 58% de informes fueron divulgados por los médicos en los centros de salud. Hubo algún tipo de procedimiento para 89% de los casos (medicamento, encaminamiento o retorno). Sólo 7% de los casos fueron notificados. **Conclusión:** Los datos de este estudio sugieren que puede haber un sub-registro de violencia en las zonas de vulnerabilidad social en Florianópolis, a la vista de los pocos casos informados y reportados en un conjunto de 729 registros médicos. Se observó que se relaciona con la falta de/o baja sensibilización y formación de los profesionales a identificar situaciones de violencia, así como el registro, notificación y mantenimiento de la supervisión de personas que viven en esta situación. Por lo tanto, es necesario difundir y capacitar a profesionales de la salud para detectar, grabar, informar y acompañar las situaciones de violencia.

Palabras clave:

Violencia contra la Mujer
Vulnerabilidad Social
Atención Primaria de Salud
Registros de Salud Personal

Introdução

A violência é um fenômeno complexo que gera impactos sociais, individuais e para o desenvolvimento dos envolvidos. A cada ano, mais de 1,5 milhão de pessoas perdem a vida e muitas outras sofrem ferimentos não fatais resultantes de autoagressões, agressões interpessoais ou de violência coletiva.¹ A Organização Mundial de Saúde (OMS) define violência como “uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privações”.²

O Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência publicado pela OMS em 2014 mostra que uma em cada três mulheres no mundo foram vítimas de violência física ou sexual perpetrada por parceiro íntimo em algum momento de sua vida.³ No Brasil, em 2013, foram vitimadas 4.762 mulheres, uma taxa de 4,8 homicídios por 100 mil mulheres. Além disso, 405 mulheres demandaram diariamente atendimento em uma unidade de saúde por alguma violência sofrida.⁴ Qualquer ato de violência baseado no gênero que resulta, ou provavelmente, resultará em dano físico, sexual, emocional ou sofrimento para as mulheres incluindo ameaças, coerções ou privação arbitrária da liberdade, seja na vida pública ou privada, pode ser considerado violência contra a mulher.⁵

Em 2006, no Brasil, foi promulgada a Lei Maria da Penha, que visa coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. A referida lei categoriza os tipos de violência em física, psicológica, sexual, patrimonial e moral, de modo exclusivo ou associado, ocorrendo, em muitos casos, a sobreposição das violências.⁶ Essas formas de violência repercutem na saúde das mulheres e em sua qualidade de vida. Estão associadas a várias comorbidades, como depressão, insônia, isolamento social, medo, estresse pós-traumático, irritabilidade, suicídio, abuso de drogas e álcool, cefaleia, distúrbios gastrintestinais, dores crônicas, infecções sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada e sofrimento psíquico em geral.⁷⁻⁹

A literatura evidencia que maiores prevalências das violências psicológica e física estão associadas à situação de vulnerabilidade social.^{2,10} Segundo Ayres, o conceito de vulnerabilidade social refere-se ao movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior

suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos.¹¹

Mulheres em situação de violência buscam, de maneira mais frequente e recorrente, por assistência nos serviços de saúde, incluindo na Atenção Primária.¹⁰ Segundo Gregory et al.,⁹ essas mulheres fazem de sete a oito visitas aos profissionais de saúde por motivos diversos, antes de relatarem sobre o abuso sofrido, e nem sempre são abordadas diretamente quanto à sua situação de violência, atribuindo a esta a condição de um problema “invisível”, para o qual os serviços de saúde se restringem a tratar apenas seus efeitos.¹² Alguns autores assinalam ser comum que os profissionais sintam-se impotentes diante de situações de assistência a mulheres em situação de violência.¹³⁻¹⁵ Respostas inadequadas dos profissionais da área podem levar a mais violência, como, ainda, à medicalização, negligência de cuidados e quebra de confidencialidade, desencadeando situações de desespero às vítimas.¹⁶ Também por conta desse despreparo, é muito frequente que os profissionais não notifiquem os casos de violência, acarretando a subestimação da morbidade por violência¹⁷ e alimentando sua invisibilidade.

Considerando a complexidade do fenômeno da violência contra a mulher e suas implicações sociais, psicológicas e físicas, bem como a importância do atendimento adequado a essas mulheres, esse estudo tem como objetivo investigar o registro dos tipos de violência sofridos e as condutas tomadas, incluindo a notificação, por profissionais de saúde, frente ao relato de situação de violência por mulheres em contexto de vulnerabilidade social atendidas na Atenção Primária à Saúde (APS). Considera-se que a relevância deste trabalho se sustenta na possibilidade de trazer à tona subsídios de reflexão para a formação e prática do profissional de saúde, no que diz respeito ao dilema do registro das violências e a tomada de decisão frente às mesmas no cotidiano da APS.

Métodos

Foi realizada uma pesquisa quantitativa, transversal, descritiva e observacional por meio da análise de prontuários. A amostragem foi do tipo probabilística aleatória sistemática.¹⁸ Foram pesquisados 878 prontuários de mulheres acima de 18 anos, com registro no CADFAM (ferramenta de Gestão de Cadastro da Família da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis) que residam na área de abrangência dos Centros de Saúde Monte Cristo e Novo Continente, consideradas como áreas de interesse social do município de Florianópolis, SC.¹⁹ Essas áreas foram escolhidas por abrangerem 11 das 20 favelas localizadas na região continental do município e são áreas de vulnerabilidade social.¹⁹ Desta amostra, 109 prontuários foram excluídos, por serem de pessoas do sexo masculino (com registro de sexo feminino no CADFAM) ou por não terem prontuários disponíveis no sistema de prontuários da Prefeitura Municipal de Florianópolis (INFOSaúde), totalizando uma amostra final de 769 prontuários.

A coleta de dados foi realizada por meio do Sistema INFOSaúde, considerando todos os registros realizados até o último dia do ano de 2015, observando-se os seguintes fatores: se houve relato de situação de violência, tipos de violência sofrida (segundo Lei Maria da Penha),⁶ autor da violência, profissional e local do atendimento, condutas realizadas e se houve notificação no local do atendimento. Os dados foram tabulados em planilha do software *Microsoft Excel* com auxílio do software *Statistical Package for Social Science*.²⁰

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob o parecer 1.821.462 e atende a todas as orientações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as normas aplicadas a pesquisas que envolvem, diretamente ou indiretamente, seres humanos. Quanto aos aspectos éticos, não houve discriminação na seleção dos prontuários dos indivíduos, nome ou identidade, nem exposição a riscos desnecessários.

Resultados

Dos 769 prontuários analisados, em 3,77% (29) houve registro de violência sofrida. Dos casos de violência registrados, 45% das mulheres relataram violência física, 24% sofreram violência psicológica, 10% violência sexual, 10% violência moral, 7% das mulheres relataram sobreposição das violências física e psicológica e 3,4% se referiram à violência patrimonial (Gráfico 1).

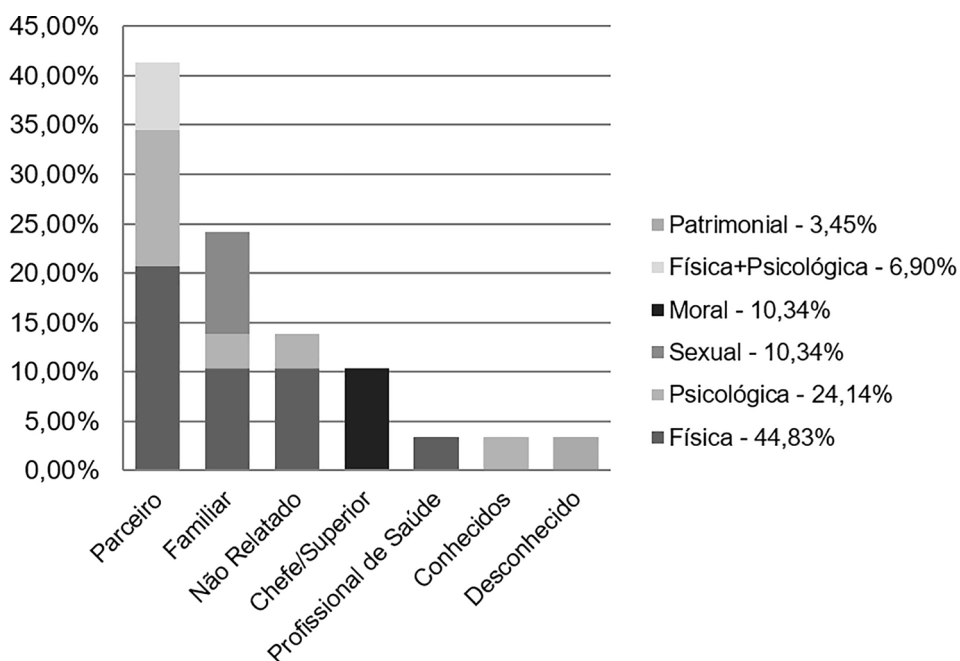


Gráfico 1. Tipos de violência sofrida e autores da violência.

Quanto ao autor da violência, 41% das mulheres foram agredidas por parceiro íntimo, 24% por algum familiar (irmão, tios, avós, padrasto), 10% por um superior no local de trabalho, 3,4% por algum conhecido sem relação de parentesco, 3,4% por um profissional da saúde, 3,4% por desconhecido e em 14% das situações de violência não foi relatado o autor (Gráfico 1).

Dos casos relatados, 58% foram registrados por médicos (médicos da APS, psiquiatra e homeopata), 24% por enfermeiros, 6,9% por psicólogos, 3,4% por agente comunitário de saúde, 3,4% por assistente social e 3,4% por fonoaudiólogo. A maior parte dos relatos ocorreram na APS (75,86%), 14% em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II e CAPSad), 7% em Centro de Atenção especializada (Policlínica) e 3,4% foi relatado durante um atendimento em visita domiciliar (Tabela 1).

Tabela 1. Profissional e local de atendimento do relato da situação de violência.

Profissional e local	n	%
Médico		
Centro de Saúde	10	34,5%
Enfermeiro		
Centro de Saúde	6	20,7%
Visita Domiciliar	1	3,4%
Psiquiatra		
Centro de Saúde	3	10,3%
CAPS II	2	6,9%
CAPS ad	1	3,4%
Psicóloga		
Centro de Saúde	1	3,4%
CAPS II	1	3,4%
ACS		
Centro de Saúde	1	3,4%
Assistente Social		
Centro de Saúde	1	3,4%
Fonoaudiólogo		
Policlínica	1	3,4%
Homeopata		
Policlínica	1	3,4%
Total	29	100%

Quanto às condutas realizadas pelos profissionais de saúde, não foram prescritas medicações para 58% das pessoas, para 10% foram prescritos um ou mais analgésicos, para 27,59% foram prescritos um ou mais diferentes psicotrópicos e para 3,4% foram prescritos psicotrópicos e analgésicos. Não houve encaminhamento a outros profissionais de saúde para 58% das mulheres, as demais foram encaminhadas para médico da APS (médico de família e comunidade ou médico generalista), psicólogos, psiquiatra, neurologista e acupunturista. Não houve encaminhamento para outras instituições em 90% dos casos, 3,4% foram encaminhadas para CREMV (Centro de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência)/Delegacia da Mulher, 3,4% para INSS e 3,4% para a Secretaria Municipal de Assistência Social. Para 48%, foi orientado que retornasse para novo atendimento, com ou sem data especificada. Apenas dois (7%) casos foram notificados. Os tipos de violência dos casos que foram notificados são física e física+psicológica. Para 10% dos casos, não houve nenhum tipo de conduta (Tabela 2).

Discussão

A violência contra a mulher é tida como um problema social, cuja relevância tem ganhado visibilidade pela sociedade, além de ser um importante problema de saúde pública com necessidades de intervenções.^{21,22} Sofrer violência ou viver em situação de violência pode gerar muitos problemas às mulheres, que afetam diretamente sua saúde, tanto de forma aguda como crônica.⁸ Essas repercussões para a saúde da mulher levam a uma maior procura por serviços de saúde,^{9,10,16} portanto, cabe aos profissionais desses locais acolher e identificar a causa desse sofrimento.

Tabela 2. Condutas adotadas por profissionais de saúde no atendimento a mulheres vítimas de violência por tipo de violência.

	Física	Psicológica	Sexual	Moral	Física+Psicológica	Patrimonial	Total							
Medicação	7	24,1%	2	6,9%	1	3,4%	1	3,4%	1	0,0%	12	41,4%		
Nenhuma	6	20,7%	5	17,2%	2	6,9%	2	6,9%	1	3,4%	1	3,4%		
Psicotrópico	5	17,2%	2	6,9%	-	1	3,4%	-	-	-	-	8		
Psicotrópico + Analgésico	-	-	-	-	1	3,4%	-	-	-	-	-	1		
Analgésico	2	6,9%	-	-	-	-	1	3,4%	-	-	3	10,3%		
Encaminhamentos	5	17,2%	4	13,8%	1	3,4%	2	6,9%	3	10,3%	0	0,0%	15	51,7%
Profissional	5	17,2%	4	13,8%	1	3,4%	1	3,4%	1	3,4%	0	0,0%	12	41,4%
Não encaminhado	8	27,6%	3	10,3%	2	6,9%	2	6,9%	1	3,4%	1	3,4%	17	58,6%
Acupunturista	1	3,4%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3,4%
Fisioterapeuta, Fisiatria e Assis. Social	1	3,4%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3,4%
Médico	-	-	1	3,4%	-	1	3,4%	1	3,4%	-	-	-	3	10,3%
Psiquiatra	1	3,4%	-	-	1	3,4%	-	-	-	-	-	-	2	6,9%
Psicólogo	1	3,4%	2	6,9%	-	-	-	-	-	-	-	-	3	10,0%
Assistente Social	-	-	1	3,4%	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3,4%
Neurologista	1	3,4%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3,4%
Instituição	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	3,4%	2	6,9%	0	0,0%	3	10,3%
Não encaminhado	13	44,8%	7	24,1%	3	10,3%	2	6,9%	-	-	1	3,4%	26	89,7%
INSS	-	-	-	-	-	-	1	3,4%	-	-	-	-	1	3,4%
CREMV e Delegacia da Mulher	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3,4%	-	-	1	3,4%
Sec. Mun. de Assist. Social	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3,4%	-	-	1	3,4%
Retorno														
Sim	7	24,1%	3	10,3%	1	3,4%	1	3,4%	1	3,4%	1	3,4%	14	48,3%
Não	6	20,7%	4	13,8%	2	6,9%	2	6,9%	1	3,4%	-	-	15	51,7%
Notificação														
Sim	1	3,4%	-	-	-	-	-	-	1	3,4%	-	-	2	6,9%
Não	12	41,4%	7	24,1%	3	10,3%	3	10,3%	1	3,4%	1	3,4%	27	93,1%

Na literatura encontra-se uma alta prevalência da violência contra a mulher,^{3,7,23,24} que pode ser aumentada em contextos de vulnerabilidade social.^{2,10,24} Em mapeamento realizado no município de Florianópolis sobre denúncias na Delegacia de Polícia da Mulher em 2012, 10% foram realizadas por mulheres residentes no Distrito Continente,²⁵ onde estão inseridas as áreas de vulnerabilidade em que habita a população alvo dessa pesquisa.

O presente estudo apontou apenas 3,77% de casos de registro de violência em prontuário, o que vai de encontro às prevalências citadas em diversas pesquisas.^{3,7,23,24} Contudo, pode-se dizer que esses dados não representam a ausência de violência, sugerindo, por outro lado, que essa população não expõe sua situação de sofrimento ou que essa informação não é registrada em prontuário.

Há evidências que comprovam que a pobreza familiar, o baixo nível masculino de instrução, o desemprego ou baixos salários predizem os maus-tratos físicos à mulher.^{2,10} Outros fatores também estão associados a um maior risco de sofrer violência, como uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas de abuso),²⁴ ter sido vítima de violência anterior e história de violência intrafamiliar (violência transgeracional).^{8,26} Esses dados corroboram o fato de que a violência contra mulher é maior em contextos de vulnerabilidade social.^{2,10,24} Como as áreas de abrangência dos Centros de Saúde Monte Cristo e Novo Continente são consideradas de vulnerabilidade social,¹⁹ era esperada uma maior prevalência de registros de situação de violência nos prontuários analisados.

Alguns fatores podem ser responsáveis pelos baixos números de registros, dentre eles estão o fato da mulher não relatar a situação de violência, o profissional de saúde não estar atento aos sinais de possível convívio com a violência e não questionar essa situação às mulheres, além da possibilidade de o relato da violência surgir e não ser abordado pelo profissional. Muitas mulheres não revelam a violência sofrida por medo do agressor, por vergonha da família e da sociedade, pelo sentimento de que ninguém poderá fazer nada por elas ou pela falta de uma rede de apoio, mantendo-se isoladas socialmente.²⁷ Outras não interpretam ou nomeiam a situação de agressão como violência, elas naturalizam, banalizam e relativizam as violências que sofrem, não as reconhecendo como tal.^{8,10} Existem aquelas que se sentem obrigadas a suportar as agressões verbais e físicas que lhes são dirigidas, seja por se considerarem incapazes de sobreviver sozinhas, para dar certa condição de vida para seus filhos, ou, ainda, pela cultura impregnada de que devem ceder para evitar conflitos.⁸

Muitas mulheres procuram os serviços de saúde com maior frequência por causa de problemas advindos da violência sofrida, mas não para relatar o caso.²⁷ Elas hesitam em comunicar que sofrem ou sofreram algum tipo de violência e os profissionais hesitam em perguntar sobre o problema, além de não relacionar o que percebem na anamnese e exame físico com a situação de violência.^{9,10,12,28} Usualmente, as mulheres nessa situação não reconhecem os serviços de saúde como um local para busca e obtenção de ajuda, o que coopera para a invisibilidade da violência e do pedido de socorro.²⁹

Muitos profissionais de saúde demonstram incertezas sobre seu papel e dúvidas a respeito de como desenvolver habilidades para a abordagem da violência, não se sentem capacitados para atuar sobre essa situação e, frequentemente, transferem a responsabilidade do cuidado a outros profissionais, deixando de registrar os relatos, alimentando a invisibilidade da violência.^{14,18,29,30} Outro ponto a se considerar é o desconhecimento de protocolos para o registro das situações de violência, bem como a ausência de

parâmetros comuns a todos os profissionais de saúde, o que relega o registro à subjetividade de cada profissional. Um sistema de informação que apresente os indicadores de violência e que seja padronizado poderia facilitar o registro da violência e até estimulá-lo.

Quanto ao tipo de violência, houve maior prevalência de violência física, seguida pela psicológica e depois pela sexual. Alguns estudos são concordantes com o encontrado nessa pesquisa,^{17,31} outros estudos com população brasileira relacionadas a violência por parceiro íntimo apontam uma maior prevalência de violência psicológica em detrimento da física, incluindo recente levantamento das denúncias feitas em delegacia da mulher de Florianópolis.^{23,25} Outras investigações apontaram como forma mais prevalente a associação das violências física, sexual e psicológica e advertindo que a sobreposição dos tipos parece estar associada à maior gravidade dos casos.^{7,10,23,32} Cabe aqui ressaltar que a maior parte das pesquisas desenvolvidas a respeito do tipo de violência cometida contra a mulher é realizada por meio de entrevistas diretamente com as vítimas de violência ou em levantamento de dados de denúncias em delegacias ou notificações do SINAN (Sistema de Informação e Agravo de Notificação), diferentemente desse estudo, que se tratou de uma análise de prontuários e que inclui apenas o que o profissional de saúde optou por registrar naquele atendimento. Essa diferente abordagem pode justificar os dados contraditórios à literatura.

Os achados deste estudo identificaram uma elevada prevalência de violência perpetrada por parceiro íntimo na população estudada, corroborando a literatura pertinente acerca dessa temática.^{2,3,10,12,23,24,30} A maior ocorrência da violência perpetrada pelo parceiro íntimo expressa subordinação e dominação, na qual existe distribuição desigual de privilégios, direitos e deveres, evidenciando a violência baseada no gênero. O segundo grupo de agressor mais prevalente é o familiar (progenitor, irmãos, tios ou padrasto). Esses dados estão em consonância com a literatura ao confirmar que os principais autores da violência convivem com a vítima, fazendo parte do seu círculo doméstico,^{7,8,10,17,23,31} mostrando que as mulheres sofrem em seus lares.

O registro em prontuário foi realizado, majoritariamente, por médicos, seguido pelo registro por profissionais da enfermagem. Existem poucas pesquisas que mostram qual o profissional que registra a situação de violência diretamente ou qual o profissional que mais atende casos de violência contra a mulher. Estudos evidenciam que os profissionais de saúde enfrentam dificuldades para abordar a situação de violência com mulheres que procuram atendimento nos serviços de saúde por outras queixas e silenciam a respeito da violência sofrida.^{16,28,29} Além disso, os referidos estudos sinalizam que os profissionais reconhecem a magnitude do problema, contudo, muitas vezes, não se sentem capacitados para fazer o atendimento ou não dispõem de recursos necessários para tal, aliado à ausência ou desconhecimento de rede de atendimento ou guias e protocolos para realizá-lo,^{7,10,29} ficando à mercê da sua própria subjetividade ao optar por escutar e acolher ou mesmo para investigar uma situação de violência. Ressalta-se que as repercussões da violência também afetam o profissional da saúde, podendo interferir na tomada de decisão frente à situação.³³

A maior parte dos atendimentos foi realizada na Atenção Primária à Saúde, o que evidencia, corroborando a literatura,^{7,9,15,22,28} a importância da APS no atendimento e abordagem das vítimas de violência, cujas potencialidades englobam a perspectiva de abranger o problema desde o acolhimento e intervenção até a prevenção e promoção da não violência, numa abordagem integral do fenômeno.²² Destaca-se a necessidade de sensibilizar e capacitar os profissionais da APS para a abordagem da violência,

já que é uma das principais formas de acesso da vítima de violência ao sistema de saúde. Além disso, é preciso ter um sistema de saúde sustentável, articulado à rede de proteção que suporte as consequências da identificação de casos e considere as necessidades da população.^{16,28}

Quanto às condutas adotadas pelos profissionais de saúde que registraram o relato de violência, destaca-se o fato de que houve algum tipo de conduta além do atendimento para a maioria dos casos, seja alguma medicação prescrita (psicotrópico ou analgésico), retorno com o mesmo profissional ou algum encaminhamento para profissional diferente. Apesar disso, apenas um caso foi encaminhado para procurar serviço de denúncia ou centro especializado para atendimento a mulheres vítimas de violência. É importante frisar que nenhuma dessas condutas fazia parte de algum tipo de protocolo ou guia relativo a atendimento a mulheres vítimas de violência, sendo realizadas de acordo com a queixa ou sintoma apresentado, predominantemente dor ou sintomas relativos à saúde mental. É digno de nota que esse estudo não analisou a efetividade das condutas adotadas, apenas se houve alguma e qual foi.

Quanto às notificações, apenas 2, dos 29 casos, foram notificados. A notificação dos casos de violência contra a mulher se tornou compulsória no Brasil em 2003, desde então se constata um aumento gradual do número de notificações,¹⁷ ainda que em muitos casos ocorra a subnotificação.^{12,34} A notificação é importante como instrumento de gestão para fornecer subsídios a políticas públicas, promovendo o conhecimento da real magnitude do problema da violência contra a mulher, dando-lhe visibilidade. Com ela, é possível mapear as ocorrências e as características da violência, possibilitando intervenções mais efetivas para combater tal agressão. Pesquisas mostram que a importância da notificação não é reconhecida por todos os profissionais de saúde.^{12,34} Alguns alegam desconhecer a compulsoriedade da notificação da violência, outros questionam a sua obrigatoriedade, também há aqueles que veem a notificação como uma denúncia e aqueles que alegam ter dúvidas quanto aos seus desdobramentos no âmbito das ações de saúde. Como justificativas para a não notificação, vários profissionais mencionam o receio de retaliações, dificuldade no preenchimento da ficha, sobrecarga no trabalho e dificuldade em lidar com os casos.^{7,12,28,29,34}

A abordagem a mulheres vítimas de violência não é simples e exige disponibilidade do profissional em escutar, acolher e orientar. Primeiro é preciso detectar a situação de violência com perguntas diretas ou indiretas e da demonstração de interesse, tendo uma postura ativa e isenta de julgamentos, garantindo privacidade e sigilo, seguido por valorizar o relato da situação e registrar adequadamente. É importante que o profissional conheça a rede de serviços disponíveis para que possa compartilhar com a mulher e decidir conjuntamente o caminho a seguir, com o objetivo de promover o fortalecimento das mulheres e sua emancipação.^{9,35}

A temática da violência é multifacetada, tem muitos dilemas, seja pelo sofrimento a que a vítima é submetida e a forma como ela irá exteriorizá-lo, bem como à forma pela qual o profissional de saúde irá acolher e atender essa mulher, os encaminhamentos necessários, o registro dos casos e sua notificação. Assim, entende-se serem necessários processos de educação continuada que promovam capacitações, em que, além de dados de identificação da mesma e as repercussões da violência na saúde, abordem-se principalmente os valores pessoais presentes na postura profissional frente à temática da violência. Coaduna-se com Moré e Krenkel³³ quando afirmam que a violência é um fenômeno relacional extremo e que atinge diretamente os valores pessoais do profissional, afetando seu desempenho no desenvolvimento de suas ações junto às pessoas envolvidas.

As limitações do trabalho residem no pequeno número de registro de situações de violência em prontuários, dos poucos dados registrados, da restrição da população a apenas dois locais, dificultando a extrapolação dos resultados para outros contextos. Outro limitante é o fato dos dados se restringirem apenas aos prontuários, não sendo realizadas entrevistas diretamente com a população ou com os profissionais de saúde. Por sua vez, entende-se que a investigação de prontuários com relação à temática da violência resulta em informações quanto à forma como o profissional de saúde reage frente à situação de violência, sendo isto campo de pesquisas que podem trazer subsídios para o aperfeiçoamento do registro e da tomada de decisão frente à mesma.

Conclusão

Os resultados desse estudo sugerem que possa haver sub-registro das situações de violência em áreas de vulnerabilidade social em Florianópolis, tendo em vista os poucos casos registrados e notificados em um conjunto de 729 prontuários. Observou-se que está relacionada a isso a falta ou pouca sensibilização e capacitação dos profissionais para identificar situações de violência, bem como registrar, notificar e dar prosseguimento ao acompanhamento às pessoas que vivem nessa situação. Entende-se que seja necessário que os profissionais de saúde investiguem o motivo da consulta, ampliem o seu olhar ao escutar a mulher que o procura e, ao suspeitar da situação de violência, questionem diretamente, sem julgamentos.

Nessa perspectiva, o profissional de saúde deve considerar que a assistência a mulheres em situação de violência vai além do diagnóstico clínico e tratamento biomédico. Envolve a disponibilização de uma escuta atenta e acolhimento adequado. A quebra de paradigmas e o treinamento contínuo no diagnóstico de situações de violência e a notificação trazem subsídios para a construção de políticas públicas em saúde mais eficazes, contribuindo para a diminuição de um problema expressivo em nossa realidade, constituindo um caminho de proteção à vítima e gerando visibilização do problema. Por fim, entende-se que a violência, como fenômeno relacional, exige o cuidado tanto das pessoas em situação de violência, como dos profissionais que a acolhem, visto que suas repercussões também afetam o profissional da saúde no seu cotidiano de atenção, despertando os mais variados sentimentos, que podem interferir no acolhimento da situação.

Referências

1. Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS. Prevención de la violencia: La evidencia. El Paso, TX: OPS. (Série de orientações sobre prevención de la violencia). [Internet] 2013. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85671/1/9789275317488_spa.pdf?ua=1
2. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2000. [Internet]. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>
3. World Health Organization - WHO. Global status report on violence prevention 2014. Geneva: World Health Organization; 2014. [Internet]. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/report/report/en
4. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2015: homicídio de mulheres do Brasil. Brasília; 2015. [Internet] 2015. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf
5. United Nations. General Assembly. Declaration of the elimination of violence against women. Proceedings of the 85th Plenary Meeting. Geneva: United Nations; 1993. [Internet]. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: <http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm>

6. Brasil. Lei Nº11.340, de 7 de agosto de 2006. Brasília; 2006. [Internet]. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm
7. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França-Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saúde Pública*. 2002;6(4):470-7. [Internet]. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000400013&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000400013>
8. Santos ACW, Moré CLOO. Impacto da violência no sistema familiar de mulheres vítimas de agressão. *Psicol Ciênc Prof*. 2011;31(2):220-35. [Internet]. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000200003&lng=en&nrm=iso. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932011000200003>
9. Gregory A, Ramsay J, Agnew-Davies R, Baird K, Devine A, Dunne D, et al. Primary care identification and referral to improve safety of women experiencing domestic violence (IRIS): protocol for a pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health*. 2010;10-54. [Internet]. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-54> DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-10-54>
10. Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(5):695-701. [Internet]. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000500001&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000500001>
11. Ayres JRCM, França-Junior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, orgs. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. p.117-39.
12. Kind L, Orsini MLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA, Ferreira MFF. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(9):1805-15. [Internet]. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000900020&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000900020>
13. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(Supl.2):S205-16. [Internet]. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400003&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400003>
14. Pedrosa CM, Spink MJ. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. *Saude Soc*. 2011;20(1):124-35. [Internet]. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000100015&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000100015>
15. De Ferrante FG, Santos MA, Vieira EM. Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. *Interface (Botucatu)*. 2009;13(31):287-99. [Internet]. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400005&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000400005>
16. Signorelli MC, Taft A, Pereira PPG. Intimate partner violence against women and healthcare in Australia: charting the scene. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(4):1037-48. [Internet]. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400025&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400025>
17. Galindo SRW, Souza MR. O perfil epidemiológico dos casos notificados por violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais em Chapadão do Sul (MS). *BIS Bol Inst Saúde*. 2013;14(3):296-302. [Internet]. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122013000400007&lng=es
18. Medronho RA, Bloch KV. *Epidemiologia*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2009.
19. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Áreas de Interesse Social por Unidades Locais de Saúde e Regionais de Saúde. 2007. [acesso 2017 Ago 25]. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/10_11_2009_9.21.48.f59ae736583946fb6056d553e15d1581.pdf
20. IBM Corp. Released 2010. *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 19.0*. ArmonkNY: IBM Corp; 2010.
21. Valdez-Santiago R, Ruiz-Rodríguez M. Violencia doméstica contra las mujeres: ¿cuándo y cómo surge como problema de salud pública? *Salud Pública Méx*. 2009;51(9):501-11. [Internet]. 2009. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000600009&lng=es DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342009000600009>
22. Oliveira CC, Almeida MAS, Morita I. Violência e saúde: concepções de profissionais de uma Unidade Básica de Saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2011;35(3):412-20. [Internet]. 2011 [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000300016&lng=en&nrm=iso DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022011000300016>

23. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(5):797-807. [Internet]. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000500014&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000500014>
24. Moura LBA, Gandolfi L, Vasconcelos AMN, Pratesi R. Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. *Rev Saúde Pública*. 2017;43(6):944-53. [Internet]. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000600005&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000600005>
25. Büchele MLC, Philippi JMS. Mapeamento da Violência Contra a Mulher em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Rede Feminista de Saúde*. Florianópolis; 2015. [acesso 2017 Jan 1]. Disponível em: <http://redesaude.org.br/comunica/wp-content/uploads/2015/03/MAPEAMENTO-DA-VIOL%C3%AANCIA-CONTRA-A-MULHER-EM-FLORIAN%C3%93POLIS.pdf>
26. d'Oliveira AFPL, Schraiber LB, França-Junior I, Ludermir AB, Portella AP, Diniz CS, et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(2):299-311. [Internet]. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000200011&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000200011>
27. Terra MF, d'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Medo e vergonha como barreiras para superar a violência doméstica de gênero. *Athenea Digit*. 2015;15(3):109-25. [Internet]. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: <http://atheneadigital.net/article/view/v15-n3-terra-doliveira-schraiber/1538>. DOI: <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenea.1538>
28. Rodrigues EAS. Abordagem da violência na Atenção Primária à Saúde: correspondência entre as percepções e vivências de profissionais e usuários. Dissertação (Dissertação de mestrado): Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina Belo Horizonte; 2014. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/BUBD-A2MH89>
29. Osis MJD, Duarte GA, Faúndes A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(2):351-8. [Internet]. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200018&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000200018>
30. d'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. *Rev Med*. 2013;92(2):134-40. [Internet]. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/79953>. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v92i2p134-140>
31. Vasconcelos MS, Holanda VR, Albuquerque TT. Perfil do agressor e fatores associados à violência contra mulheres. *Cogitare Enferm*. 2006;21(1):1-10. [Internet]. 2016 [acesso 2017 Jan 20]; Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/41960>. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i1.41960>
32. Silva LEL, Oliveira MLC. Violência contra a mulher: revisão sistemática da produção científica nacional no período de 2009 a 2013. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(11):3523-32. [Internet]. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001103523&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152011.11302014>
33. Moré CLOO, Krenkel S. Violência no contexto familiar. 1º ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.
34. Sousa MH, Bento SF, Osis MJD, Ribeiro MP, Faúndes A. Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(1):94-107. [Internet]. [acesso 2017 Jan 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000100094&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500010008>
35. d'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero - uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(4):1037-50. [Internet]. [acesso 2017 Jul 9]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400011&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000400011>

^a Instituto de Saúde e Educação pela Prefeitura Municipal de Biguaçu. Biguaçu, SC, Brasil. libnatelmab@yahoo.com.br (*Autora Correspondente*); alicepacheco.med@gmail.com

^b Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis. Florianópolis, SC, Brasil. naneinha.nene@gmail.com

^c Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de Psicologia. Florianópolis, SC, Brasil. carmenloom@gmail.com; scheilakrenkel@gmail.com

Infecções comunitárias do trato urinário em Divinópolis, MG: avaliação do perfil de resistência bacteriana e do manejo clínico

Community-acquired urinary tract infections in Divinópolis, Brazil: assesment of bacterial resistance profile and clinical management

Infecciones del tracto urinário adquiridas en la comunidad en Divinópolis, Brasil: evaluación del perfil de la resistencia bacteriana y la gestión clínica

Vanessa Machado Ferreira^a, Lucas Nicolas Viana Rossiter^a, Nicole Faraje Ferreira Aragão^a, Otávio Augusto Pinto^a, Paola Mara Santos^a, Pedro Henrique Alves Cardoso^a, Thaís Braga Cerqueira^a, Débora Moura Fernandino^a, Gustavo Machado Rocha^a

Resumo

Objetivo: Analisar o perfil de resistência bacteriana e o manejo clínico das infecções do trato urinário (ITU) no município de Divinópolis, MG. **Métodos:** Trata-se de estudo transversal descritivo, cujos dados foram obtidos a partir das uroculturas positivas realizadas no primeiro semestre de 2015 no Laboratório Municipal de Microbiologia e por meio de entrevistas com médicos atuantes na atenção básica de Divinópolis, MG. **Resultados:** Das uroculturas avaliadas (N=802), 72,8% isolaram a bactéria *Escherichia coli*, sendo 38,6% delas resistentes ao sulfametoxazol+trimetoprima, 33,0% ao norfloxacino, 31,8% ao ciprofloxacino e 9,0% à nitrofurantoína. Dos 57 médicos entrevistados, 73,5% solicitam, habitualmente, algum exame laboratorial para cistite aguda não complicada. Os antimicrobianos de primeira escolha no tratamento empírico das ITU, segundo os entrevistados, foram norfloxacino (56,1%), sulfametoxazol+trimetoprima (19,3%), ciprofloxacino (10,5%) e nitrofurantoína (8,8%). **Conclusão:** Os dados encontrados indicam que as taxas de resistência bacteriana às quinolonas nas ITU são elevadas e que a terapia empírica adotada pela maioria dos médicos entrevistados vai contra esse perfil de resistência. Por outro lado, foi encontrada uma baixa resistência à nitrofurantoína, demonstrando a necessidade de elaboração de protocolo local de tratamento.

Palavras-chave:

Escherichia coli
Resistência Microbiana
a Medicamentos
Atenção Primária de Saúde
Uso Racional de
Medicamentos

Abstract

Objective: To analyze the bacterial resistance profile and clinical management of urinary tract infections (UTI) in the city of Divinópolis, Brazil. **Methods:** This is a cross-sectional descriptive study which data were obtained from the positive urine cultures performed in the first half of 2015 in Municipal Laboratory of Microbiology and from interviews with doctors working in the municipal primary care assistance of Divinópolis. **Results:** Out of the urocultures evaluated (N=802), 72.8% isolated *Escherichia coli*, 38.6% of them being resistant to trimethoprim-sulfamethoxazole, 33.0% to norfloxacin, 31.8% to ciprofloxacin and 9.0% to nitrofurantoin. In the total amount of 57 physicians interviewed, 73.5% usually order laboratory test for acute uncomplicated cystitis. The antimicrobials of first choice in the empirical treatment of UTI, according to the interviewed, were norfloxacin (56.1%), trimethoprim-sulfamethoxazole (19.3%), ciprofloxacin (10.5%) and nitrofurantoin (8.8%). **Conclusion:** The data obtained indicate that the rates of bacterial resistance to quinolones are high in UTI and that the empirical therapy adopted by the majority of interviewees goes against this resistance profile. On the other hand, a low resistance to nitrofurantoin was found, which demonstrates the need to elaborate a local treatment protocol.

Keywords:

Escherichia coli
Drug Resistance, Microbial
Primary Health Care
Rational Drug Use

Como citar: Ferreira VM, Rossiter LNV, Aragão NFF, Pinto OA, Santos PM, Cardoso PHA, et al. Infecções comunitárias do trato urinário em Divinópolis, MG: avaliação do perfil de resistência bacteriana e do manejo clínico. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-13. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1553](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1553)

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
1.100.148 (UFSJ), aprovado em
10/06/2015.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.
Recebido em: 22/06/2017.
Aprovado em: 26/09/2017.

Resumen

Objetivo: Analizar el perfil de resistencia bacteriana y el manejo clínico de las infecciones del tracto urinario (ITU) en la ciudad de Divinópolis, Brasil. **Métodos:** Se trata de un estudio transversal descriptivo. Los datos fueron obtenidos a partir de los cultivos de orina positivos hechos en el primer semestre de 2015 en el Laboratorio Municipal de Microbiología y por entrevistas con los médicos que trabajan en la atención primaria de Divinópolis. **Resultados:** De los cultivos de orina evaluados (N=802), 72,8% encontraron la bacteria *Escherichia coli* y 38,6% de ellas eran resistentes al sulfametoxazol+trimetoprima, 33,0% al norfloxacino, 31,8% al ciprofloxacino y 9,0% a la nitrofurantoína. De los 57 médicos entrevistados, 73,5% solicitan en general algún examen de laboratorio para la cistitis aguda no complicada. Los antimicrobianos de primera opción en el tratamiento empírico de las ITU, según los entrevistados, fueron norfloxacino (56,1%), sulfametoxazol+trimetoprima (19,3%), ciprofloxacino (10,5%) y nitrofurantoína (8,8%). **Conclusión:** Los datos encontrados indican altas tasas de resistencia bacteriana a las quinolonas en las ITU y la terapia empírica adoptada por la mayoría de los médicos entrevistados va en contra ese perfil de resistencia. Por otro lado, se encontró una baja resistencia a la nitrofurantoína, demostrando la necesidad de elaboración de protocolo local de tratamiento.

Palabras clave:

Escherichia coli
Farmacorresistencia
Microbiana
Atención Primaria de Salud
Uso Racional de
Medicamentos

Introdução

As infecções do trato urinário (ITU) são comuns na prática médica e acometem todas as faixas etárias, sendo mais prevalentes em mulheres jovens com vida sexual ativa e em indivíduos com mais de 60 anos.¹⁻⁴ Nos EUA, essas infecções são responsáveis por 8,3 milhões de visitas médicas anualmente e correspondem ao segundo sítio mais comum de infecção na população em geral.⁵ No Brasil, 30% das mulheres apresentam ao menos um episódio de ITU sintomática ao longo da vida.^{1,5}

As ITU são definidas como a invasão microbiana de qualquer órgão do trato urinário, desde a uretra até os rins, podendo ser classificadas em altas (pielonefrite e ureterite) ou baixas (cistite e uretrite).^{1,2} Os fatores de risco associados às ITU são: estase urinária, refluxo vesico-uretral, uso de cateteres urinários (sondas), gravidez, diabetes, relações sexuais desprotegidas, uso de diafragma, prostatismo, idade avançada e transplante renal.⁴ O diagnóstico é predominantemente clínico, com quadro sugestivo de disúria, polaciúria, urgência miccional, dor suprapúbica e/ou nictúria.⁵

As ITU são causadas mais frequentemente por bactérias Gram-negativas, sendo as principais delas pertencentes à família das Enterobacteriaceae.⁶ Vários estudos realizados no Brasil, entre 2001 e 2011, bem como Diretrizes da Sociedade Brasileira de Urologia, mostraram *Escherichia coli*, *Proteus spp.*, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus saprophyticus* e *Enterococcus faecalis* como os principais agentes etiológicos das infecções urinárias, sendo *E. coli* responsável pela maior proporção, seja em ambiente hospitalar ou na comunidade.^{2,4,7-12}

Os antimicrobianos melhoraram significativamente a qualidade de vida das populações ao possibilitar o controle de diversas doenças infecciosas, porém seu uso intensificado tem possibilitado um aumento da resistência bacteriana. Inúmeros estudos demonstraram que a principal causa de resistência e seleção de micro-organismos é derivada do uso abusivo e indiscriminado de antimicrobianos.¹³⁻¹⁵ Além do risco de potenciais reações adversas individuais, esse uso inadequado pode levar à ocorrência de efeitos ecológicos adversos, que vão desde a seleção de bactérias resistentes até a colonização e infecção por organismos multirresistentes.¹⁵

Os tratamentos empíricos para as ITU não complicadas são usados em ambientes extra-hospitalares com recomendações específicas em pacientes sintomáticos, na maioria das vezes, sem a necessidade de realização prévia de urocultura, obtendo-se, dessa forma, maior custo-efetividade.¹⁶

No Brasil, as principais opções de antimicrobianos disponíveis para o tratamento empírico das ITU adquiridas na comunidade, em adultos, são: sulfametoxazol+trimetoprima, norfloxacino, ciprofloxacino, nitrofurantoína, cefalexina, ampicilina e amoxicilina+clavulanato.¹⁷ Esses tratamentos, no entanto, devem ser guiados por uma sistemática análise do perfil de susceptibilidade e resistência das principais bactérias envolvidas especificamente na comunidade onde ocorrem, diante dos vários antimicrobianos comumente utilizados.¹⁶

A tendência ao uso indiscriminado de antimicrobianos mais potentes e com espectro mais ampliado tem levado ao aumento das taxas de resistência dos diversos patógenos a esses fármacos.^{16,18-26} Nesse sentido, algumas diretrizes terapêuticas têm sugerido a escolha de determinados antimicrobianos não apenas pela sua potência e eficácia clínica, mas também pelo seu potencial de causar ou não efeitos ecológicos indesejáveis.¹⁵ Adicionalmente, outros autores têm recomendado evitar o uso de fluoroquinolonas (e.g., norfloxacino, ciprofloxacino) para o tratamento das ITU não complicadas, na medida em que esta classe está comprovadamente associada ao aumento da resistência bacteriana.^{20,26}

Um estudo realizado na França avaliou o uso das fluoroquinolonas após divulgação de uma diretriz que orientava a substituição desses fármacos por antimicrobianos de espectro mais restrito. Após 20 meses da implantação da diretriz, observou-se um aumento de 28,5% no uso de fosfomicina-trometamol, e de 36,8% no uso de nitrofurantoína. Além disso, houve uma queda de 9,1% na prescrição de norfloxacino, comprovando o impacto moderado que as diretrizes exercem no exercício e prescrição do médico.²⁷

Diante do exposto, há a necessidade de análises locais do perfil de resistência desses micro-organismos, a fim de tornar a conduta profissional e a abordagem terapêutica empírica mais eficientes, de modo a tratar efetivamente as ITU e a prevenir a seleção e a ocorrência de infecções por bactérias resistentes. Dessa forma, este trabalho teve como objetivo avaliar o perfil de resistência bacteriana e o manejo clínico das ITU comunitárias no município de Divinópolis, MG.

Materiais e Métodos

Trata-se de estudo realizado no município de Divinópolis, MG, do tipo transversal descritivo, que objetivou analisar o padrão de resistência bacteriana das cepas de uropatógenos isoladas de pacientes provenientes da comunidade. Paralelamente, objetivou-se avaliar o manejo clínico das ITU comunitárias por parte dos médicos atuantes na Atenção Primária à Saúde do município. A coleta dos dados foi realizada em duas etapas: 1) Análise dos resultados de uroculturas realizadas no laboratório municipal de análises clínicas do município de Divinópolis, MG; e 2) Entrevistas com médicos atuantes na Atenção Básica do município de Divinópolis, MG.

Na primeira etapa, foram utilizados os arquivos do Centro Municipal de Apoio à Saúde (CEMAS). Trata-se de laboratório público municipal com capacidade técnica de 40 profissionais de diversas áreas, responsável por realizar exames bioquímicos, hematológicos, parasitológicos, hormonais, uroanalíticos, microbiológicos e citológicos.

Cabe ressaltar que o CEMAS processa amostras oriundas de pacientes ambulatoriais do município, sendo que exames de pacientes internados são processados em laboratórios próprios dos hospitais. Só em 2015, foram realizados 597.137 exames, atendendo uma média de 350 a 400 pessoas por dia²⁸.

Deste arquivo, por meio de formulário padronizado, foram coletadas todas as uroculturas com resultados positivos realizadas de janeiro a junho de 2015. Este período foi selecionado por prover dados atualizados e volume significativo. No formulário, levou-se em consideração as datas da coleta de material para exame e do seu resultado; o gênero e a espécie do micro-organismo responsável pela infecção; e a resistência do micro-organismo encontrado aos antimicrobianos testados; e excluindo-se aquelas que não tinham identificação de gênero do micro-organismo.

O teste de sensibilidade do serviço em questão segue os padrões estabelecidos pela *Clinical and Laboratory Standards Institute* (CLSI) para o exame de sensibilidade antimicrobiana.²⁹ Conhecido como método de Kirby-Bauer, se dá a partir da inoculação da amostra coletada de urina em ágar de Mueller-Hinton e, em caso de crescimento de colônias, o patógeno é identificado e podendo-se suceder ao teste antimicrobiano em si. Sobre a colônia proveniente da urina, são colocados discos de papel impregnados com antimicrobianos em concentrações pré-determinadas.

No laboratório avaliado, são utilizados discos padronizados, com diferentes antimicrobianos, que variam de acordo com a classificação das bactérias em Gram-negativas e Gram-positivas. Para as primeiras, são testados os seguintes antimicrobianos: ácido nalidíxico; amicacina; amoxicilina+clavulanato; ampicilina; cefalotina; cefazolina; cefepime; ceftriaxona; ciprofloxacino; gentamicina; nitrofurantoína; norfloxacino; ofloxacino; sulfametoxazol+ trimetoprima e tetraciclina.

Já para as bactérias Gram-positivas, a bateria inclui a testagem dos antimicrobianos: amoxicilina+clavulanato; ampicilina; cefalotina; ciprofloxacino; clindamicina; cloranfenicol; eritromicina; gentamicina; oxacilina; cefoxitina; benzilpenicilina; rifampicina; sulfametoxazol+trimetoprima; tetraciclina e vancomicina. O diâmetro do halo formado ao redor dos discos, que evidencia a inibição do crescimento ou morte de micro-organismos, indica o grau de susceptibilidade deles ao antimicrobiano impregnado no papel.²⁹

Na segunda etapa, foram convidados a participar do estudo os médicos atuantes na rede de atenção primária do município de Divinópolis, MG, seja em Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Estratégia Saúde da Família (ESF). O município é polo da Região Ampliada de Saúde Centro-Oeste de Minas Gerais, que tem população estimada de 232.945 pessoas,³⁰ contando com 47 estabelecimentos de saúde SUS, atualmente com 43 unidades de Atenção Primária à Saúde, sendo 11 unidades tradicionais e 32 Estratégias de Saúde da Família.

Os médicos que atuavam exclusivamente na assistência pediátrica foram excluídos. Isto por tratar-se de um estudo sobre as infecções adquiridas na comunidade e, portanto, comumente tratadas nesses locais de assistência. Após assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os profissionais que aceitaram participar da pesquisa responderam a uma entrevista face a face por meio de questionário semiestruturado, cujo principal objetivo foi avaliar o manejo clínico das principais infecções urinárias comunitárias, com foco na cistite aguda não complicada.

O questionário foi dividido em três eixos: dados sociodemográficos e formação médica (naturalidade; residência e domicílio do médico; instituição de ensino de formação acadêmica; ano de conclusão da graduação; e se realizou pós-graduação, residência médica e/ou curso de especialização), diagnóstico de cistite aguda não complicada (propedêutica e exames complementares solicitados) e tratamento de cistite aguda não complicada (medicamentos prescritos e respectivas posologias; duração do tratamento; e acompanhamento).

Foi realizada análise descritiva dos dados, com distribuição de proporções para as variáveis categóricas e medidas de tendência central para as variáveis contínuas, incluindo intervalo de confiança de 95%. A análise e o gerenciamento do banco de dados foram feitos com a utilização do *software* Epi Info® 7 (*Centers for Disease Control and Prevention*, Atlanta, USA).

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Campus Centro-Oeste Dona Lindu da Universidade Federal de São João del-Rei, Divinópolis, MG, com o número do parecer 1.100.148 de 10 de junho 2015, bem como pela Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis, MG.

Resultados

Entre 1 de janeiro e 30 de junho de 2015, foram realizadas 3995 uroculturas no laboratório municipal de Divinópolis, MG, sendo 802 (20,1%) positivas. Em relação aos agentes etiológicos identificados (Tabela 1), 72,8% das amostras isolaram a bactéria *Escherichia coli*. Outras bactérias encontradas foram *Klebsiella sp.* (13,1%), *Proteus sp.* (5,4%), *Staphylococcus sp.* (2,8%) e *Pseudomonas sp.* (1,5%).

Tabela 1. Perfil de resistência das bactérias mais frequentes aos principais antimicrobianos testados no estudo. Divinópolis, MG, 2015. (N=802).

Antimicrobiano	% resistência ^I			Total ^{II} (N=802)
	<i>E. coli</i> (N=584)	<i>Klebsiellasp</i> (N=105)	<i>Proteussp</i> (N=43)	
Sulfametoxazol+Trimetoprima	38,6	24,8	45,0	37,6
Norfloxacino	33,0	28,6	27,9	32,1
Ciprofloxacino	31,8	29,5	25,6	31,1
Nitrofurantoína	9,0	65,7	90,5	22,5
Amicacina	11,1	3,8	9,8	10,0
Cefepime	9,8	11,2	23,8	11,1
Gentamicina	19,2	19,4	18,6	19,6
Ceftriaxona	10,1	13,5	26,8	11,9
Amoxicilina+Clavulanato	16,0	21,3	21,9	18,3
Ampicilina	49,7	84,3	58,1	55,8
Cefalotina	18,6	30,9	28,6	21,6

^I Porcentagem de uroculturas resistentes excluindo informações ignoradas; ^{II} Incluindo todas as bactérias isoladas (além das 3 principais discriminadas).

Foram realizadas 697 uroculturas provenientes de pacientes do sexo feminino. Dessas, 53 eram de pacientes com até 18 anos, com a seguinte distribuição: 66,0% *E. coli*, 9,4% *Klebsiella sp.*, 9,4% *Staphylococcus sp.*, 7,6% *Proteus sp.*, 1,9% *Pseudomonas sp.* e 5,7% outras. Desse total, 18 uroculturas são de pacientes até 12 anos e 35 de pacientes entre 13 e 18 anos. A faixa etária com maior número de exames no sexo feminino foi de entre 19 a 60 anos, totalizando 432 exames, sendo 75,5% de *E. coli*, 11,81% *Klebsiella sp.*, 3,9% *Proteus sp.*, 3,2% *Staphylococcus sp.*, 1,2% *Pseudomonas sp.*, 0,2% *Enterobacter sp.*, 3,9% outras e 0,2% foi ignorada. Acima de 60 anos foram realizados 212 exames, sendo que 76,4% isolaram *E. coli*, 10,8% *Klebsiella sp.*, 7,1% *Proteus sp.*, 1,4% *Pseudomonas sp.*, 0,5% *Staphylococcus sp.*, 2,8% outras e 0,9% foi ignorada.

Outras 104 uroculturas eram provenientes de pacientes do sexo masculino, 18 em pacientes até 18 anos. Nesse grupo, 62,5% das uroculturas isolaram *E. coli* e 37,5% isolaram *Proteus sp.* De 19 a 60

anos, sexo masculino, foram realizados 29 exames, sendo 58,6% de *E. coli*, 34,5% *Klebsiella sp.*, 3,5% *Pseudomonas sp.* e 3,5% outras. O pico de exames no sexo masculino foi nos maiores de 60 anos, totalizando 67 exames. Destes, 56,7% eram de *E. coli*, 23,9% *Klebsiella sp.*, 6,0% *Proteus sp.*, 3,0% *Pseudomonas sp.*, 3,0% *Staphylococcus sp.* e 7,5% outras.

Analisando o perfil de resistência da *Escherichia coli* (N=584), 38,6% das amostras testadas eram resistentes ao sulfametoxazol+trimetoprima, 33,0% ao norfloxacino, 31,8% ao ciprofloxacino e apenas 9,0% à nitrofurantoína. Já quando se observa o perfil de resistência geral, incluindo todas as espécies isoladas, 37,6% eram resistentes ao sulfametoxazol+trimetoprima, 32,1% ao norfloxacino, 31,1% ao ciprofloxacino e 22,5% à nitrofurantoína. A menor taxa de resistência geral foi à amicacina (10%) (Tabela 1).

Dentre os médicos atuantes na Atenção Básica do município, 18 (23,4%) não foram abordados (encontravam-se de férias ou licença durante o período de recrutamento) e 2 (2,6%) médicos recusaram-se a participar da pesquisa, sendo que 57 (74,0%) responderam ao questionário. Destes, 34 (59,7%) eram do sexo masculino, com variação da idade entre 28 e 69 anos (mediana = 42 anos). Já o tempo de experiência na profissão médica variou de 1 a 43 anos (mediana = 19 anos).

Do total de médicos, 28 (49,1%) eram brasileiros e 29 (50,9%) eram cubanos, sendo que 31 (54,4%) possuíam especialização ou residência médica concluída em Medicina de Família e Comunidade (cinco brasileiros e 26 estrangeiros) e 29 (50,9%) informaram possuir outra especialização ou residência médica concluída (19 brasileiros e 10 estrangeiros). Quando questionados se possuíam alguma residência médica ou especialização em curso, 7 brasileiros (25,0%) responderam de forma afirmativa, sendo 3 (42,8%) em Medicina de Família e Comunidade. Dentre os estrangeiros, 23 (79,3%) responderam que estavam cursando especialização em Saúde da Família.

Quanto ao manejo das ITU, 42 (73,5%) médicos revelaram que solicitam, de forma habitual, algum exame laboratorial diante de um paciente com suspeita de cistite aguda não complicada. Destes, 71,9% utilizam, na propedêutica habitual, o exame de urina rotina, 52,6% o Gram de gota não centrifugada, 26,3% a urocultura, 21,0% o hemograma e 3,5% a dosagem sérica de Proteína C reativa (Tabela 2).

Quando perguntados sobre as indicações de realização de urocultura previamente ao início do tratamento antimicrobiano, 61,4% dos médicos disseram que solicitariam urocultura em casos de ITU de repetição; 24,5% caso o paciente fosse portador de outra comorbidade; 12,2% nos casos de falha terapêutica; 12,2% em todos os pacientes com suspeita de ITU e 4 (7,0%) entrevistados não solicitariam urocultura prévia em nenhuma situação (Tabela 2).

Em relação ao antimicrobiano de primeira escolha no tratamento empírico de uma cistite aguda não complicada no adulto, a maioria dos médicos optou por norfloxacino (56,1%), seguido por sulfametoxazol+trimetoprima (19,3%), ciprofloxacino (10,5%) e nitrofurantoína (8,8%) (Tabela 2). A duração do tratamento para o antimicrobiano escolhido foi de 3 dias para 3,5% dos entrevistados, 5 dias para 10,5% deles, 7 dias para 68,4% e 10 dias para 17,5%.

Entre as possíveis opções terapêuticas para o tratamento empírico de cistite aguda não complicada em adultos, a maioria dos entrevistados respondeu que poderia utilizar norfloxacino (93,0%), sulfametoxazol+trimetoprima (86,0%), ciprofloxacino (84,2%) ou nitrofurantoína (84,2%). Adicionalmente, os antimicrobianos cefalexina, amoxicilina e ampicilina foram considerados como possíveis opções terapêuticas por 54,4%, 40,3% e 28,1% dos médicos entrevistados, respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2. Manejo clínico dos médicos atuantes na Atenção Primária a Saúde em Divinópolis, MG, 2015. (N=57).

Manejo clínico de ITU (cistite aguda não complicada)	N ^I	% ^{II}
Exames laboratoriais habitualmente solicitados		
Urina rotina	41	71,9%
Gram de gota	30	52,6%
Urocultura	15	26,3%
Hemograma	12	21,0%
Proteína C reativa	2	3,5%
Situações nas quais indicariam a realização da urocultura previamente ao início do tratamento antimicrobiano		
ITU de repetição	35	61,4%
Comorbidade	14	24,5%
Falha terapêutica	7	12,2%
Todos com suspeita de ITU	7	12,2%
Antimicrobiano de primeira escolha no tratamento empírico		
Norfloxacino	32	56,1%
Sulfametoxazol+trimetoprima	11	19,3%
Ciprofloxacino	6	10,5%
Nitrofurantoína	5	8,8%
Outro	3	5,3%
Duração habitual indicada para o tratamento antimicrobiano (dias)		
3 dias	2	3,5%
5 dias	6	10,5%
7 dias	39	68,4%
10 dias	10	17,6%

^I Número absoluto de médicos que responderam determinada variável; ^{II} Excluindo informações ignoradas; ITU: Infecção do trato urinário.

Discussão

Resumo dos principais achados

Os dados apresentados mostram que são elevadas as taxas de resistência aos principais antimicrobianos (sulfametoxazol+trimetoprima, norfloxacino e ciprofloxacino) habitualmente utilizados para o tratamento de ITU no município de Divinópolis, MG. A maioria das amostras analisadas era proveniente de pacientes do sexo feminino, sendo o principal agente etiológico a bactéria *E. coli*, achados semelhantes aos outros estudos sobre o assunto.^{2,10,18,24,25}

A taxa de resistência encontrada para *E. coli* aos antimicrobianos comumente utilizados na prática clínica foi elevada, sendo de 38,6% para sulfametoxazol+trimetoprima, 33,0% para norfloxacino e 32,0% para ciprofloxacino. Por outro lado, a resistência das cepas isoladas de *E. coli* à nitrofurantoína foi a mais baixa (9,0%) dentre os antimicrobianos disponíveis para uso ambulatorial.

Em relação ao manejo clínico da cistite aguda não complicada em adultos, a maioria dos médicos entrevistados afirmou solicitar, habitualmente, algum exame para confirmação do diagnóstico, indo de encontro às principais diretrizes atuais,¹⁵ que recomendam o tratamento empírico das ITU não complicadas, considerando que a *E. coli* é a principal bactéria responsável pelas ITU não complicadas em todo o mundo.^{2,4,7,12,15}

Desta forma, é possível selecionar previamente os antimicrobianos adequados para a maioria da população, considerando-se apenas especificidades locais de resistência dos uropatógenos,¹⁵ não sendo necessária, na maioria dos casos, a realização de exames complementares para diagnóstico etiológico. Além disso, de uma maneira geral e conforme demonstrado no presente estudo, a nitrofurantoína apresenta boa atividade *in vitro* contra as principais bactérias causadoras de ITU não complicada, podendo ser recomendada como antimicrobiano de primeira escolha para tratamento empírico das ITU,¹⁵ muito embora seja muito pouco priorizada como primeira escolha nesses casos, considerando o município estudado.

Cabe destacar que a amostra de profissionais participantes deste estudo foi composta por médicos generalistas brasileiros e estrangeiros, estes vinculados ao Programa Mais Médicos para o Brasil.³¹ Conforme demonstrado, de uma maneira geral, apesar de os médicos participantes possuírem ampla experiência profissional (mediana=19 anos de experiência) e formação em nível de pós-graduação (54,4% com residência ou especialização concluída em Medicina de Família e Comunidade), os resultados apresentados demonstram uma evidente necessidade de educação continuada direcionada a esses profissionais, considerando o manejo clínico geral dessas infecções (principais antimicrobianos utilizados, tempo de tratamento e solicitação de propedêutica urinária).

Fortalezas e limitações do estudo

Este trabalho avaliou a totalidade das amostras de uroculturas realizadas no período estudado (N=802), sendo possível, dessa forma, descrever um perfil epidemiológico representativo das bactérias causadoras de ITU no município. Outro ponto forte deste estudo é o potencial de gerar mudança imediata de manejo e impacto positivo na prática clínica dos profissionais da saúde, por meio da elaboração de protocolo local para tratamento das ITU comunitárias, melhorando a assistência médica da população atendida na Atenção Primária à Saúde e proporcionando a formação continuada dos profissionais de saúde do município.

As limitações deste estudo foram a impossibilidade de diferenciação de eventuais bactérias adquiridas em ambiente hospitalar, porém diagnosticadas como comunitárias após alta recente, ou mesmo bactérias provenientes de pacientes com ITU de repetição. Neste sentido, é possível que haja uma superestimação da proporção de bactérias resistentes. Além disso, houve um alto percentual de perda amostral de médicos elegíveis. Embora haja essas limitações, os resultados mostram um evidente uso indiscriminado e por tempo excessivo de fluoroquinolonas pelos médicos, além de uma alta taxa de resistência dos principais agentes etiológicos das ITU comunitárias a esses antimicrobianos.

Comparação com a literatura já existente

Os resultados apresentados evidenciam claramente altas taxas de resistência às quinolonas nas ITU comunitárias e reafirmam a necessidade de estudos locais do perfil de resistência, a fim de orientar o tratamento empírico adequado dessas infecções. Os agentes etiológicos encontrados foram semelhantes a um estudo brasileiro, o qual isolou *E. coli*, *Klebsiella spp.* e *Staphylococcus sp.* em 82% das amostras.³²

A maioria das amostras no estudo supracitado foi sensível à nitrofurantoína (>92%) e altas taxas de resistência bacteriana ao sulfametoxazol+trimetoprima e às quinolonas também foram observadas.³²

Uma revisão sistemática de estudos observacionais publicados entre 2004 e 2014 incluiu 51 trabalhos que analisaram o perfil de resistência de ITU adquirida na comunidade. A taxa geral de resistência da *E. coli* ao ciprofloxacino nessa análise foi de 27,0%,³³ com tendência de aumento dessa resistência com o tempo, sendo as maiores taxas nos países em desenvolvimento.³³

Uma análise realizada na Bavária, Alemanha, mostrou o aumento da resistência da *E. coli* ao ciprofloxacino de 5,0% em 2000 para 10,0% em 2006.²⁰ Nesse mesmo estudo, foi observada uma correlação positiva entre o uso de ciprofloxacino e a proporção de *E. coli* resistente ao sulfametoxazol+trimetoprima.²⁰ Outro estudo semelhante realizado nos EUA observou o crescimento da resistência de *E. coli* ao ciprofloxacino de 3% para 17% entre 2000 e 2010.²¹ Esses autores associam o alto índice do uso de fluoroquinolonas com o aumento de novas cepas de *E. Coli* resistentes a essa classe de antimicrobianos.

Uma pesquisa recente conduzida no Brasil identificou os agentes etiológicos mais prevalentes nas ITU adquiridas na comunidade e descreveu o perfil de resistência em relação ao ciprofloxacino. A taxa de resistência geral das bactérias a esse antimicrobiano foi de 18,4% (36% dentre as amostras de *E. coli*).³⁴ Adicionalmente, na região do Triângulo Mineiro, foram avaliadas as uroculturas positivas para *E. coli* de janeiro de 2010 a dezembro de 2015, cujos resultados mostraram 29,0% de resistência ao ciprofloxacino, 31,0% ao norfloxacino e somente 6,0% à nitrofurantoína.³⁵ Em São Luís, Maranhão, foram analisadas 875 uroculturas provenientes de ITU comunitárias, com 45,0% de resistência da *E. coli* ao sulfametoxazol+trimetoprima.²⁴

Em análise na Turquia, os pesquisadores encontraram 35,0% de resistência de *E. Coli* ao sulfametoxazol+trimetoprima e 26,0% ao ciprofloxacino, com apenas 2,0% das amostras resistentes à fosfomicina.³⁶ Adicionalmente, um estudo francês encontrou 38,0% de resistência de *E. coli* à amoxicilina,³⁷ o que reforça a recomendação de evitar o uso de antimicrobianos beta-lactâmicos no tratamento das ITU comunitárias.¹⁵

O aumento da resistência bacteriana aos antimicrobianos classicamente usados no tratamento das ITU, como o sulfametoxazol+trimetoprima e os beta-lactâmicos, provocou uma maior prescrição de fluorquinolonas como primeira escolha no tratamento empírico da cistite aguda não complicada.^{20,24,33-35} Conforme demonstrado, o uso indiscriminado desses medicamentos leva ao aumento da resistência bacteriana. Associado à automedicação e à baixa adesão ao tratamento, esses fatores podem ter contribuído para uma maior ocorrência de falha terapêutica e consequências negativas para o paciente e para o sistema de saúde.

Uma meta-análise verificou as implicações da resistência bacteriana na recuperação clínica de pacientes com infecções comuns adquiridas na comunidade. Obteve-se como desfecho primário a falha terapêutica, constatada pela persistência dos sintomas após término do tratamento antimicrobiano. Como resultados, estimou-se que a falha terapêutica nos pacientes tratados para ITU causadas por *E. coli* resistente foi quase três vezes maior do que nos pacientes com ITU por *E. coli* sensível aos antimicrobianos usados.³⁸

Além disso, outros desfechos, como a maior severidade dos sintomas, a maior chance de se reconsultar com um médico e a maior necessidade do uso de outros antimicrobianos foram percebidos no primeiro grupo de pacientes, o que demonstra as consequências negativas da alta resistência bacteriana

para a saúde dos indivíduos e para o orçamento em saúde pública.³⁸ Dentro desse contexto, os estudos locais para conhecimento dos agentes etiológicos mais frequentes nas infecções comunitárias e do perfil de sensibilidade destes se estabelecem como uma importante ferramenta para estimular o uso racional de medicamentos e diminuir os efeitos ecológicos indesejáveis, como o aumento da resistência bacteriana por uso indiscriminado de antimicrobianos.

Implicações para pesquisa na área e/ou para prática profissional

O estudo possibilitou a confecção de material educativo para os médicos atuantes na Atenção Primária à Saúde em Divinópolis, MG, a fim de orientar o manejo adequado das ITU não complicadas, desde o diagnóstico clínico até tratamento empírico mais adequado, tendo como base o perfil de resistência encontrado no município. Nesse material, com base nos resultados apresentados, os autores recomendaram a nitrofurantoína como o antimicrobiano de primeira escolha para o tratamento empírico das ITU comunitárias em Divinópolis, MG, por seu espectro de ação mais reduzido e sua baixa taxa de resistência entre os uropatógenos mais frequentes.

Além disso, reforçaram as recomendações de entidades médicas nacionais e internacionais para o diagnóstico clínico da cistite aguda não complicada, geralmente sendo desnecessária a realização de exame complementar, além da recomendação da redução no tempo médio de tratamento para três a cinco dias nos casos de ITU não complicada.^{15,39,40}

Ademais, caso as recomendações de prática clínica colocadas neste artigo sejam adotadas, este trabalho servirá como base para futuras comparações na evolução do perfil de resistência nas ITU comunitárias no município, permitindo também aos gestores de saúde a avaliação do impacto global de medidas de educação permanente dos profissionais e o estímulo à realização de pesquisas locais semelhantes.

Conclusões

As observações deste estudo permitem concluir que, embora exista uma alta taxa de resistência às quinolonas pelas bactérias causadoras de ITU comunitárias, há uma prescrição abusiva desta classe de antimicrobianos pelos médicos atuantes na atenção básica do município de Divinópolis, MG. Além disso, percebe-se a solicitação abusiva de propedêutica complementar nessas infecções, além de indicação de tempo excessivo de tratamento. Com base nos resultados apresentados, dentre os antimicrobianos testados, a nitrofurantoína apresentou o espectro de ação mais reduzido e uma menor taxa de resistência entre os uropatógenos mais frequentes nas ITU comunitárias em Divinópolis, MG.

Os autores reforçam a recomendação do diagnóstico clínico da cistite aguda não complicada, habitualmente sem a necessidade de realização de exame complementar, e da diminuição do tempo médio de tratamento para três a cinco dias nos casos de ITU não complicada, conforme as recomendações de entidades médicas nacionais e internacionais.^{15,39,40} Neste sentido, recomenda-se a elaboração de estratégia específica de educação envolvendo os médicos atuantes no município, abordando diagnóstico e manejo das ITU comunitárias.

Diante de um contexto de destaque das quinolonas no tratamento de infecções mais graves, como a pielonefrite e sepse urinária, a crescente resistência bacteriana no tratamento da infecção comunitária alerta para o uso mais criterioso desses medicamentos. Portanto, recomenda-se reservar esses antimicrobianos para casos mais graves ou nos quais haja falha terapêutica com o uso de antimicrobianos de menor espectro de ação e menor taxa de resistência, quando se tratar de ITU não complicadas no município.

Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Levi CE. Principais síndromes infecciosas: Manual de Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção em Serviços de Saúde. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2004. [acesso 2017 Out 10]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_microbiologia_completo.pdf
2. Pires MCS, Frota KS, Martins Junior PO, Correia AF, Cortez-Escalante JJ, Silveira CA. Prevalência e suscetibilidades bacterianas das infecções comunitárias do trato urinário, em Hospital Universitário de Brasília, no período de 2001 a 2005. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2007;40(6):643-7. [acesso 2017 Out 10]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822007000600009>
3. Muller EV, Santos DF, Corrêa NAB. Prevalência de microrganismos em infecções do trato urinário de pacientes atendidos no laboratório de análises clínicas da Universidade Paranaense - Umuarama - PR. *Rev Bras Anal Clin.* 2008;40(1):35-7. [acesso 2017 Out 10]. Disponível em: [http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&lang=p&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=%22Rev.%20bras.%20anal.%20clin/2008,40\(1\)%22&indexSearch=TA](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&lang=p&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=%22Rev.%20bras.%20anal.%20clin/2008,40(1)%22&indexSearch=TA)
4. Heilberg IP, Schor N. Abordagem diagnóstica e terapêutica na infecção do trato urinário - Itu. *Rev Assoc Med Bras.* 2003;49(1):109-16. [acesso 2017 Out 10]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302003000100043>
5. Roriz-Filho JS, Vilar FC, Mota LM, Leal CL, Pisi PCB. Infecção do trato urinário. *Medicina.* 2010;43(2):118-25. [acesso 2017 Out 10]. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v43i2p118-125>
6. Murray PR, Rosenthal KS, Pfaller MA. *Microbiologia Médica.* Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
7. Miranda EJP, Oliveira GSS, 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.* 2014;56(4):313-24. [acesso 2017 Out 10]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-46652014000400009>
8. Araujo KL, Queiroz AC. Análise do perfil dos agentes causadores de infecção do trato urinário e dos pacientes portadores, atendidos no Hospital e Maternidade Metropolitano-SP. *J Health Sci Inst.* 2012;30(1):7-12. [acesso 2017 Out 10]. Disponível em http://189.2.156.229/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/01_jan-mar/V30_n1_2011_p7-12.pdf
9. Braçios 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. [acesso 2017 Out 10]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1676-24442009000600003>
10. Correia C, Costa E, Peres A, Alves M, Pombo G, Estevinho L. Etiologia das infecções do tracto urinário e sua susceptibilidade aos antimicrobianos. *Acta Med Port.* 2007;20:543-9. [acesso 2017 Out 10]. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/5171/1/acta%20medica%20port.pdf>
11. Sacomani CAR, Resplande J, Carvalho M, Dambros M, Simões R, Bernardo WM. Infecção urinária na mulher: Investigação Diagnóstica. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Urologia.* [acesso 2017 Out 10]. Disponível em: <http://portaldaurologia.org.br/publicacoes/diretrizes/>
12. Lopes HV, Tavares W. Diagnóstico das infecções do trato urinário. *Rev Assoc Med Bras.* 2005;51(6):306-8. [acesso 2017 Out 10]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302005000600008>
13. Brasil. Ministério da Saúde. *Uso Racional de Medicamentos: temas selecionados.* Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [acesso 2017 Out 10]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/uso_racional_medicamentos_temas_selecionados.pdf
14. World Health Organization - WHO. *Medicines use in primary care in developing and transitional countries: Fact book summarizing results from studies reported between 1990 and 2006.* Geneva: World Health Organization; 2009. [acesso 2017 Out 10]. Disponível em http://www.who.int/medicines/publications/who_emp_2009.3/en/

15. Gupta K, Hooton TM, Naber KG, Wullt B, Colgan R, Miller LG, et al. 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. [acesso 2017 Out 10]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/cid/ciq257>
16. McEwen LN, Farjo R, Foxman B. Antibiotic prescribing for cystitis: how well does it match published guidelines? *Ann Epidemiol*. 2003;13(6):479-83. [acesso 2017 Out 10]. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S1047-2797\(03\)00009-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1047-2797(03)00009-7)
17. Koch CR, Ribeiro JC, Schnor OH, Zimmermann BS, Müller FM, D' Agostin J, et al. Resistência antimicrobiana dos uropatógenos em pacientes ambulatoriais, 2000-2004. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2008;41(3):277-81. [acesso 2017 Out 10]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822008000300010>
18. Soares LA, Nishi CYM, Wagner HL. Isolamento das bactérias causadoras de infecções urinárias e seu perfil de resistência aos antimicrobianos. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2006;2(6):84-92. [acesso 2017 Out 10]. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf2\(6\)29](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf2(6)29)
19. Kahan E, Kahan NR, Chinitz DP. Urinary tract infection in women-physician's preferences for treatment and adherence to guidelines: a national drug utilization study in a managed care setting. *Eur J Clin Pharmacol*. 2003;59(8-9):663-8. [acesso 2017 Out 10]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00228-003-0673-4>
20. Borgmann S, Jakobiak T, Gruber H, Schröder H, Sagel U. Ciprofloxacin treatment of urinary infections results in increased resistance of urinary *E. coli* to ciprofloxacin and co-trimoxazole. *Pol J Microbiol*. 2009;58(4):371-3. [acesso 2017 Out 10]. Disponível em: <http://www.pjm.microbiology.pl/archive/vol5842009371.pdf>
21. Sanchez GV, Master RN, Karlowsky JA, Bordon JM. In vitro antimicrobial resistance of urinary *Escherichia coli* isolates among U.S. outpatients from 2000 to 2010. *Antimicrob Agents Chemother*. 2012;56(4):2181-3. [acesso 2017 Out 10]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1128/AAC.06060-11>
22. Esmerino LA, Gonçalves LG, Schelesky ME. Perfil de sensibilidade antimicrobiana de cepas *Escherichia coli* isoladas de infecções urinárias comunitárias. *Publ UEPG Ciênc Biol Saúde*. 2003;9(1):31-9. [acesso 2017 Out 10]. Disponível em: www.revistas2.uepg.br/index.php/biologica/article/download/357/365
23. Swei Lo D, Ragazzi SLB, Gilio AE, Martinez MB. Infecção urinária em menores de 15 anos: etiologia e perfil de sensibilidade antimicrobiana em hospital geral de pediatria. *Rev Paul Pediatr*. 2010;28(4):299-303. [acesso 2017 Out 10]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822010000400003>
24. 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. [acesso 2017 Out 10]. DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/rpt.v41i4.21704>
25. Cardoso NS. Avaliação da susceptibilidade de *Escherichia coli*, isoladas de infecções humanas, aos antimicrobianos usuais [Trabalho de Conclusão de Curso]. Divinópolis: Faculdades Integradas Pitágoras; 2013.
26. Bitencourt JS, Pavanelli MF. Urinary infection in patients of public health care of Campo Mourão-PR, Brazil: bacterial prevalence and sensitivity profile. *J Bras Patol Med Lab*. 2014;50(5):346-1. [acesso 2017 Out 10]. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-2444.20140038>
27. Slekovec C, Leroy J, Vernaz-Hegi N, Faller JP, Sekri D, Hoen B, et al. Impact of a region wide antimicrobial stewardship guideline on urinary tract infection prescription patterns. *Int J Clin Pharm*. 2012;34(2):325-9. [acesso 2017 Out 10]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11096-012-9606-6>
28. Prefeitura de Divinópolis. Laboratório amplia exames e reduz espera. 2016. [acesso 2017 Ago 5]. Disponível em: <http://www.divinopolis.mg.gov.br/portal/noticias/0/3/3958/Laborat%C3%B3rio-amplia-exames-e-diminui-espera>
29. Clinical and laboratory Standards Institute. Methods for Dilution Antimicrobial Susceptibility Tests for Bacteria That Grow Aerobically; Approved Standard-Ninth Edition. 2012;32 Suppl 2:M07-A9. [acesso 2017 Out 10]. Disponível em: <http://clsi.org/>
30. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional. 2010. [acesso 2017 Ago 5]. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/mg/divinopolis/panorama>
31. Brasil. Diário Oficial da União. Lei Nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis Nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 2013.
32. Cunha MA, Assunção GLM, Medeiros IM, Freitas MR. Antibiotic resistance patterns of urinary tract infections in a northeastern Brazilian capital. *Rev Inst Med Trop*. 2016;58:2. [acesso 2017 Out 10]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1678-9946201658002>

33. Fasugba O, Gardner A, Mitchell BG, Mnatzaganian G. Ciprofloxacin resistance in community- and hospital-acquired *Escherichia coli* urinary tract infections: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMC Infect Dis.* 2015;15:545. [acesso 2017 Out 10]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12879-015-1282-4>
34. Reis ACC, Santos SRS, Souza SC, Saldanha MG, Pitanga TN, Oliveira RR. Ciprofloxacin resistance pattern among bacteria isolated from patients with community-acquired urinary tract infection. *Rev Inst Med Trop.* 2016;58:53. [acesso 2017 Out 10]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1678-9946201658053>
35. Rodrigues WF, Miguel CB, Nogueira APO, Ueira-Vieira C, Paulino TP, Soares SC, et al. Antibiotic resistance of bacteria involved in urinary infections in Brazil: a cross-sectional and retrospective study. *Int J Environ Res Public Health.* 2016;13(9):918. [acesso 2017 Out 10]. DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph13090918>
36. Guneyssel O, Suman E, Ozturk TC. Trimethoprim-sulfamethoxazole resistance and fosfomicin susceptibility rates in uncomplicated urinary tract infections: time to change the antimicrobial preferences. *Acta Clin Croat.* 2016;55(1):49-57. [acesso 2017 Out 10]. DOI: <http://dx.doi.org/10.20471/acc.2016.55.01.8>
37. Rossignol L, Vaux S, Maugat S, Blake A, Barlier R, Heym B, et al. Incidence of urinary tract infections and antibiotic resistance in the outpatient setting: a cross sectional study. *Infection.* 2017;45(1):33-40. [acesso 2017 Out 10]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s15010-016-0910-2>
38. van Hecke O, Wang K, Lee JJ, Roberts NW, Butler CC. The implications of antibiotic resistance for patients' recovery from common infections in the community: a systematic review and meta-analysis. *Clin Infect Dis.* 2017;65(3):371-82. [acesso 2017 Out 10]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/cid/cix233>
39. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, Sociedade Brasileira de Infectologia, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Sociedade Brasileira de Nefrologia, Colégio Brasileiro de Radiologia. Infecção urinária não complicada na mulher: diagnóstico. *Rev Assoc Med Bras.* 2011;57(3):258-61. [acesso 2017 Out 10]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302011000300004>
40. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, Sociedade Brasileira de Infectologia, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Sociedade Brasileira de Nefrologia. Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar: Infecção urinária não complicada na mulher: tratamento. 2011 [acesso 2017 Out 10]. Disponível em: http://diretrizes.amb.org.br/ans/infeccao_urinaria_ao-complicada_na_mulher-tratamento.pdf

^a Universidade Federal de São João del-Rei. Divinópolis, MG, Brasil. v.namaste@gmail.com; lucasnicolasv@gmail.com; nicoleffaragao@gmail.com; ap.otavio@gmail.com; paola.msantos@yahoo.com.br; ph.med9ufsj@yahoo.com.br; thaisbraga_@hotmail.com; debinha.fernandino@gmail.com; gusrocha@ufsj.edu.br (*Autor correspondente*)

Identifying patients for palliative care in primary care in Brazil: Project Estar ao Seu Lado's experience

Identificando pacientes para cuidados paliativos na atenção primária no Brasil: experiência do Projeto Estar ao Seu Lado

Identificando pacientes para cuidados paliativos en atención primaria en Brasil: la experiencia del Proyecto Estar ao Seu Lado

Santiago Rodríguez Corrêa^a, Carla Mazuko^b, Geoffrey Mitchell^c, Tania Pastrana^d, Liliana De Lima^e, Scott A Murray^f

Abstract

Objective: To present the process of identification of palliative care patients in a Family Health Strategy's team in Brazil. **Methods:** The identification process occurred 1) using the system of work of a Family Health Strategy Team and the principles of primary care and 2) by applying the SPICIT, a tool to help identify patients who might benefit with palliative care. **Results:** Twenty-three patients were enrolled in the palliative care program at the beginning of the project. By the end of the 12 month period, we had identified 38 patients. Six patients died during the time period. Thus during 2015, 38 people were identified with palliative needs from a total population of 3,000 (1.2% of the practice population). Of these 58% (n=22) were women, 63% (n=24) over 65 years, 74.7% (n=28) reported white ethnicity. The most frequent major diagnoses were cancer (39.5%), psychiatric disease (18.4%), cardiovascular disease (15.8%), frailty (10.5%), dementia (10.5%), and respiratory disease (7.9%). Multimorbidity was higher in patients over 65 years (t-test, p=0.009) with a median of four diseases. The most prevalent conditions among those suffering multimorbidity were cardiovascular disease (73.7%), psychiatric disease (65.8%), cancer (50%), frailty (39.5%), diabetes mellitus (31.6%), and respiratory diseases (23.7%). **Conclusion:** We applied a tool for identifying patients who would benefit from palliative care in primary care in a community of Rio Grande. It was practical and feasible. Its further refinement, implementation and evaluation in Brazil is indicated at community centres of Family Health Strategy, specifically taking account of social and economic factors.

Keywords:

Primary Care
Palliative Care
Family Health Strategy
Public Health

Resumo

Objetivo: Apresentar o processo de identificação de pacientes de cuidados paliativos em uma equipe de Estratégia de Saúde da Família no Brasil. **Métodos:** O processo de identificação ocorreu 1) utilizando o sistema de trabalho de uma Equipe de Estratégia de Saúde da Família e os princípios da atenção primária e 2) aplicando o SPICIT, uma ferramenta para ajudar a identificar pacientes que poderiam se beneficiar com cuidados paliativos. **Resultados:** Vinte e três pacientes foram inscritos no programa de cuidados paliativos no início do projeto. Ao final do período de 12 meses, identificamos 38 pacientes. Seis pacientes morreram durante o período. Assim, durante 2015, 38 pessoas foram identificadas com necessidades paliativas de uma população total de 3.000 (1,2% da população de prática). Destes, 58% (n=22) foram mulheres, 63% (n=24) com mais de 65 anos, 74,7% (n=28) relataram etnia branca. Os diagnósticos principais mais frequentes foram câncer (39,5%), doença psiquiátrica (18,4%), doença cardiovascular (15,8%), fraqueza (10,5%), demência (10,5%) e doença respiratória (7,9%). A multimorbidade foi maior em pacientes com mais de 65 anos (t-test, p=0,009) com uma mediana de quatro doenças. As patologias mais prevalentes entre os que sofrem de multimorbidade foram doença cardiovascular (73,7%), doença psiquiátrica (65,8%), câncer (50%), fragilidade (39,5%), diabetes mellitus (31,6%) e doenças respiratórias (23,7%). **Conclusão:** Aplicamos uma ferramenta para identificar e gerenciar pacientes que se beneficiariam dos cuidados paliativos na atenção primária em Rio Grande. Sua aplicação é prática e viável. Seu aperfeiçoamento, implementação e avaliação no Brasil é indicado nos centros comunitários de Estratégia de Saúde da Família, levando em conta especificamente fatores sociais e econômicos desse país.

Palavras-chave:

Atenção Primária
Cuidados Paliativos
Estratégia Saúde da Família
Saúde Pública

Cite as: Corrêa SR, Mazuko C, Mitchell G, Pastrana T, De Lima L, Murray SA. Identifying patients for palliative care in primary care in Brazil: Project Estar ao Seu Lado's experience. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-8. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1507](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1507)

Funding:

none declared.

Ethical approval:

not necessary.

Conflict of interests:

none declared.

Provenance and peer review:

externally reviewed.

Received: 30/03/2017.

Accepted: 26/08/2017.

Resumen

Objetivo: Presentar el proceso de identificación de pacientes de cuidados paliativos en un equipo de Estrategia de Salud de la Familia en Brasil. **Métodos:** El proceso de identificación se realizó 1) utilizando el sistema de trabajo de un equipo de Estrategia de Salud de la Familia y los principios de atención primaria y 2) aplicando el SPICT, una herramienta para ayudar a identificar los pacientes que podrían beneficiarse con el cuidado paliativo. **Resultados:** Veinte y tres pacientes fueron inscritos en el programa de cuidados paliativos al inicio del proyecto. Al final del período de 12 meses, habíamos identificado a 38 pacientes. Seis pacientes murieron durante ese período de tiempo. Durante 2015, 38 personas fueron identificadas con necesidades paliativas de una población total de 3.000 (1,2% de la población de la práctica). De estos, 58% (n=22) eran mujeres, 63% (n=24) mayores de 65 años, 74,7% (n=28) reportaron etnia blanca. Los diagnósticos principales más frecuentes fueron cáncer (39,5%), enfermedad psiquiátrica (18,4%), enfermedad cardiovascular (15,8%), Fragilidad (10,5%), demencia (10,5%) y enfermedad respiratoria (7,9%). La multimorbilidad fue mayor en pacientes mayores de 65 años (t-test, p=0,009) con una mediana de cuatro enfermedades. Las enfermedades más prevalentes entre los que padecían múltiples enfermedades fueron enfermedad cardiovascular (73,7%), enfermedad psiquiátrica (65,8%), cáncer (50%), fragilidad (39,5%), diabetes mellitus (31,6%) y enfermedades respiratorias (23,7%). **Conclusión:** Se aplicó una herramienta para identificar y administrar pacientes que se beneficiarían de los cuidados paliativos en atención primaria en Rio Grande. Fue práctico y factible. Su mayor refinamiento, implementación y evaluación en Brasil está indicado en los centros comunitarios de Estrategia de Salud de la Familia, tomando en cuenta específicamente los factores sociales y económicos de este país.

Palabras clave:

Atención Primaria
Cuidados Paliativos
Estrategia de Salud Familiar
Salud Pública

Introduction

Brazil is a vast country of over 200 million people with 18% below the poverty line.¹ The national health system is based on the principles of universality, equity and integrality.² Brazil invests in the health of its citizens USD 512 per capita,³ which corresponds to 8% of the GDP.⁴

In 2012, over 1.3 million people died in Brazil.⁵ The main causes of death were non-communicable disease (NCDs) including cardiovascular disease, cancer, respiratory diseases and diabetes.⁶ Approximately 70% of patients who die and their families in Brazil could benefit from palliative care, the majority of whom could be cared in primary care. However, it is estimated that only 0.3% of people who die in Brazil receive palliative care.⁷ Despite recent laws for pain control and palliative care, Brazil was ranked in 42nd place among 80 countries in the ranking of the Quality of Death Index in 2015.⁷

In 2014, the World Health Assembly (WHA) unanimously adopted a palliative care resolution calling on governments to take the necessary steps to ensure that palliative care was provided early in the course of disease, with emphasis on community centers, thus improving access to patients in need while at the same time using resources more efficiently.⁸ However, palliative care in Brazil is mostly available in higher levels of care.⁹

In 2011 the Federal Government implemented the Strategic Action Plan to Tackle Noncommunicable Diseases (NCDs) in Brazil from 2011-2022,¹⁰ which includes palliative care as a component of the cancer control plan. That plan aims to train primary care professionals in palliative care. This would enable the 40,000 active primary care teams of the Family Health Strategy that cover 60% of the national population¹¹ to integrate palliative care into their care of chronically ill people.

Since 2014, the project “Estar ao Seu Lado – Cuidados Paliativos na Atenção Primária” (roughly translated We are by your side- primary palliative care) offers palliative care in a community center in Brazil.¹² The team is composed of six community health workers, two nurse technicians, one nurse and one physician. The team provides outpatient consultations and home visits to patients with palliative care needs. In addition, the team also enrolled in the global initiative of “community of care”, which seeks to create compassionate communities.¹³

The project is part of the Family Health Strategy of the municipality of Rio Grande, state of Rio Grande do Sul and provides palliative care to a population of about 3,000 people, divided into 3 districts with different socio-economic characteristics.

This study describes this innovative intervention to systematically identify those patients who would benefit from palliative care from a population of 3000 patients served by a particular primary care team, over the course of 12 months during the year of 2015.

Methods

Palliative patients who live in the territory covered by the team are identified in the following ways: 1) by the local knowledge of the Community Health Workers (CHW) from monthly professional visits to the homes of their families under their care; 2) when the diagnosis of the disease and its potential as a life limiting disease is made at the community center (also called basic health unit); 3) when the family member or the patient moves to our territory and contacts the community center directly; 4) when the diagnosis was made by a specialist (eg. oncologist), and 5) when the sick person starts receiving a monthly visit from the CHW or seeks equipment directly from the community center.

Patients were screened using the SPICT tool to identify those who may benefit from palliative care.¹⁴ This tool is available in Brazilian Portuguese for free on <http://www.spict.org.uk/the-spict/spict-br/>. A thorough analysis of the potential patients was performed by the primary care team. This included a review of clinical records, clinical evaluations and home visits, after which inclusion in the program was decided. The records of patients who entered the program from January to December were included in this audit. The Project "Estar ao Seu Lado - Cuidados Paliativos na Atenção Primária" has been registered on SIGPROJ of the Federal University of Rio Grande (FURG) with the registration number 60708.186073.864.97221.18112015.

Analysis

Sociodemographic (age, sex, marital status), clinical (main pathology, comorbidity) and psychosocial (economic problems and family) data were extracted from medical records. Psychosocial data (economic problems and family problems) were recorded, if the patient reporting problems about these matters at any appointment or home visit. The Karnofsky Performance Scale Index (KS),¹⁵ Mini Mental Examination State,¹⁶ Katz Index¹⁷ were recorded when the patients were identified.

The data were anonymized and recorded in an Excel version 2007 (Microsoft) table. Data were then exported into IBM SPSS for Windows (Version 21), where descriptive and bivariate analysis was performed. The t test was used for continuous data, and the χ^2 test for categorical data. The Fisher test was used instead of the chi squared test because at least one cell in the array contained less than five occurrences". Let me know if this is not acceptable and we will see. This is a clinical service audit, ethics approval for this study was not required.

Results

Twenty-three patients were enrolled in the palliative care program at the beginning of the project. By the end of the 12 month period, we had identified 38 patients. Six patients died during the time period. Thus during 2015, 38 people were identified with palliative needs from a total population of 3,000 people (1.2%

of the practice population). Of these 58% (n=22) were women, 63% (n=24) over 65 years, 74.7% (n=28) reported white ethnicity, 34% (n=13) were married or had a partner, 32% (n=12) were widowed, 84% (n=32) had children and 97.4% (n=37) had informal caregivers. Nearly all (92.1%) were not working-of these 71.1% (n=27) were retired. Most (n=25; 65.8%) did not complete primary schooling, and 23.7% (n=9) of patients were without literacy. The prevalence of cigarette use was 44.7% (n=17). Nine patients (23.7%) reported regular alcohol use and two people (5.4%) reported using illicit drugs.

The most frequent major diagnoses were cancer (39.5%), psychiatric disease (18.4%), cardiovascular disease (15.8%), frailty (10.5%), dementia (10.5%), and respiratory disease (7.9%). Multimorbidity was higher in patients older than 65 years (t-test, $p < 0.01$) with a median of four diseases. The most prevalent conditions among those suffering multimorbidity were cardiovascular disease (73.7%), psychiatric disease (65.8%), cancer (50%), frailty (39.5%), diabetes mellitus (31.6%), and respiratory diseases (23.7%). Being older than 65 years was statistically significantly associated with cardiovascular disease (χ^2 , $p < 0.01$) and frailty (χ^2 , $p < 0.01$).

Most patients (47.4%) had a Karnofsky score (KS) of 50% (KS range 20%-80%) when identified, with different levels of dependency. According to the Katz Index 9.5% were independent in their daily activities, while 23.7% were dependent for all activities. The Mini Mental State Examinations of this population were median 23.5 (percentile 25th was 18 and percentile 75th was 26) with 4 four patients with 0 at the time of evaluation by their advanced clinical situation presented.

Most patients (68.4%) reported family problems such as children being drug users, family conflicts with their children, disappearance of a child, and mistreatment and violence of elderly. Family problems were statistically associated with the presence of psychiatric illness (χ^2 $p < 0.01$). Further, 28.9% reported economic difficulties. Economic problems were statistically associated with being younger than 65 years (Fisher Test $p < 0.01$).

Discussion

Summary of the main findings of the study

This study describes the population served during 2015 by the project *Estar ao Seu Lado - Cuidados Paliativos na Atenção Primária*, a program which provides palliative care in primary care as part of the Family Health Strategy in the community in the municipality of Rio Grande, state of Rio Grande do Sul, south of Brazil. Less than half of the patients identified for palliative care were diagnosed with cancer, while dementia syndromes and frailty were common. Multimorbidity was more prevalent in people over 65 years, with an average of four diseases. The existence of multiple conditions demands particular care, coordination and management, with continuous risk and benefit assessment of implementing any new or continuing treatments.¹⁸

Strengths and limitations of the study

A previously validated tool was used to determine the likelihood that a person was progressing towards death. This allowed patients to be identified on the basis of need, rather than on what their diagnosis was. End of life care is not a problem exclusive to cancer patients. We believe we have identified nearly all of those who require end of life care in the twelve month period.

Our catchment population may not reflect other Primary Health Services in Brazil, and other areas may have greater or smaller patient loads compared with ours. The proportion of patients needing palliative care will vary according to the characteristics of population of an area. The high percentage of older people in the area studied is directly related to the presence of chronic multimorbidity and need for palliative care. In areas with other age distributions, morbidity may also vary and therefore the number of people needing palliative care.

The characteristics of the population living in a specific area may also change over time. A recently published epidemiological study of another area in Brazil identified similar groups of diseases to ours, but probably with different cultural, economic and social characteristics.¹⁹ In spite of these differences, it does imply that we identified about the right proportion of people at risk of dying in the foreseeable future.

This study did not elaborate on the relationship of social and economic problems with needs and suffering. As this was a service audit, we could not interview patients about this relationship, and could not apply a measure of suffering as this was not done as part of routine care. Internationally, 80% of people needing palliative care live in developing countries²⁰ where economic and social problems can be pervasive.²¹ These problems can contribute to the suffering and the presence of unmet palliative care needs. We need more research to this in Brazil, a country with 18% of population living in poverty.

Comparison with existing literature

The 38 people identified had demographic characteristics consistent with the data in the literature, with a high proportion of people needing palliative care being older than 65 years.^{19,20} The population served was mainly women, which is consistent with the gender distribution in the country.²² A population based study estimated that 1-2% of the general population may be in need of palliative care at any one time¹⁸ and this number corresponds to the population we identified.

The morbidity reports are also consistent with previous reports describing a high prevalence of NCDs, with cardiovascular disease the most frequent.²⁰ Patients with advanced heart failure may benefit from advance planning and palliative care in primary care.²³ However, the national NCD strategy includes palliative care focused mostly on the cancer control program.¹⁰ Furthermore, it is estimated that by 2020 nearly 55 thousand new cases of dementia syndrome per year on people over 60 years in Brazil.²⁴

Mental health conditions constitute 30% of the country's morbidity and generate a significant burden on primary care professionals.²⁵ This situation indicates the need for better care for mental health, evaluating its relation with palliative care directly when it is a main diagnosis and indirectly, when is part of major context of multimorbidity. Methods of providing palliative care for people with psychiatric illness still need to be developed globally.²⁶

People with dementia and frailty require care from their families, sometimes for many years.²⁷ Caregivers need support to manage the associated psychological, economic and social problems besides the new context of clinical difficulties that will appear during the process of disease.²⁸ There is a need to advance on best care for patients with dementia finding solutions to solve the huge demand of care of them and their families including by the costs for the Health Care System. The burden and costs of dementia for the Health Care were already proved²⁹ and it is necessary to act in advance in a country with an ageing population like Brazil.

In Brazil, there is no strategy in place for the identification of patients with palliative care needs. The SPICT tool is a well-validated instrument in the UK, and it is easy to apply.¹⁴ It seems to be adequate for the Brazilian primary care context, without adding additional burden to the consultation. It would be extremely useful if the 40,000 active teams in the national Family Health Strategy started using it as a screening tool. Early identification of patients may help professionals plan ahead^{30,31} and help them meet their personal goals.

The provision of high quality palliative care requires appropriate resources, and the creation of an environment that considers the patient and his or her family as the unit of care. Participation of children and caregivers in the care is necessary in the context of primary health care, and more so for people in the Latin American culture who need palliative care.³² The need for support and planning of interventions and support of carers and families who care for the elderly has already been described in Brazil.³³ However, the involvement and support of the caregivers at the primary care level in Brasil needs further consideration.

Economic problems were reported by 28.9% of the sample. Lack of financial resources to purchase medications, supplies (such as diapers), food, and conduct examinations when needed were some of the situations identified. To remedy this situation, these patients should be recognized by the system as a priority and insured benefits should be extended to them.

Implications for research and professional practice

We applied a tool for identifying and managing most patients who would benefit from palliative care in primary care in Brazil, and it appears to work effectively. Its further refinement, implementation and evaluation in Brazil is indicated at community centres, specifically taking account of social and economic factors.

The Family Health Strategy has immense potential to identify people with palliative care needs and provide palliative care at a basic level in primary care, taking into account the needs of patients and their families as a central aim. To improve the situation, primary care professionals requires better preparation in the core competencies of palliative care.³⁴⁻³⁶ This would potentially enable the 40,000 program active teams of Family Health Strategy be more effective and efficient. The consulting time that these patients require is one of the main barriers to providing palliative care in primary care.³⁴ Discussions about developing primary palliative care in Brazil have already started and are very timely.¹³

References

1. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL). Panorama Social da América Latina, 2014. Santiago de Chile, 2014. [cited 2016 Jun 26]. Available from: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37626/S1420729_es.pdf?sequence=6
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Ministério da Saúde. Brasília; 2000.
3. World Health Organization - WHO. World Health Statistics. 2015. [cited 2017 Mar 22]. Available from: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/
4. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Conta Satélite 2010- 2013. [cited 2016 Jun 26]. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=295012>
5. World Health Organization - WHO. Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles. 2014. [cited 2017 Mar 22]. Available from: http://www.who.int/nmh/countries/bra_en.pdf
6. Malta DC, Moura L, Silva Junior JB. Epidemiologia das doenças crônicas não - transmissíveis no Brasil. In: Rouquaryol MZ, Gurgel M, eds. Rouquaryol: Epidemiologia e Saúde. 7ª ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2013. p.273-96.

7. The Economist and Intelligence Unit. The 2015 Quality of Death: Ranking palliative care across the world. 2015. [cited 2017 Mar 22]. Available from: <https://www.eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>
8. The Sixty-seventh World Health Assembly. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. 24 May 2014. [cited 2017 Mar 22] Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf
9. Pastrana T, De Lima L, Pons JJ, Centeno C. Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica, Edición Cartográfica 2013. Houston: IAHP Press; 2013.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
11. Brasil. Ministério de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico Cobertura da Saúde da Família. [cited 2017 Fev 13]. Available from: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php
12. Corrêa SR, Mazuko C, Almeida M, Sassi RM, Murray SA, Wenk R, et al. OA59 Developing an innovative model of palliative care in the community in Brazil. *BMJ Support Palliat Care*. 2015;5 Suppl 1:A19.
13. Corrêa SR, Mazuko C, Floss M, Mitchell, G, Murray SA. Brazil: time for palliative care in the community! *Eur J Palliat Care*. 2016;23(2):94-6.
14. Highet G, Crawford D, Murray SA, Boyd, K. Development and evaluation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT): a mixed-methods study. *BMJ Support Palliat Care*. 2014;4(3):285-90. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2013-000488>
15. Karnofsky DA, Burchenal JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: McLeod CM, ed. *Evaluation of chemotherapeutic agents*. New York: University Press; 1949.
16. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189-98. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
17. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(2):317-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000200021>
18. Stevenson J, Abernethy AP, Miller C, Currow DC. Managing comorbidities in patients at the end of life. *BMJ*. 2004;329(7471):909-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.329.7471.909>
19. Marcucci FC, Cabrera MA, Perilla AB, Brun MM, de Barros EM, Martins VM, et al. Identification and characteristics of patients with palliative care needs in Brazilian primary care. *BMC Palliat Care*. 2016;15:51. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-016-0125-4>
20. World Health Organization - WHO. Worldwide Palliative Alliance. Global atlas of palliative care at the end of life. Geneva: World Health Organization and Worldwide Palliative Care Alliance; 2014.
21. Karapliagou A, Kellehear A. Public health approaches to end of life care: A toolkit. Public Health England & National Council for Palliative Care, London. 2014. [cited 2017 Oct 8]. Available from: http://www.ncpc.org.uk/sites/default/files/Public_Health_Approaches_To_End_of_Life_Care_Toolkit_WEB.pdf
22. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. [cited 2017 Mar 22]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>
23. Boyd KJ, Murray SA, Kendall M, Worth A, Frederick Benton T, Clausen H. Living with advanced heart failure: a prospective, community based study of patients and their carers. *Eur J Heart Fail*. 2004;6(5):585-91. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejheart.2003.11.018>
24. Burlá C, Camarano AA, Kanso S, Fernandes D, Nunes R. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(10):2949-56. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000019>
25. Souza LGS, Menandro MCS, Couto LLM, Schimith PB, Lima RP. Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira. *Saúde Soc*. 2012;21(4):1022-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000400019>
26. Fairman N, Irwin SA. Palliative care psychiatry: update on an emerging dimension of psychiatric practice. *Curr Psychiatry Rep*. 2013;15(7):374. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-013-0374-3>
27. Health Service Executive, Irish Hospice Foundation. Palliative Care for All: Integrating Palliative Care into Disease Management Frameworks. Report of the Extending. 2008. [cited 2017 Oct 6]. Available from: <http://hospicefoundation.ie/wp-content/uploads/2012/07/Palliative-Care-For-All-report.pdf>
28. American Geriatrics Society Ethics Committee and Clinical Practice and Models of Care Committee. American Geriatrics Society feeding tubes in advanced dementia position statement. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62(8):1590-3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.12924>

29. Kelley AS, McGarry K, Gorges R, Skinner JS. The burden of health care costs for patients with dementia in the last 5 years of life. *Ann Intern Med.* 2015;163(10):729-36. DOI: <http://dx.doi.org/10.7326/M15-0381>
30. Walsh RI, Mitchell G, Francis L, van Driel ML. What Diagnostic Tools Exist for the Early Identification of Palliative Care Patients in General Practice? A systematic review. *J Palliat Care.* 2015;31(2):118-23.
31. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *Clinical Review. BMJ.* 2005;330(7498):1007-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.330.7498.1007>
32. Soto-Perez-de-Celis E, Chavarri-Guerra Y, Pastrana T, Ruiz-Mendoza R, Bukowski A, Goss PE. End-of-Life Care in Latin America. *J Glob Oncol.* 2016;3(3):261-70. DOI: <http://dx.doi.org/10.1200/JGO.2016.005579>
33. Fratezi FR, Gutierrez BAO. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(7):3241-48. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800023>
34. Schneider N, Mitchell GK, Murray SA. Palliative care in urgent need of recognition and development in general practice: the example of Germany. *BMC Fam Pract.* 2010;11:66. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-11-66>
35. Pastrana T, Wenk R, De Lima L. Consensus-Based Palliative Care Competencies for Undergraduate Nurses and Physicians: A Demonstrative Process with Colombian Universities. *J Palliat Med.* 2016;19(1):76-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2015.0202>
36. Mitchell GK. How well do general practitioners deliver palliative care? A systematic review. *Palliat Med.* 2002;16(6):457-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.1191/0269216302pm573oa>

^a Project “Estar ao Seu Lado - Cuidados Paliativos na Atenção Primária”; End of Life Studies Group, University of Glasgow. santiagorcorrea@yahoo.com.br (*Corresponding author*)

^b Project “Estar ao Seu Lado - Cuidados Paliativos na Atenção Primária”. carlamazuko@hotmail.com

^c Faculty of Medicine, University of Queensland. Brisbane, Australia. g.mitchell@uq.edu.au

^d Department of Palliative Medicine, Medical Faculty, RWTH Aachen University. Aachen, Germany. tpastrana@ukaachen.de

^e International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC). Idelima@iahpc.com

^f Usher Institute of Population Health Sciences and Informatics; University of Edinburgh. Edinburgh, Scotland. scott.murray@ed.ac.uk

Efeito do vínculo com um médico de família no controle da pressão arterial em hipertensos

Effect of family doctor relationship on blood pressure control in hypertensive patients

Efecto del vínculo con un médico de familia en el control de la presión arterial en hipertensos

Andre Klafke^a, Laura Afanador Pineros Vaghetti^a, Andre Dias Costa^a

Resumo

Objetivo: Avaliar a associação entre vínculo com um médico de família e controle da pressão arterial em hipertensos de duas unidades de saúde de Porto Alegre, RS. **Métodos:** Estudo transversal com uma amostra aleatória de 128 hipertensos de 18 anos ou mais de duas unidades de saúde, nos quais foi aplicado um questionário para avaliar suas características e a presença ou não de vínculo com um médico de família, e aferidos pressão arterial, peso e altura, entre março e setembro de 2016. Foi realizada regressão de Poisson para controle de possíveis fatores de confusão entre vínculo e controle da pressão. **Resultados:** A população estudada era acompanhada pelas unidades em média há 15 anos, era predominantemente idosa, do sexo feminino, branca, com sobrepeso, não tabagista, sedentária, aderente ao tratamento, 68,0% possuíam vínculo com um médico e 61,7% estavam com a pressão controlada. A presença de vínculo com um médico foi associada a um controle da pressão arterial 48% maior, controlado para possíveis fatores de confusão. **Conclusão:** O vínculo com um médico é uma ferramenta de baixo custo que permite melhorar o controle pressórico em pacientes hipertensos – controle este importante para a redução das complicações cardiovasculares.

Abstract

Objective: To evaluate the relation between a family doctor-patient relationship and blood pressure control in hypertensive patients from two health units in Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Methods:** A cross-sectional study with a random sample of 128 hypertensive 18 years of age and older patients from two health units, in which a questionnaire was applied to evaluate their characteristics and the presence or absence of a link with a family doctor, while blood pressure, weight and height were measured between March and September 2016. Poisson regression was performed to control possible confounding factors between family doctor-patient relationship and blood pressure control. **Results:** The population studied was monitored by the health units during 15 years on average and was predominantly elderly, female, white, overweight, non-smoker, sedentary, adherent to treatment, while 68.0% had a relationship with a family doctor and 61.7% had controlled blood pressure. The presence of a relationship with a doctor was associated with a blood pressure control 48% higher, controlled for possible confounding factors. **Conclusion:** Doctor-patient relationship is a low cost tool in medical practice that allows better blood pressure control in hypertensive patients – a control which is important in reducing cardiovascular complications.

Palavras-chave:

Hipertensão/prevenção
& controle
Relações Médico-Paciente
Adesão à Medicação

Keywords:

Hypertension/prevention
& control
Physician-Patient Relations
Medication Adherence

Como citar: Klafke A, Vaghetti LAP, Costa AD. Efeito do vínculo com um médico de família no controle da pressão arterial em hipertensos. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-7. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1444](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1444)

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: 09/01/2017.
Aprovado em: 04/10/2017.

Resumen

Objetivo: Evaluar la asociación entre el vínculo con un médico de familia y el control de la presión arterial en hipertensos de dos unidades de salud de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Métodos:** Estudio transversal con una muestra aleatoria de 128 hipertensos mayores de 18 años de dos unidades de salud, en los cuales fue aplicado un cuestionario para evaluar sus características y la presencia o no de un vínculo con un médico de familia y la medida de la presión arterial, peso y altura entre marzo y septiembre de 2016. Fue realizada una regresión de Poisson para el control de los posibles factores de confusión entre el vínculo y el control de la presión. **Resultados:** La población estudiada era acompañada por las unidades en una media de 15 años, predominantemente de edad avanzada, de sexo femenino, blanca, con sobrepeso, no fumadora, sedentaria, con adhesión al tratamiento, y el 68,0% tenía vínculo con un médico y 61,7% estaba con la presión controlada. La presencia del vínculo con un médico fue asociada a un control de la presión arterial 48% mayor, controlada para posibles factores de confusión. **Conclusión:** El vínculo con un médico de familia es una herramienta de bajo costo, que permite mejorar el control tensional en pacientes hipertensos, el cual es importante para la reducción de las complicaciones cardiovasculares.

Palabras clave:

Hipertensión/prevenção
& control
Relaciones Médico-Paciente
Cumplimiento de la Medicación

Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) tem alta prevalência na população adulta e consiste em um dos principais fatores de risco cardiovascular.¹ Entretanto, seu controle, geralmente realizado a partir do acompanhamento em unidades de saúde, pode reduzir suas complicações.^{2,3}

Na Atenção Primária à Saúde (APS), o vínculo é uma percepção de “ligação” que surge na relação que se estabelece entre o médico e seu paciente. Essa ligação é importante tanto para o paciente ter a percepção de cuidado quanto para o médico fortalecer a percepção de responsabilidade e compromisso com o cuidado do seu paciente.⁴

Apesar de este tema, “vínculo”, permear a APS desde seus primórdios, não encontramos muitos estudos sobre ele na literatura - talvez por nem haver um termo descritor para ele, com este sentido, indexado na literatura médica. Aparecem mais estudos sobre esse assunto desde 2004, aplicados em publicações de Saúde Coletiva ligadas a doenças transmissíveis como AIDS e tuberculose, saúde mental, saúde da mulher e da criança e, em menor proporção, a doenças crônicas como HAS e diabetes melito (6% das publicações).⁵ A hipótese seria de que o vínculo poderia melhorar o controle de doenças crônicas. Entretanto, talvez até pela inexistência de termo indexado referente a ele na literatura, encontramos poucos estudos avaliando esta relação.

Existem várias maneiras de organizar a APS na rede pública de um país. No Brasil, desde 1994, com o início do Programa de Saúde da Família, optou-se pela adscrição dos pacientes a uma unidade de saúde, conforme a região de moradia, criando, assim, um vínculo do indivíduo com esta Unidade. Entretanto, as unidades de saúde podem comportar mais de uma equipe, com mais de um médico, portanto.⁶ Em algumas delas, o paciente pode acabar consultando cada vez com um médico diferente.

O vínculo é uma tecnologia leve e barata.⁷ Se estiver efetivamente associado ao controle pressórico, seria valioso investir nele como uma ferramenta para o controle da pressão arterial (PA) em hipertensos de unidades de saúde com mais de um médico. Diante disso, o objetivo deste estudo é avaliar se a percepção de vinculação com um médico de família e comunidade está associada a um melhor controle da PA em hipertensos de duas unidades de saúde de Porto Alegre, assim como identificar outros fatores que possam estar associados ao controle desta doença.

Métodos

Foi realizado um estudo transversal com a população adscrita de duas unidades de saúde de Porto Alegre, RS, que abrangem 23.216 pessoas. Os usuários das Unidades são predominantemente de classe média, com significativa proporção de idosos. As unidades de saúde têm mais de 25 anos de existência, são unidades-escola, com alguns médicos que atuam desde o início de sua implantação e outros há menos tempo, além de médicos residentes e estagiários de medicina, que atendem sob supervisão dos preceptores.

Os critérios de inclusão foram morar na área de abrangência de (e estar cadastrado em) uma das unidades de saúde, ter idade de 18 anos ou mais, estar cadastrado na ação programática do HiperDia com diagnóstico de HAS havia pelo menos um ano e fazer acompanhamento para HAS nas unidades. Para ser cadastrado no HiperDia, o paciente devia ter a média das pressões arteriais adequadamente aferidas³ acima de 140/90 mmHg, confirmada em pelo menos mais um encontro, ou ter vindo de outro serviço com diagnóstico de HAS e em uso de anti-hipertensivos. Preencheram os critérios de inclusão 3.197 pessoas.

De acordo com a lista dos usuários cadastrados no Programa HiperDia, foi realizada uma amostragem aleatória simples. O tamanho de amostra foi calculado conforme Hulley, utilizando uma magnitude padronizada de efeito de 0,5, alfa bidirecional de 0,05 e beta de 0,20.⁸ A partir deste cálculo, foi selecionada com o programa SPSS versão 19.0 uma amostra de 128 hipertensos, 98 de uma unidade e 30 de outra (uma unidade tinha a população maior que a outra).

Foi aplicado aos pacientes um questionário estruturado avaliando as variáveis sexo, idade, raça (autorreferida), ingestão de bebida alcoólica (tipo de bebida e quantidade semanal), tabagismo (número de cigarros consumidos por dia atualmente), prática de atividade física (tempo de atividade física semanal) e um questionário específico sobre adesão ao tratamento para hipertensão.⁹ Este questionário apresenta quatro dimensões relacionadas à adesão, com 24 itens, numa escala Likert de 5 pontos, que permite classificar os pacientes em 3 categorias, conforme seu nível de adesão: “não adesão total” (24 a 48 pontos), “risco para não adesão” (49 a 72 pontos) e “adesão” (73 a 120 pontos).

O peso foi aferido em balanças mecânicas, e a altura, em antropômetro vertical. O índice de massa corporal (IMC) foi calculado como a razão entre o peso (em quilogramas) e o quadrado da altura (em metros). O valor da variável PA considerada foi a média entre três aferições: as duas últimas registradas no prontuário e a verificada pelos examinadores. A PA foi aferida pelos examinadores conforme preconizado pela 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.

A coleta dos dados foi realizada por dois dos autores, na unidade de saúde e no domicílio dos pacientes, sendo realizado um treinamento para sua calibração para a coleta dos dados. Os dados coletados foram codificados, digitados em planilhas Excel versão 2013 e exportados para o programa SPSS 19.0, no qual foram analisados.

Foi realizada inicialmente análise univariada, depois bivariada entre as variáveis independentes e a dependente (controle da PA, dicotomizada como controlada, se <140/90 mmHg, ou não controlada). Na análise bivariada, os testes t e qui-quadrado foram utilizados para avaliar a força e significância estatística das associações. As variáveis com $p < 0,20$ na análise bivariada foram incluídas na análise multivariada do tipo regressão de Poisson. Foi avaliada também presença de multicolinearidade entre as variáveis a partir da estatística do fator de inflação de variância (VIF).

O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado em duas vias, sendo uma delas entregue ao sujeito de pesquisa ou responsável após a assinatura.

Resultados

Dentre os 128 pacientes sorteados para participarem do estudo, 11 não preenchiam o critério de inclusão: 2 haviam falecido, 1 não era hipertenso (fora erroneamente cadastrado por alguém da equipe no programa HiperDia como hipertenso) e 8 não faziam acompanhamento na unidade. Adicionalmente, houve seis perdas reais do sorteio - quatro pacientes que não puderam ser localizados e dois que se recusaram a participar - representando 4,7% da amostra. Esses 17 pacientes foram substituídos em outro sorteio.

Os 128 pacientes selecionados foram entrevistados e examinados no período de março a setembro de 2016. A população estudada tinha idade mais avançada, era predominantemente do sexo feminino, branca e a maioria apresentava sobrepeso (Tabela 1). Poucos eram tabagistas, pouco mais de um terço costumava beber ao menos semanalmente e a maioria era sedentária e aderente ao tratamento: nenhum indivíduo foi classificado em “não adesão total” (24 a 48 pontos), em nenhum grupo; apenas 3 (2,3%) com PA não controlada e nenhum com PA controlada tinham “risco para não adesão” (49 a 72 pontos); e os demais foram considerados “aderentes” (73 a 120 pontos). A maior parte fazia acompanhamento na mesma unidade havia mais de 10 anos, apresentava vínculo com um dos médicos da unidade, e 79 (61,7%) estavam com a pressão controlada na média das três últimas aferições.

Tabela 1. Características dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica de duas unidades de saúde de Porto Alegre, 2016*.

	PA controlada	PA não controlada	Total	Valor-p [†]
Idade (anos)	67,8±12,6	68,6±12,3	68,1±12,4	0,721
Sexo				0,345
masculino	17 (21,5%)	15 (30,6%)	32 (25%)	
feminino	62 (78,5%)	34 (69,4%)	96 (75%)	
Cor				1,000
branca	69 (87,3%)	42 (85,7%)	111 (86,7%)	
não branca	10 (12,7%)	7 (14,3%)	17 (13,3%)	
IMC [†]				0,887
magreza	1 (1,3%)	1 (2,0%)	2 (1,6%)	
eutrofia	15 (19,0%)	13 (26,5%)	28 (21,9%)	
sobrepeso	47 (59,5%)	20 (40,8%)	67 (52,3%)	
obesidade (≥30)	16 (20,3%)	15 (30,6%)	31 (24,2%)	
Tabagismo	7 (8,9%)	5 (10,2%)	12 (9,4%)	1,000
Consumo de bebida alcoólica	23 (29,1%)	22 (44,9%)	45 (35,2%)	0,104
Prática de atividade física	20 (25,3%)	15 (30,6%)	35 (27,3%)	0,653
Escore de adesão ao tratamento	95,5±8,6	91,3±12,5	93,9±10,4	0,046
Tempo de acompanhamento na unidade (anos)	16,6±8,7	14,2±9,2	15,7±8,9	0,133
Vínculo com um médico na unidade	61 (77,2%)	26 (53,1%)	87 (68,0%)	0,008
Total	79 (61,7%)	49 (38,3%)	128 (100%)	

PA controlada: pressão arterial <140/90 mmHg; PA não controlada: pressão arterial ≥140/90 mmHg. * valores em média ± desvio padrão ou n (%); † índice de massa corporal, em kg/m². Magreza: <18,5; eutrofia: 18,5-24,9; sobrepeso: 25-29,9; obesidade: ≥30. ‡ da análise bivariada, com controle da pressão arterial. Teste t para igualdade de médias para amostras independentes para as variáveis contínuas e teste qui-quadrado de Pearson com correção de continuidade para variáveis categóricas.

Na análise bivariada, apresentaram associação com o controle da PA, com um nível de significância inferior ao predeterminado para entrar na análise multivariada ($p < 0,20$), as variáveis presença de vínculo com um médico na unidade ($p = 0,008$), escore de adesão ao tratamento ($p = 0,046$) e consumo de bebida alcoólica ($p = 0,104$). Antes da estimativa de parâmetros na regressão de Poisson, foi realizada análise de colinearidade entre todas as variáveis, não se verificando colinearidade entre nenhuma delas.

A regressão de Poisson mostrou que, dentre todas as variáveis incluídas na análise, apenas uma apresentou associação estatisticamente significativa com o controle da PA. A presença de vínculo com um médico na unidade foi associada a uma proporção 48% maior de controle da PA em relação aos pacientes sem vínculo (RR 1,482, $p = 0,04$), controlada para os possíveis fatores de confusão.

Discussão

A percepção de existência de vínculo com um médico específico, na unidade de saúde, foi o único fator associado a maior controle da PA neste estudo. Não foram encontrados outros trabalhos avaliando o efeito do vínculo com um médico no controle pressórico de pacientes hipertensos. Apesar de estudos sobre esse assunto terem sido buscados com diferentes termos na revisão da literatura, não há um descritor indexado para “vínculo” no sentido que utilizamos, o que pode ter impedido a localização de eventuais trabalhos sobre isso.

Entretanto, outros estudos avaliaram os efeitos positivos do vínculo. Um estudo em Rio Grande, no Sul do Brasil, concluiu que a existência de um médico de referência está associada a maior probabilidade de realização de exames preventivos em homens e mulheres.¹⁰ Outro estudo, que avaliou relação entre confiança no médico e adoção de estilos de vida e adesão a medicamentos para tratamento da HAS, encontrou associação positiva para redução de peso, mas não para redução na ingestão de sal, aumento na atividade física ou adesão ao tratamento medicamentoso.¹¹

Vários fatores podem explicar o potencial do vínculo em aumentar o controle da PA em pacientes hipertensos. O vínculo presume uma relação de compreensão, apoio, escuta e estímulo à narração.¹² Sendo assim, estimula uma relação horizontal, de confiança, com liberdade para o paciente tirar suas dúvidas. O vínculo também permite ao médico conhecer seu paciente integralmente, inclusive em seu contexto familiar e social, possibilitando-lhe identificar dificuldades deste e, com isso, estimulá-lo a ser protagonista de seu tratamento. A relação de confiança surge quando “qualificamos a natureza” dos afetos de duas pessoas que “descobrem que mutuamente se convêm”. São estes os “afetos que dão consistência ao vínculo” e aos laços sociais.¹³

Um estudo sobre vínculo e tratamento da tuberculose concluiu que o vínculo entre paciente e profissionais da saúde favorece a adesão ao tratamento desta doença.¹⁴ Outro trabalho concluiu que a aliança terapêutica (dimensões cognitiva e emocional da relação médico-paciente) está fortemente associada à adesão e ao nível de satisfação do paciente com o tratamento.¹⁵

Nesse sentido, o melhor controle pressórico em pacientes com vínculo com um médico poderia ser explicado não apenas pelo vínculo em si, mas por uma maior adesão ao tratamento nestes pacientes. Entretanto, ao contrário dos estudos que obtiveram essa relação, mas em conformidade com outro,¹¹ não encontramos associação entre vínculo e adesão. Isso pode ter ocorrido porque quase todos os pacientes

encontravam-se na categoria de “aderentes” ao tratamento. Contudo, como sua pontuação variava, dentro desta categoria, pode também indicar que o vínculo pode melhorar o controle pressórico independentemente de sua influência na adesão ao tratamento – o que precisaria ser melhor avaliado em outro estudo.

Cabe ressaltar a importância da comunicação no tratamento de doenças crônicas como a HAS, para manter uma relação efetiva com os pacientes. Um estudo que avaliou a opinião de hipertensos encontrou alto grau de ignorância destes quanto à doença e concluiu que, se os médicos tivessem mais tempo para os pacientes, poderiam receitar menos medicamentos.¹⁵ Outro estudo concluiu que a restrição da comunicação a aspectos biomédicos contribui para uma relação impessoal, sem diálogos, escutas, responsabilização e subjetividades, dificultando assim o estabelecimento do vínculo.¹⁴

Os pontos fortes deste estudo foram sua realização em unidades de saúde com longa trajetória e experiência, médicos trabalhando nelas há muitos e poucos anos, a presença de residentes em processo de formação, a seleção aleatória de participantes e perdas de apenas 4,7%, reduzindo assim a probabilidade de vieses de seleção. O fato de o estudo ter sido realizado em apenas duas unidades de saúde de uma mesma cidade e de estas serem unidades-escola pode fazer com que os resultados não possam ser extrapolados para toda a população brasileira.

A utilização de medidas de PA do prontuário para calcular a PA média dos indivíduos também pode constituir uma limitação, embora todos os médicos do Serviço tivessem recebido capacitação recente sobre aferição da PA devido a outro estudo realizado havia pouco na Instituição. Apesar de ter sido utilizado um instrumento validado para a aferição da adesão, sempre há a possibilidade de um viés de informação.

A contribuição deste estudo consiste em iniciar na literatura a avaliação e documentação da importância do vínculo com um mesmo médico no controle da pressão arterial em hipertensos. Esta associação passa a ser mais relevante com o fortalecimento da APS, na medida em que mais hipertensos são acompanhados neste nível do sistema e mais unidades de saúde com mais de um médico de família são estabelecidas. Entretanto, mais estudos são necessários para avaliar se essa associação ocorre também em outros locais do País.

Conclusão

O vínculo é o resultado de um processo de interação entre o profissional de saúde e o usuário, que vai se consolidando e compartilhando a responsabilidade de ambos no processo saúde-doença. Neste processo, o vínculo é uma ferramenta que fortalece as trocas de saberes, o conhecimento científico com o popular, que, somados, integram a relação médico-paciente e comprometem ambas partes a assumirem os cuidados de saúde. Os resultados deste estudo reafirmam a importância da relação interpessoal e seu impacto positivo em várias doenças, sendo o vínculo importante para a qualificação da prática profissional numa perspectiva mais ampliada e no controle de doenças crônicas, como a HAS.

Por o vínculo ser uma tecnologia leve bastante barata, seu uso deve ser estimulado para melhorar o controle pressórico em pacientes hipertensos. A melhora do controle pressórico está associada a uma redução das complicações cardiovasculares, efeito muito relevante tanto em nível individual quanto coletivo, inclusive em custos ao sistema de saúde.^{1,12}

Referências

1. Iser BPM, Moura L, Schmidt MI, Duncan BB. Estratégias preventivas para as doenças crônicas não transmissíveis. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Duncan MS, Giugliani C. Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 530-5.
2. Car MR, Pierin AMG, Aquino VLA. Estudos sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. Rev Esc Enferm USP. 1991;25(3):259-69. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0080-6234199102500300259>
3. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol. 2010;95(1 Supl.1):1-51.
4. Rocha BV, Gazim CC, Pasetto CV, Somões CJ. Relação Médico-Paciente. Rev Med Res. 2011;13(2):114-8.
5. Brunello MEF, Ponce MAZ, Assis EG, Andrade RLP, Scatena LM, Palha PF, et al. O Vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). Acta Paul Enferm. 2010;23(1):131-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000100021>
6. Brasil. Brasil Ministério da Saúde. Portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União; 2017.
7. Cunha EM. Vínculo Longitudinal na Atenção Primária: avaliando os modelos assistenciais do SUS [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
8. Browner WS, Newman TB, Cummings SR, Hulley SB. Estimando o Tamanho de Amostra e o Poder Estatístico: Pontos Básicos. In: Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. Delineando a Pesquisa Clínica. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 83-110.
9. Borges JWP. Instrumento de Avaliação da Não Adesão ao Tratamento da Hipertensão arterial: desenvolvimento e validação de conteúdo [Dissertação de mestrado]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2012.
10. Mendoza-Sassi R, Béria JU. Prevalência do médico de referência, fatores associados e seu efeito na utilização de serviços de saúde: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. Cad Saúde Pública. 2003;19(5):1257-66. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000500004>
11. Jones DE, Carson KA, Bleich SN, Cooper LA. Patient trust in physicians and adoption of lifestyle behaviors to control high blood pressure. Patient Educ Couns. 2012;89(1):57-62. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2012.06.003>
12. Fuertes JN, Mislouack A, Bennett J, Paul L, Gilbert TC, Fontan G, et al. The physician-patient working alliance. Patient Educ Couns. 2007;66(1):29-36. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2006.09.013>
13. Teixeira RR. Humanização e Atenção Primária à Saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2005;10(3):585-97. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300016>
14. Brunello MEF, Cerqueira DF, Pinto IC, Arcênio RA, Gonzales RIC, Villa TCS, et al. Vínculo doente-profissional de saúde na atenção a pacientes com tuberculose. Acta Paul Enferm. 2009;22(2):176-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000200010>
15. Buendía JA. Actitudes, conocimientos y creencias del paciente hipertenso sobre la medicación antihipertensiva. Biomédica. 2012;32(4):578-84.

^a Programa de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade, Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre, RS, Brasil. andreklafke@hotmail.com; lauraafa@gmail.com (Autora correspondente); diascostaandre@gmail.com

Qualidade dos dados de assistência pré-natal na Atenção Básica em prontuário eletrônico e relação com apoio matricial, Vitória, Espírito Santo, 2013-2014: corte transversal

Quality of prenatal care data in Basic Care in electronic medical records and relationship with matrix support, Vitória, Espírito Santo, 2013-2014: cross-sectional

Calidad de los datos de asistencia prenatal en la Atención Básica en historia clínica electrónica y relación con apoyo matricial, Vitória, Espírito Santo, 2013-2014: corte transversal

Gustavo Enrico Cabral Ruschi^a, Fernanda Ferrão Antônio^a, Eliana Zandonade^a, Angélica Espinosa Miranda^a

Resumo

Objetivo: Avaliar as dimensões de qualidade dos dados de prontuários eletrônicos de gestantes acompanhadas na Atenção Primária à Saúde de Vitória, Espírito Santo, e comparar sua completude por modelos de assistência em saúde (Unidades Básicas Tradicionais e Saúde da Família com e sem Apoio Matricial). **Métodos:** Estudo transversal, das dimensões de qualidade da ficha clínica de pré-natal do prontuário eletrônico de gestantes do município de Vitória, Espírito Santo, Brasil, no período de 1 de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2014. Foram avaliadas: cobertura, não duplicidade, acessibilidade, oportunidade, clareza metodológica, completude, consistência e confiabilidade. **Resultados:** Excluídas as duplicidades de cadastro, foram analisados 690 prontuários. A cobertura pré-natal, considerando o início do pré-natal, foi de 80%. Mesmo com a restrição de acesso, de oportunidade e a falta de clareza metodológica, a ficha clínica apresentou consistência e completude excelentes nos campos de procedimentos obstétricos e exames laboratoriais. As variáveis raça materna, situação conjugal, planejamento da gravidez e risco gestacional apresentaram completude ruim, variando conforme modelo de assistência em saúde. A confiabilidade mostrou discordâncias com o Sistema de Informação de Nascidos Vivos. **Conclusão:** Há potencial do prontuário eletrônico como fonte de informação epidemiológica sobre a assistência pré-natal. Contudo, sua confiabilidade é prejudicada pela falta de integração dos dados com os demais níveis de atenção e sistemas de informação e sua completude é deficiente em alguns aspectos. Os dados sugerem que a presença do Apoio Matricial não influencia significativamente a completude do prontuário. Maior ênfase no preenchimento do prontuário e integração com outros níveis de atenção é necessária.

Abstract

Objective: To evaluate the quality dimensions of the electronic medical records data of pregnant women followed in the Primary Health Care of Vitória, Espírito Santo, and to compare their completeness with health care models (Traditional Basic Units and Family Health with and without Matrix Support). **Methods:** Cross-sectional study of the dimensions of quality in the prenatal clinical records using the electronic medical record of pregnant women in the city of Vitória, Espírito Santo, Brazil from January 1, 2013 to December 31, 2014. The following were evaluated: coverage, non-duplicity, accessibility, opportunity, methodological clarity, completeness, consistency and reliability. **Results:** Excluding duplicate records, 690 medical records were analyzed. Prenatal coverage, considering the onset of prenatal care, was 80%. Even with the restriction of access, opportunity and lack of methodological clarity, the clinical record showed excellent consistency and completeness in the fields of obstetric procedures and laboratory tests. Variables as maternal race, marital status, pregnancy planning and gestational risk presented poor completeness, varying according to health assistance model. Reliability was not completely in agreement with the Live Births Information System. **Conclusions:** There is potential of the electronic medical record as a source of epidemiological information on prenatal care. However, its reliability is hampered by the lack of integration of data with other levels of attention and information systems and its completeness is deficient in some aspects. The data suggest that the presence of the Matrix Support does not significantly influence the completeness of the medical record. Greater emphasis on completing medical records and integrating with other levels of care is necessary.

Como citar: Ruschi GEC, Antônio FF, Zandonade E, Miranda AE. Qualidade dos dados de assistência pré-natal na Atenção Básica em prontuário eletrônico e relação com apoio matricial, Vitória, Espírito Santo, 2013-2014: corte transversal. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-13. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1612](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1612)

Palavras-chave:

Sistemas Computadorizados de Registros Médicos
Cuidado Pré-Natal
Sistemas de Informação
Atenção Primária à Saúde

Keywords:

Medical Records Systems,
Computerized
Prenatal Care
Information Systems
Primary Health Care

Fonte de financiamento:

declaram não haver.

Parecer CEP:

768.734 (UFES), aprovado em 27/08/2014.

Conflito de interesses:

declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:

revisado por pares.

Recebido em: 10/09/2017.

Aprovado em: 15/12/2017.

Resumen

Objetivo: Evaluar las dimensiones de calidad de los datos de historias clínicas electrónicas de gestantes acompañadas en la Atención Primaria a la Salud de Vitória, Espírito Santo, y comparar su completitud por modelos de asistencia en salud (Unidades Básicas Tradicionales y Salud de la Familia con y sin Apoyo Matricial). **Métodos:** Estudio transversal, con un enfoque cuantitativo, de las dimensiones de calidad de la ficha clínica de prenatal de la historia clínica electrónica de gestantes del municipio de Vitória, Espírito Santo, Brasil, en el período del 1 de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2014. Se evaluaron: cobertura, no duplicidad, accesibilidad, oportunidad, claridad metodológica, completitud, consistencia y confiabilidad. **Resultados:** Excluidas las duplicidades de registro, se analizaron 690 historias clínicas. La cobertura prenatal, considerando el inicio del prenatal, fue del 80%. Incluso con la restricción de acceso, de oportunidad y la falta de claridad metodológica, la ficha clínica presentó consistencia y completitud excelentes en los campos de procedimientos obstétricos y exámenes de laboratorio. Las variables como raza materna, situación conyugal, planificación del embarazo y riesgo gestacional presentaron completitud mala, variando según modelo de asistencia en salud. La confiabilidad mostró desacuerdos con el Sistema de Información de los Nacidos Vivos. **Conclusión:** Hay potencial de la historia clínica electrónica como fuente de información epidemiológica sobre la asistencia prenatal. Sin embargo, su confiabilidad está perjudicada por la falta de integración de los datos con los demás niveles de atención y sistemas de información y su completitud es deficiente en algunos aspectos. Los datos sugieren que la presencia del Apoyo Matricial no influye significativamente en la completitud de la historia clínica. Mayor énfasis en el relleno de la historia clínica e integración con otros niveles de atención es necesario.

Palabras clave:

Sistemas de Registros
Médicos Computarizados
Atención Prenatal
Sistemas de Información
Atención Primaria de Salud

Introdução

A informação em saúde é um importante elemento para a avaliação da atenção em saúde como o acesso, qualidade e humanização dos serviços, e para o fortalecimento do controle social do Sistema Único de Saúde (SUS).¹

Segundo Andersen,² os registros das consultas revelam o acesso à assistência, entendido como a entrada dos usuários nos serviços de saúde e a continuidade do cuidado ofertado. No entanto, a falta de padronização e a incompletude dos registros nos prontuários da Atenção Básica demonstram suas fragilidades.³

Tentando minimizar essas fragilidades, a secretaria de saúde do município de Vitória, capital do Espírito Santo, implantou o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP),⁴ sistema único de armazenamento de dados dos pacientes, que são compartilhados de forma virtual entre todos os equipamentos de saúde da rede de Atenção Básica (unidades de saúde, pronto-atendimentos, centros de especialidades). Composto pelos formulários técnicos relativos aos diversos programas de saúde do governo federal, dentre eles a ficha clínica de pré-natal, o PEP pode ser considerado um importante instrumento de obtenção de informação sobre a qualidade da assistência pré-natal.

A ficha clínica de pré-natal, elaborada com base nas informações contidas no cartão da gestante e no Manual Técnico de Pré-natal do Ministério da Saúde,⁵ atendendo aos requisitos mínimos do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN),⁶ guia a assistência pré-natal e padroniza os registros em toda a rede básica de saúde do município, que adota como metodologia de gestão do cuidado o Apoio Matricial em Saúde da Mulher (AM).

O AM organiza o serviço e o processo de trabalho, assegura retaguarda técnico-pedagógica especializada às equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), contribuindo com a implementação de uma clínica ampliada e singular. Promove a saúde e a diversidade de ofertas terapêuticas, favorecendo a corresponsabilização entre as equipes e a horizontalização no nível comunicacional, aumentando a capacidade resolutiva das equipes no âmbito da saúde da mulher.⁷

Considerando a importância da boa qualidade da informação registrada na ficha clínica de pré-natal para a tomada de decisões e programação de ações de saúde, este estudo tem por objetivo avaliar as dimensões de qualidade dos dados do PEP (cobertura, não duplicidade, acessibilidade, oportunidade, clareza metodológica, completude, consistência e confiabilidade). Ao mesmo tempo, compara, especificamente, a completude dos registros por modelos de assistência em saúde do município de Vitória (unidades básicas de saúde, ESF com e sem AM).

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, de uma amostra representativa, previamente calculada e selecionada aleatoriamente de prontuários de gestantes cadastradas no Sistema de Informação de Pré-Natal (SISPRENATAL) e atendidas nas unidades de atenção básica de saúde de Vitória, Espírito Santo, entre janeiro de 2013 e dezembro de 2014, período correspondente aos dois primeiros anos de implantação do novo sistema de prontuário eletrônico do município.

Vitória, capital do Espírito Santo, integra a Região Metropolitana de Vitória. A rede municipal, composta por 30 unidades de saúde distribuídas nas nove regiões administrativas, atua em dois modelos assistenciais: 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 20 Unidades com Estratégia de Saúde da Família (ESF). Nas UBS, o atendimento pré-natal é prestado unicamente por especialistas em ginecologia e obstetrícia. Nas ESF, o atendimento está sob a responsabilidade das equipes de saúde da família, das quais 67,5% são acompanhadas e orientadas pelo AM, implantado no ano de 2009.

A população do estudo incluiu os PEP de todas as munições gestantes cadastradas no SISPRENATAL, nos anos de 2013 e 2014, totalizando 12.072 prontuários.

Foi realizado o cálculo de tamanho da amostra para estimar o percentual de não completude das variáveis do PEP. Considerando-se uma proporção de não resposta de 50%, erro amostral de 5,5%, nível de significância de 5% e efeito do desenho de 2 (para minimizar o efeito das correlações em um mesmo modelo de assistência), o tamanho mínimo da amostra foi calculado em 620 prontuários. Prevendo 30% de perdas, a amostra final foi definida em 794 prontuários. A seleção dos PEP foi proporcional aos modelos de assistência em saúde, utilizando-se sorteio aleatório do *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20.0 (SPSS Inc. Chicago, EUA).

Para avaliar a qualidade dos dados da ficha clínica de pré-natal do PEP, foram analisadas as dimensões cobertura, não duplicidade, acessibilidade, oportunidade, clareza metodológica, completude, consistência e confiabilidade, propostas por Lima et al.,⁸ definidas a seguir.

A cobertura corresponde ao grau em que estão registrados no sistema de informação os eventos do universo para o qual o sistema foi desenvolvido.

A não duplicidade é o grau em que cada evento do universo de abrangência do sistema é representado uma única vez.

Acessibilidade e oportunidade refletem, respectivamente, o grau de facilidade e rapidez na obtenção da informação, bem como a disponibilidade dos dados no local e o tempo para utilização de quem deles necessita.

A clareza metodológica refere-se ao grau no qual os manuais de preenchimento que acompanham o sistema de informação descrevem os dados sem ambiguidades, de forma sucinta, didática, completa e numa linguagem de fácil compreensão.

A completude se relaciona com o grau em que os registros de um sistema de informação possuem valores não nulos.

A consistência refere-se ao grau em que variáveis relacionadas possuem valores coerentes e não contraditórios.

A confiabilidade avalia o grau de concordância entre aferições distintas realizadas em condições similares.

Na análise de completude foram avaliados os campos da ficha clínica de pré-natal do PEP: sociodemográficos (idade materna, escolaridade materna, raça/cor materna, situação conjugal), obstétricos (número de filhos anteriores, planejamento da gravidez, risco gestacional), procedimentos obstétricos (registro de pressão arterial, peso materno, idade gestacional, altura uterina, batimentos cardíacos, movimentos fetais), laboratoriais de 1ª consulta (ABO-Rh, hemoglobina, hematócrito, VDRL, EAS, glicemia, HIV, sorologia de toxoplasmose), laboratoriais realizados em torno da 30ª semana (VDRL, EAS, glicemia, HIV, HBsAg), situação vacinal (imunização de tétano 1ª dose, 2ª dose, reforço, estado imune) e desfecho obstétrico (tipo de parto, local do parto, consulta puerperal).

O percentual de completude foi avaliado por modelo de assistência e baseou-se na classificação sugerida por Romero e Cunha,⁹ que, ao considerar a proporção de informação ignorada ou campos em branco, estabelece um escore a partir da incompletude com os seguintes graus de avaliação: preenchimento excelente (menor de 5%), bom (5 |--- 10%), regular (10 |--- 20%), ruim (20 |--- 50%) e muito ruim (50% ou mais). Foi realizado o teste Qui-quadrado de associação entre as variáveis do estudo e os modelos de assistência (UBS tradicional, ESF e ESF com AM).

Na análise de consistência, foi usado o coeficiente de correlação de Pearson, e foram considerados os procedimentos obstétricos realizados a cada consulta pré-natal.

Para avaliar a confiabilidade (concordância) dos dados, pareamos, pelo nome da mãe, os bancos do PEP e do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) do município, que incluiu 14.157 nascidos vivos nos anos de 2013 e 2014. Nessa fase do estudo, utilizou-se o cálculo de tamanho de amostra para estimar o coeficiente *Kappa* (programa Epidat, versão 3.0). Considerando estimar *Kappa* até 0,20, proporção estimada de valores desejados para os dois bancos de 50%, nível de significância de 5% e erro amostral de 0,1, o tamanho mínimo de amostra calculado foi de 369.

Na análise de confiabilidade (concordância), foram consideradas as variáveis: dados da mãe (escolaridade, idade, situação conjugal, raça/cor) e dados da gestação e parto (histórico gestacional; data da última menstruação – DUM; número de consultas de pré-natal, mês de início do pré-natal; tipo de parto). Os valores de *Kappa* foram interpretados conforme os seguintes critérios: concordância desprezível (<0,20); concordância mínima (0,20 a 0,40); concordância ruim (0,41 a 0,60); concordância boa (0,61 a 0,80), concordância excelente (0,81 a 1,00). As variáveis contínuas foram convertidas em variáveis categóricas. Para as análises de discordância, utilizou-se o teste não paramétrico de Mc Nemar. O nível de significância adotado foi de 5%.

O estudo foi previamente avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo nº 768.734/2014.

Resultados

Das 794 fichas clínicas de pré-natal do prontuário eletrônico das gestantes cadastradas no SISPRENATAL no período do estudo, foram analisadas 690 fichas. Entre os motivos das perdas, apresentadas na Figura 1, destaca-se a duplicidade de cadastro.

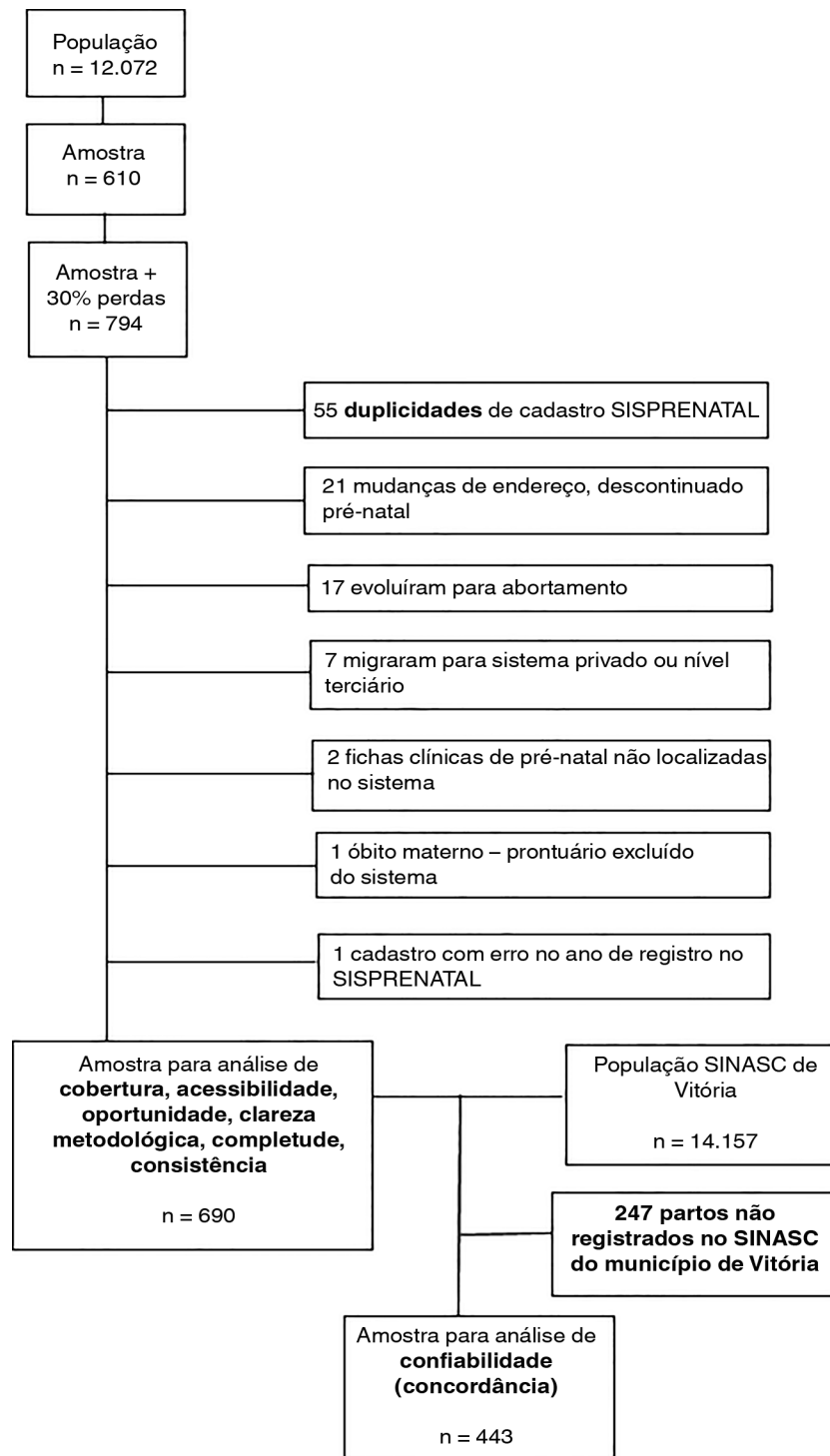


Figura 1. Fluxograma da população amostral.

Diferentes valores de cobertura de pré-natal foram encontrados de acordo com o sistema de informação utilizado. A Tabela 1 mostra as coberturas de pré-natal no município de Vitória calculadas pelo SISPRENATAL, SINASC e estimadas pela ficha clínica de pré-natal do PEP, no período de 1 de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2014.

Tabela 1. Cobertura pré-natal no município de Vitória no período de 1 de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2014, calculada por diferentes sistemas de informação.

Sistemas de informação	Método de cálculo	Cobertura pré-natal
SISPRENATAL e SINASC	Total da população SISPRENATAL (= 12.072)	85,3%
	Total de nascidos vivos SINASC (= 14.156)	
SISPRENATAL corrigido e SINASC	Total da população SISPRENATAL menos as perdas (= 10.490)	74,1%
	Total de nascidos vivos SINASC (= 14.156)	
Ficha Clínica Pré-Natal	7 ou mais consultas amostra SISPRENATAL (= 377)	54%
	Total amostra SISPRENATAL (= 690)	
SINASC	7 ou mais consultas (= 11.122)	80%
	Total SINASC ^a (= 13.928)	
Ficha Clínica Pré-Natal	Início pré-natal até 12 semanas amostra SISPRENATAL (= 554)	80%
	Total amostra SISPRENATAL (= 690)	
SINASC	Início pré-natal até 12 semanas (= 11.750)	86,6%
	Total SINASC ^b (= 13.570)	

^a total SINASC com a variável do numerador (7 ou mais consultas) preenchida; ^b total SINASC com a variável do numerador (início pré-natal até 12 semanas) preenchida.

Quando avaliadas as dimensões acessibilidade, oportunidade e clareza metodológica da ficha clínica de pré-natal, observamos que o acesso ao PEP é fácil e rápido, porém restrito aos profissionais de saúde cadastrados na Atenção Básica, não interligados com o nível terciário de atenção. Também não estão disponibilizados, por parte da gestão municipal, manuais de preenchimento com domínios de valores das variáveis, o que prejudica a clareza metodológica do PEP.

Em relação à completude da ficha clínica de pré-natal, as variáveis idade materna, pressão arterial, peso, altura uterina, idade gestacional, batimento cardíaco fetal, movimento fetal, exames laboratoriais de primeira consulta (ABO-Rh, hemoglobina, hematócrito, glicemia, VDRL, HIV e sorologia para toxoplasmose) e de 30^a semana de gestação (VDRL, HIV, glicemia, HBsAg e EAS) e situação vacinal para tétano (1^a dose, 2^a dose, reforço e imune) apresentaram excelente completude em todas as unidades de saúde, independentemente do modelo de assistência em saúde.

A Tabela 2 mostra as variáveis da ficha clínica de pré-natal que tiveram sua completude ruim e muito ruim, por grupos e modelos de assistência.

A comparação por modelos de assistência em saúde mostrou existir diferenças estatisticamente significantes para as variáveis raça/cor materna e risco gestacional (maior perda na ESF); situação conjugal e planejamento da gravidez (maior perda na ESF+AM); tipo e local de parto (maior perda em USB).

Desta forma, no conjunto, os dados de completude de todas as variáveis analisadas não apontam para uma superioridade explícita de um dos modelos de assistência considerados neste estudo no que diz respeito ao preenchimento correto da ficha clínica de pré-natal pela AB do município.

Tabela 2. Avaliação da dimensão completude, das variáveis da ficha pré-natal do prontuário eletrônico do paciente, segundo o modelo assistencial do município de Vitória, Espírito Santo, 2013-2014.

Variáveis	Ficha clínica com dados incompletos								Classificação de Romero Cunha*	p-valor
	Total (N= 690)	%	ESF+AM (N=311)	%	ESF (N=301)	%	UBS (N=78)	%		
Sociodemográficas										
- Escolaridade materna	263	38,1	115	37,0	112	37,2	36	46,2	ruim	0,2994
- Raça/cor materna	246	35,7	96	30,9	122	40,5	28	35,9	ruim	0,0444
- Situação conjugal	171	24,8	91	29,3	63	20,9	17	21,8	ruim	0,0475
Obstétricas										
- Planejamento da gravidez	275	39,9	153	49,2	97	32,2	25	32,1	ruim	0,0001
- Risco gestacional	245	35,5	75	24,1	138	45,8	32	41,0	ruim	0,0001
Desfecho obstétrico										
- Tipo de parto	413	59,7	166	53,4	188	62,5	58	74,4	muito ruim	0,0012
- Local do parto	421	60,9	172	55,3	191	63,5	57	73,1	muito ruim	0,0076

* Classificação de Romero e Cunha: excelente (menor de 5%); bom (5 |--10%); regular (10 |--20%); ruim (20 |--50%); muito ruim (50% ou mais). ESF + AM: Estratégia de Saúde da Família com Apoio Matricial em Saúde da Mulher; ESF: Estratégia de Saúde da Família; UBS: Unidade Básica de Saúde.

A consistência da ficha clínica foi analisada a partir da correlação entre o número de consultas pré-natais registradas e a realização, a cada consulta, dos procedimentos obstétricos recomendados pelo Manual Técnico de Pré-Natal do Ministério da Saúde. Observa-se uma forte correlação entre todas as variáveis analisadas ($p > 0,7$; $p = 0,001$).

Na análise de confiabilidade (Tabela 3), feita com base nas 443 gestantes comuns aos bancos pareados (PEP e SINASC), as variáveis escolaridade materna, número de consultas realizadas e mês de início do pré-natal apresentaram discordância no sentido de ter mais escolaridade, maior número de consultas realizadas e início mais precoce do pré-natal na base do SINASC. Em relação ao número de filhos anteriores, a discordância foi no sentido da ficha clínica registrar maior paridade que o SINASC.

Discussão

No cenário nacional, o município de Vitória é um dos pioneiros na informatização plena da Atenção Básica e a implantação do PEP pode ser considerada etapa fundamental para que o município alcançasse resultados expressivos na avaliação do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) no ano de 2012.¹⁰ Embora em pleno funcionamento, o PEP ainda está sujeito a constantes aprimoramentos que podem ser melhor definidos a partir de avaliações periódicas e sistematizadas das dimensões de qualidade de suas informações.

Nesse contexto, observamos que o PEP tem potencial de ser uma importante fonte de informação em saúde, essencial não somente na mensuração da oferta e da qualidade dos serviços de saúde, mas também na tomada de decisões por parte dos profissionais que a utilizam, na medida em que norteia o cuidado, independentemente do modelo de assistência vigente no município. Para tal, eventuais falhas detectadas nesse estudo, relacionadas às dimensões analisadas, inerentes ao PEP e aos usuários deste, desde que corrigidas, otimizariam o desempenho do instrumento de registro.

Tabela 3. Avaliação da confiabilidade das variáveis da ficha clínica pré-natal do PEP com o SINASC do município de Vitória, Espírito Santo, 2013-2014.

Ficha clínica pré-natal (PEP)	SINASC			Kappa	p-valor	McNemar	
Escolaridade mãe	até 8 anos	9 anos e mais	Total	0,360	0,001	0,001	
até 8 anos	49 (18%)	63 (23%)	112 (40%)				
9 anos e mais	17 (6%)	150 (54%)	167 (60%)				
Total	66 (24%)	213 (76%)	279 (100%)				
Estado conjugal	com companheiro	sem companheiro	Total	0,150	0,001	0,001	
vive com companheiro	80 (24%)	151 (45%)	231 (70%)				
não vive com companheiro	14 (4%)	87 (26%)	101 (30%)				
Total	94 (28%)	238 (72%)	332 (100%)				
Tempo entre última menstruação e primeira consulta	até 3 meses	4 meses e mais	Total	0,335	0,001	0,078	
até 3 meses	314 (73%)	33 (8%)	347 (81%)				
4 meses e mais	50 (12%)	34 (8%)	84 (19%)				
Total	364 (84%)	67 (16%)	431 (100%)				
Parto	vaginal	cesária	Total	0,632	0,001	0,175	
vaginal normal	64 (33%)	22 (11%)	86 (44%)				
cesária	13 (7%)	96 (49%)	109 (56%)				
Total	77 (39%)	118 (61%)	195 (100%)				
Faixa etária	até 21 anos	22 a 35 anos	36 e mais	Total	0,614	0,001	0,001
até 21 anos	107 (24%)	13 (3%)	3 (1%)	123 (28%)			
22 a 35 anos	43 (10%)	226 (51%)	11 (2%)	280 (63%)			
36 e mais	4 (1%)	17 (4%)	19 (4%)	40 (9%)			
Total	154 (35%)	256 (58%)	33 (7%)	443 (100%)			
Raça cor	branca	preta	parda	Total	0,117	0,002	0,001
branca	10 (3%)	0 (0%)	41 (14%)	51 (18%)			
preto	7 (2%)	7 (2%)	45 (15%)	59 (20%)			
parda	17 (6%)	5 (2%)	159 (55%)	181 (62%)			
Total	34 (12%)	12 (4%)	245 (84%)	291 (100%)			
Número filhos anteriores	0	1 ou 2	3 ou mais	Total	0,513	0,001	0,001
0	104 (23%)	16 (4%)	3 (1%)	123 (28%)			
1 ou 2	65 (15%)	150 (34%)	11 (2%)	226 (51%)			
3 ou mais	14 (3%)	27 (6%)	53 (12%)	94 (21%)			
Total	183 (41%)	193 (44%)	67 (15%)	443 (100%)			
Número consultas pré-natal	1 consulta	2 a 6	7 ou mais	Total	0,332	0,001	0,001
1 consulta	1 (0%)	6 (1%)	11 (2%)	18 (4%)			
2 a 6 consultas	2 (0%)	68 (15%)	89 (20%)	159 (36%)			
7 e mais	2 (0%)	26 (6%)	236 (54%)	264 (60%)			
Total	5 (1%)	100 (23%)	336 (76%)	441 (100%)			

As perdas observadas ao longo do estudo, provavelmente, não prejudicaram a análise. Considerando que as situações de perda envolveram principalmente duplicidade de cadastro e descontinuidade do cuidado por mudança de endereço, migração para o sistema de saúde complementar ou nível terciário de atenção, se incluídas no estudo poderiam superestimar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, interferindo em um dos principais propósitos do sistema de informação, que é o fornecimento de indicadores para planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas por meio do PHPN, sem contar com a influência direta no incentivo financeiro ao município.¹¹

A cobertura pré-natal no município de Vitória calculada a partir dos dados do banco nacional do SISPRENATAL, no período estudado, superou a meta de cadastro de 70% das gestantes estabelecida pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ).¹² Vitória aderiu ao PHPN em 2001 e pode ter atingido esse nível de cobertura pré-natal em virtude não só do tempo de adesão ao programa, como ocorreu com o município de São Carlos,¹³ mas também pelo aprimoramento dos registros da assistência com a implantação do PEP.

Uma limitação importante que deve ser destacada referente ao cálculo de cobertura pelo SISPRENATAL é a inclusão, nas estatísticas, de todas as gestantes cadastradas, mesmo que tenham realizado uma única consulta pré-natal.¹⁴

Quando calculamos a cobertura pré-natal a partir dos dados do PEP, tendo como base os indicadores de processo do PHPN (número de consultas e mês de início do pré-natal) tornamos a análise mais criteriosa e qualificada, o que justifica sua menor cobertura, e impede que o PEP tenha a mesma limitação do SISPRENATAL. Ao mesmo tempo, como todas as fichas de acompanhamento pré-natal das munições de Vitória são automaticamente contabilizadas pelo próprio PEP, inviabiliza a interpretação de que sua baixa cobertura está relacionada a sub-registro do sistema. Por outro lado, a cobertura pré-natal superestimada observada nesse estudo a partir do SINASC pode ser explicada pelo viés de informação sobre os indicadores de processo analisados.¹⁵

As vantagens advindas da utilização do PEP nos serviços de saúde, tais como legibilidade das informações, conhecimento do fluxo do paciente entre os serviços disponíveis na rede municipal e atualização instantânea das informações registradas,¹⁶ ainda são suplantadas pela restrição de acessibilidade e oportunidade dos dados aos profissionais da rede básica de saúde, no caso de Vitória. Embora possa ser entendido como um mecanismo de defesa contra extravio de conteúdo físico, a indisponibilidade de acesso remoto dos dados pelo nível terciário de atenção ainda favorece a utilização do cartão da gestante como principal fonte de informação entre a assistência pré-natal e a maternidade.

Estudos recentes relatam que o preenchimento das informações nos cartões de pré-natal dos serviços da Região Metropolitana de Vitória, além de ruim¹⁷ é discordante em relação aos registros em prontuários impressos.¹⁸ Portanto, o acesso remoto ao PEP evitaria incongruências, sem afastar a necessidade de melhorar a qualidade do preenchimento do cartão da gestante, visto que muitas podem migrar para outros municípios/estados ou rede particular que não utilizam o PEP.

Segundo Silva et al.,¹⁹ deve-se avançar na qualidade das informações geradas, tornando-se necessário que os gestores reconheçam a importância da alimentação dos dados no sistema e deem condições e estímulo aos profissionais de saúde atuantes no pré-natal para executarem tal empreitada. A completude da maioria dos dados da ficha clínica de pré-natal e a consistência observada entre o número total de consultas e a realização dos procedimentos obstétricos preconizados são reflexos diretos do processo de trabalho das unidades de saúde de Vitória e da apropriação e o domínio do instrumento pelos profissionais médicos e enfermeiros responsáveis pela assistência pré-natal no município, reforçando que a informatização da saúde com a implantação do PEP assumiu função facilitadora, contribuindo com a qualificação do cuidado.

O condicionamento do registro de dados clínico-laboratoriais imposto pelo PEP para a adequada conclusão do atendimento pré-natal também justifica sua completude e consistência. Embora isso seja um sinal de qualidade, esse estudo se restringiu em saber se o dado estava registrado, independentemente de estar bem preenchido. Não é incomum o mau preenchimento das fichas, mesmo quando determinados dados são obrigatórios para seu encerramento.

Quando analisadas por modelos de assistência em saúde, as diferenças estatisticamente significantes observadas no preenchimento das variáveis escolaridade materna, situação conjugal, raça/cor, planejamento da gravidez, risco gestacional, tipo de parto e local do parto não indicam uma diferença significativa em direção a um modelo específico, embora algumas justificativas para os achados possam ser aventadas: pela ausência de sistematização das UBS no fechamento do SISPRENATAL ao se registrar o tipo de parto e local de parto; pela falta de experiência dos profissionais da ESF sem AM em definir o risco gestacional; e pequeno apoio do AM ao ato de preencher as fichas clínicas pelas equipes de saúde, o que pode estar relacionado ao papel estritamente técnico do AM na educação permanente dos profissionais. Além disso, estes achados podem estar relacionados ao fato de o pré-natal do município ter encontrado bons resultados globais e de que tais insuficiências do preenchimento das fichas não serem sensíveis à atuação específica do AM.

Esses achados sinalizam a necessidade de ampliação do escopo pedagógico do AM, maior sensibilização dos médicos em relação ao preenchimento correto do PEP e melhor treinamento dos mesmos. Nesse ponto, infelizmente, o PEP incorre nos mesmos problemas dos demais sistemas de registro, com falta de manual de esclarecimento de preenchimento e treinamento antes de ser colocado em execução, o que pode e deve ser corrigido. Não há na literatura pesquisas avaliativas que descrevem a completude do PEP considerando o AM no modelo de assistência em saúde.

Os resultados da análise de confiabilidade dos dados consideraram o pareamento das informações contidas no PEP com as informações do SINASC do município de Vitória. Os partos das munições que ocorreram em outras cidades, por não estarem registrados no SINASC de Vitória, não puderam ser pareados, e suas exclusões não invalidaram o estudo. As discordâncias observadas na dimensão confiabilidade evidenciam limitações metodológicas próprias a cada um dos sistemas de informação estudado.

As discordâncias relativas aos campos raça/cor e situação conjugal indicam possíveis interpretações equivocadas ou contraditórias das gestantes e puérperas ao serem questionadas no momento do registro, considerando que tais características são autorreferidas,²⁰ tanto no PEP quanto no SINASC. Também deve-se considerar que problemas de respostas das gestantes podem ser influenciados pela forma e ambiente onde foi feita a pergunta e o não respeito à informação dada por quem está preenchendo a ficha.

O maior número de consultas realizadas e o início do pré-natal mais precoce registrados pelo SINASC são explicados por Santos Neto et al.¹⁷ pelo viés de memória materna que superestima a informação. Já a discordância na escolaridade materna, com o SINASC demonstrando maior grau de instrução materna, explica-se também pelo viés de informação, pela faixa etária da gestante e pela falta de atualização desse dado no PEP ao longo do pré-natal, considerando ser esse um dado importado de forma automatizada para a ficha clínica a partir do cadastro das famílias no momento da primeira consulta. A gestante pode ter avançado no grau de escolaridade ao longo do período gravídico.

Confusão conceitual entre número de gestações anteriores e número de partos anteriores²¹ justificam a concordância ruim no dado referente ao histórico gestacional (paridade), o que pode ser facilmente evitado com a utilização de um manual de orientação de preenchimento da ficha clínica do PEP e intervenção do apoiador matricial junto às equipes de saúde.

As maiores concordâncias encontradas entre os bancos analisados, idade materna e tipo de parto confirmam os achados de Almeida et al.²² e se devem, respectivamente, à utilização da data de nascimento da mãe para o cálculo da idade materna por ambos os sistemas de informação,²¹ e pela cópia da declaração de nascidos vivos ser enviada às unidades de saúde do município antes mesmo do fechamento do SISPRENATAL, tempo suficiente para que a equipe se aproprie da informação e retroalimente a ficha clínica do PEP.

Não foi possível avaliar a confiabilidade do SINASC em relação à data da última menstruação, pois o dado teve alto percentual (79%) de campo não preenchido. O mesmo ocorreu com os dados escolaridade materna, situação conjugal, raça/cor, planejamento da gravidez, risco gestacional, tipo de parto e local do parto quando da análise de completude do PEP, o que reflete ainda falta de cuidado e de importância dada à informação pelo profissional responsável pelo seu preenchimento nos sistemas estudados.²³

Conclusão

O presente estudo evidencia a potencialidade da ficha clínica de pré-natal do PEP como fonte de informação epidemiológica da assistência pré-natal ofertada no município de Vitória, especialmente quando analisada sua cobertura e a consistência dos dados nela registrados.

Por outro lado, ao incluir uma amostra de gestantes cadastradas durante os dois primeiros anos de implantação do PEP como novo sistema de armazenamento de dados da assistência pré-natal da Atenção Primária à Saúde de Vitória, as dimensões de qualidade acessibilidade, oportunidade, clareza metodológica e completude ainda demonstram importantes fragilidades inerentes ao próprio sistema de registro, aos profissionais que o utilizam, aos modelos de assistência em saúde e seus processos de trabalho.

A impossibilidade de avaliar a veracidade das informações, a ausência de um manual de preenchimento do PEP, a falta de uma interface com as bases de dados nacionais e a sua não integração com todos os níveis de atenção à saúde da Região Metropolitana de Vitória são algumas das limitações desse novo sistema de informação e, conseqüentemente, do estudo.

Desta forma, esse trabalho contribui ao reforçar a necessidade de treinamento e capacitações periódicas dos profissionais para um adequado manuseio do sistema de informação local, que sofre ajustes periodicamente, sem orientações prévias da gestão e do departamento de informática da Secretaria Municipal de Saúde, assim prejudicando a confiabilidade da informação quando comparada com outro

banco de dados, independentemente do modelo de assistência em saúde adotado. O apoio matricial, como metodologia de gestão do cuidado, deve ser ampliado em seu escopo pedagógico para que o processo de educação continuada das equipes de saúde possibilite uma melhoria na emissão das informações, minimizando as diferenças.

Como desdobramento desse estudo, torna-se imperativo que os achados sejam levados e discutidos com profissionais da rede municipal de saúde e com seus gestores visando melhoria da qualidade do preenchimento adequado dos dados e sensibilização da importância desses para as intervenções.

Referências

1. White KL. Information for health care: an epidemiological perspective. *Inquiry*. 1980;17(4):296-312.
2. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*. 1995;36(1):1-10.
3. Oba MDV, Tavares MSG. A precariedade dos registros de assistência pré-natal em uma unidade básica de saúde no município de Ribeirão Preto. *Rev Latino Am Enferm*. 1998;6(1):53-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11691998000100008>
4. Prefeitura Municipal de Vitória. Lei Nº 8.601 de 23 de dezembro de 2013. Dispõe sobre o Sistema Rede Bem Estar, a certificação dos registros e dá outras providências. Vitória: Diário Oficial; 2014.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada. Manual Técnico/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Humanização do Parto. Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN). Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
7. Bezerra E, Dimenstein M. CAPS and networking: constructing matricial support in basic health care. *Psicol Ciênc Prof*. 2008;28(3):632-45. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932008000300015>
8. Lima CRA, Schramm JMA, Coeli CM, Silva MEM. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(10):2095-109. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001000002>
9. Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). *Cad Saúde Pública*. 2006;22(3):673-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000300022>
10. Brasil. Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Índice de Desempenho do SUS (IDSUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [acessado 2016 Jun 19]. Disponível em: <http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/indicadores/idsus1.asp>
11. Brasil. Ministério da Saúde/Departamento de Informática do SUS/DATASUS. SISPRENATAL - Sistema de Acompanhamento da Gestante. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. [acessado 2016 Jun 5]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/sisprenatal>
12. Prefeitura de Vitória. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade do Serviço de Saúde do Município de Vitória - PMAQ-Vitória. Vitória; 2012. [acessado 2016 Jun 27]. Disponível em: http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20121009_instrutivo_pmaq_vitoria.pdf
13. Andreucci CB, Cecatti JG, Macchetti CE, Sousa MH. Sisprenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(5):854-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000064>
14. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Nogueira da Gama SG, Theme Filha MM, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(Suppl.1):S85-100. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013>
15. Pedraza DF. Qualidade do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc): análise crítica da literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(10):2729-37. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000021>
16. Panitz LM. Registro eletrônico de saúde e produção de informações da atenção à saúde no SUS [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2014.

17. Santos Neto ET, Leal MC, Oliveira AE, Zandonade E, Nogueira da Gama SG. Concordância entre informações do Cartão da Gestante e da memória materna sobre assistência pré-natal. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(2):256-66. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200005>
18. Pogliani RBS, Santos Neto ET, Zandonade E. Informações dos cartões de gestantes e dos prontuários da atenção básica sobre assistência pré-natal. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014;36(6):269-75. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-720320140004907>
19. Silva DSB, Araujo LROS, Silva AOB, Santos IMM. Pré-natal através do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. *Enferm Obstet*. 2014;1(3):81-5.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
21. Mello-Jorge MHP, Gottlieb SLD, Soboll MLMS, Almeida MF, Oliveira H. Avaliação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos: primeira avaliação dos dados brasileiros. *Rev Saúde Pública*. 1993;27Suppl:1-45.
22. Almeida MF, Alencar GP, França I Jr, Novaes HMD, Siqueira AAF, Schoeps D, et al. Validade das informações das declarações de nascidos vivos com base em estudo de caso-controle. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(3):643-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000300019>
23. Costa JMBS, Frias PG. Avaliação da completude das variáveis da Declaração de Nascido Vivo de residentes em Pernambuco, Brasil, 1996 a 2005. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(3):613-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000300016>

^a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Vitória, ES, Brasil.
gustavo.ruschi@gmail.com (*Autor correspondente*); fernanda.ferraoa@gmail.com;
elianazandonade@uol.com.br; amiranda.ufes@gmail.com

Adequação da prescrição de medicamentos na Atenção Primária à Saúde de Ribeirão Preto-SP: estudo transversal

Adequacy of drug prescriptions in the Primary Health Care of Ribeirão Preto-SP: a cross-sectional study

Adecuación de las prescripciones de medicamentos en la Atención Primaria de Salud de Ribeirão Preto-SP: estudio transversal

Maria Olívia Barboza Zanetti, Juliana Maldonado Marchetti, Regina Célia Garcia de Andrade

Resumo

Objetivo: Este estudo transversal visa analisar comparativamente as prescrições de medicamentos provenientes da atenção básica tradicional (Unidades Básicas de Saúde - UBS) com as da Estratégia de Saúde da Família (ESF). **Métodos:** Foram incluídas 1053 prescrições, alocadas em dois grupos: 932 provenientes de UBS e 121 da ESF. Tais prescrições foram analisadas de acordo com a adequação aos itens legalmente exigidos e aos indicadores de qualidade (presença de antimicrobianos, presença de injetáveis, uso da denominação oficial, uso da relação de medicamentos essenciais, média de medicamentos prescritos). **Resultados:** As prescrições da ESF se mostraram estatisticamente mais completas quanto à presença do endereço do prescritor (82,6% UBS, 96,7% ESF), à ausência de rasuras (90,3% UBS, 96,7% ESF) e ao cumprimento dos aspectos legais exigidos referentes ao uso do medicamento, sendo eles: forma farmacêutica (70,7% UBS, 80,2% ESF), dose (70,9% UBS, 79,3% ESF), posologia (63,0% UBS, 75,2% ESF), via de administração (58,3% UBS, 83,5% ESF) e duração do tratamento (76,9% UBS, 92,6% ESF). Os resultados dos indicadores de qualidade da prescrição se aproximaram nos dois modelos de atenção básica e estão de acordo com os valores recomendados, com exceção da média de medicamentos prescritos, a qual evidenciou uma tendência à polifarmácia no município (3,9 medicamentos por prescrição na UBS e 3,5 na ESF). **Conclusão:** Apesar dos resultados revelarem práticas inapropriadas na prescrição de medicamentos na Atenção Primária como um todo, há evidências de que as prescrições da ESF estão mais próximas ao padrão ideal, o que pode favorecer o Uso Racional de Medicamentos.

Abstract

Objective: This cross-sectional study aims to comparatively analyze drug prescriptions from the traditional basic health care service (Basic Health Units - BHU) with those from Family Health Strategy (FHS). **Methods:** A total of 1053 prescriptions were included, allocated in two groups: 932 from BHU and 121 from FHS. These prescriptions were analyzed according with compliance to legally required items and quality indicators (presence of antimicrobials, presence of injectable, use of the official name, use of the list of essential drugs, average of drugs prescribed). **Results:** The ESF prescriptions were more complete regarding the presence of the prescriber's address (82.6% BHU, 96.7% FHS), the absence of erasures and overwritten words (90.3% BHU, 96.7% FHS) and with compliance to legally required items related to use of drugs, being: pharmaceutical form (70.7% BHU, 80.2% FHS), dose (70.9% BHU, 79.3% FHS), posology (63.0% BHU, 75.2% FHS), administration route (58.3% BHU, 83.5% FHS) and time of therapy (76.9% BHU, 92.6% FHS). The results of the indicators of quality of prescription are approximated in both models of basic attention and according to the recommended values, with the exception of the average of drugs prescribed, which showed a tendency to polypharmacy at county (3.9 drugs per prescription at the BHU and 3.5 at the FHS). **Conclusion:** although the results reveal inappropriate practices in drug prescription at Primary Health Care services as a whole, there are evidence that prescriptions from FHS are closer to the ideal pattern, which may favor the Rational Use of Drugs.

Como citar: Zanetti MOB, Marchetti JM, Andrade RCG. Adequação da prescrição de medicamentos na Atenção Primária à Saúde de Ribeirão Preto-SP: estudo transversal. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-11. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1443](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1443)

Palavras-chave:

Atenção Primária à Saúde
Estratégia Saúde da Família
Prescrições de Medicamentos

Keywords:

Primary Health Care
Family Health Strategy
Drug Prescriptions

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
CEP/FCFRP nº. 342
(FCFRP/USP), aprovado em
16/06/2014.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.
Recebido em: 04/01/2017.
Aprovado em: 12/01/2018.

Resumen

Objetivo: Este estudio transversal tuvo como objetivo comparar prescripciones médicas de la atención primaria tradicional (Unidades Básicas de Salud - UBS) con las de la Estrategia de Salud Familiar (ESF). **Métodos:** Se incluyeron 1053 prescripciones, divididas en dos grupos: 932 de la UBS y 121 de la ESF. Estas prescripciones se analizaron de acuerdo con la adecuación de los ítems legalmente requeridos y a los indicadores de calidad (presencia de antimicrobianos, presencia de inyectables, uso de la denominación oficial, uso de la relación de medicamentos esenciales, número medio de los medicamentos prescritos). **Resultados:** Las prescripciones de la ESF eran estadísticamente más completas debido a la presencia de la dirección del prescriptor (82,6% UBS, 96,7% ESF), en la ausencia de tachaduras (90,3% UBS, 96,7% ESF) y en el cumplimiento de los aspectos legales requeridos referentes al uso del medicamento, siendo ellos: forma farmacéutica (70,7% UBS, 80,2% ESF), dosis (70,9% UBS, 79,3% ESF), posología (63,0% UBS, 75,2% ESF), vía de administración (58,3% UBS, 83,5% ESF) y duración del tratamiento (76,9% UBS, 92,6% ESF). Los resultados de los indicadores de calidad de la prescripción fueron similares en los dos modelos de atención primaria y están de acuerdo con los valores recomendados, excepto el número medio de los medicamentos prescritos, que mostró una tendencia a la polifarmacia en el municipio (3,9 medicamentos por prescripción en la UBS y 3,5 en la ESF). **Conclusión:** Aunque los resultados indican prácticas inadecuadas en la prescripción de medicamentos en atención primaria en general, existen evidencias de que las prescripciones de la ESF son más cercanas a los estándares, lo que puede favorecer el Uso Racional de Medicamentos.

Palabras clave:

Atención Primaria de Salud
Estrategia de Salud Familiar
Prescripciones de
Medicamentos

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é definida como a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS) e como a ordenadora das práticas de atenção,¹ embora ainda não tenha superado totalmente um modelo assistencial focado nas doenças que desconsidera o paciente como um ser integral que está inserido em um contexto familiar e sociodemográfico.² Neste cenário, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi implantada com o intuito de reorganizar o funcionamento da APS, em busca de universalidade, integralidade e equidade.^{1,3} No país, a organização da APS é variável, sendo possível identificar no SUS dois modelos principais: atendimentos realizados conforme uma APS entendida como tradicional em Unidades Básicas de Saúde (UBS/UBDS); e atendimentos realizados de acordo com as diretrizes da ESF em Unidades de Saúde da Família (USF).

A proposta da ESF é reorganizar as condutas tradicionais da APS, de modo que a equipe de saúde passe a enxergar o usuário do sistema de modo integral, tendo a família como sua unidade de atuação e objetivo de atenção, reconhecendo os determinantes sociais que atuam sobre ela, comprometendo-se com a prevenção de doenças e com solução dos problemas de saúde da comunidade e realizando atividades de educação permanente em saúde.²⁻⁵ A ESF também se propõe a incorporar conceitos e práticas transformadoras, englobando a política nacional de medicamentos e, conseqüentemente, comprometendo-se com a promoção do uso racional de medicamentos (URM).⁵ Desta forma, se bem estruturada, a ESF pode ser um importante meio para que o URM se faça uma realidade.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), “o uso racional de medicamentos requer que os pacientes recebam medicamentos apropriados para sua situação clínica, nas doses que satisfaçam as necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo possível para eles e sua comunidade”.⁶ Portanto, a prescrição médica é um componente crucial para que ocorra o URM.

A política nacional de medicamentos considera os problemas de prescrição grandes obstáculos para o URM, pois a carência de informações importantes na prescrição pode favorecer o aparecimento de tratamentos ineficazes e prejuízos terapêuticos.^{5,7} No Brasil existem normatizações que visam regulamentar as informações contidas nas receitas, de modo a prevenir erros e fornecer valor jurídico

ao documento.⁸ Entretanto, dentre as incontáveis prescrições de medicamentos elaboradas anualmente no SUS, grande parte não contém os requisitos legais mínimos exigidos.⁹ A análise de conformidade da prescrição com os determinantes exigidos por lei e com indicadores de qualidade colabora para uma análise introdutória da qualidade do tratamento, posto que revela erros que podem comprometer a sua segurança e efetividade.¹⁰⁻¹²

No cenário da APS, a ESF vem recebendo destaque e mostrando melhores resultados,^{4,13-16} no entanto, ainda não há estudos que analisem a prática da prescrição médica nesta estratégia. O projeto de transformar a atenção básica em um sistema centrado no usuário deve ter uma abordagem diferenciada também em relação ao processo de prescrição de medicamentos, tendo como propósito o URM.

O objetivo do presente estudo foi analisar comparativamente as prescrições de medicamentos provenientes da atenção básica tradicional com aquelas providas da ESF, por meio da investigação da adequação das prescrições aos requisitos exigidos pela Lei nº 5.991/73 e do cálculo dos indicadores de qualidade de prescrição propostos pela OMS.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal realizado em Ribeirão Preto-SP, no período de setembro de 2014 a abril de 2015.

No início da coleta de dados desta pesquisa, a rede de atenção à saúde de Ribeirão Preto-SP contava com 41 estabelecimentos de APS em funcionamento, distribuídos por cinco Distritos de Saúde, sendo 28 UBS e 13 USF, com um total de 30 Equipes de Saúde da Família. O município ainda contava com 38 farmácias vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde, proporcionando aos munícipes o acesso aos medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica contidos na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), que disponibilizava mais de 350 itens.¹⁷

O tamanho amostral foi obtido considerando um plano estratificado. As Unidades de Saúde de Ribeirão Preto-SP foram agrupadas em oito estratos, de acordo com o Distrito de Saúde em que se localizam e com o modelo de atenção básica oferecido (UBS ou ESF). Considerou-se um coeficiente de confiança de 95% e uma precisão absoluta de 3% para a estimativa de proporção. Para maximização da variância, tal proporção foi considerada igual a 50% em cada estrato, resultando em um tamanho amostral de 1.052 prescrições.

A alocação da amostra foi proporcional à média de consultas médicas/mês de cada estrato, totalizando 931 prescrições provenientes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 121 da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Duas Unidades de Saúde de cada estrato foram sorteadas para a coleta das prescrições. As UBS que contavam com equipes de agentes comunitários foram excluídas do sorteio por caracterizarem uma transição entre os modelos de atenção básica.

Foram incluídos no estudo usuários da APS com idade igual ou acima de 18 anos e que receberam uma prescrição emitida pelo médico de pelo menos um medicamento. Excluíram-se os indivíduos que não eram capazes de se comunicar adequadamente. Quando o usuário concordava em participar da pesquisa, era fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por meio do qual se formalizou a inclusão de todos os participantes, que autorizaram que sua prescrição fosse copiada.

A análise do conteúdo das prescrições foi embasada nos critérios pré-estabelecidos pela Lei nº 5.991/73,⁸ sendo eles: estar legivelmente escrito em português e à tinta; apresentar o nome e endereço do usuário; utilizar a nomenclatura oficial do medicamento; conter forma farmacêutica, dose, quantidade total de medicamento a ser dispensado, posologia completa, via de administração e duração do tratamento; exibir a data de emissão; exibir nome, endereço, número de inscrição no conselho profissional e assinatura do prescritor. Verificou-se também a presença dos itens vedados, que podem induzir a erros, sendo eles: rasuras ou emendas e escrita abreviada. A posologia foi julgada como completa quando a prescrição apresentava informações de horário de tomada do medicamento e informações adicionais fundamentais para o URM (ex.: uso do medicamento com alimentos ou em jejum, dissolução em água, entre outros).

A avaliação da legibilidade de uma prescrição pode ser muito subjetiva e variar conforme a experiência do avaliador. Na tentativa de estabelecer um padrão mais homogêneo, adotou-se a classificação de legibilidade de Rosa et al.¹⁸ Cada palavra foi examinada e avaliada separadamente, de forma a evitar deduções pelo contexto, e as prescrições foram classificadas em legíveis, pouco legíveis ou ilegíveis.¹⁸

Considerou-se que o medicamento foi prescrito pela nomenclatura oficial quando era utilizada a Denominação Comum Brasileira (DCB) e, nos casos omissos, a Denominação Comum Internacional (DCI).

As prescrições de medicamentos ainda foram classificadas de acordo com o tipo de redação:

- Manuais: elaboradas manualmente pelo prescritor, a possibilidade de apresentarem itens omissos ou de serem ilegíveis é maior;
- Eletrônicas: digitadas pelo prescritor por meio de um sistema computadorizado, diminui dificuldades de leitura e ocorrência de erros;
- Mistas: uma parte é digitada e a outra parte é escrita manualmente pelo prescritor.¹⁹

Para a realização do cálculo dos indicadores de qualidade recomendados pela OMS, tomou-se como base o manual "*How to investigate drug use in health facilities*",^{12,20} conforme descrito a seguir:

- Número médio de medicamentos por prescrição = total de medicamentos prescritos/total de prescrições no período.
- Porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome oficial = total de medicamentos com nome oficial/total de medicamentos, multiplicando-se por 100.
- Porcentagem de prescrições em que se prescrevem antimicrobianos = prescrições em que foi prescrito pelo menos um antimicrobiano/total de prescrições, multiplicando-se por 100.
- Porcentagem de prescrições em que se prescrevem injetáveis = prescrições em que foi prescrito ao menos um injetável/total de prescrições, multiplicando-se por 100.
- Porcentagem de medicamentos prescritos que pertencem à Lista de Medicamentos Essenciais = total de medicamentos prescritos que figuram na lista/total de medicamentos prescritos, multiplicando-se por 100.

Adotou-se a REMUME vigente em 2014 como Lista de Medicamentos Essenciais. O uso concomitante de cinco ou mais medicamentos foi caracterizado como polifarmácia.²¹

As análises estatísticas foram realizadas por meio do programa *Statistical Analysis System (SAS)*, considerando o nível de significância $\alpha=0,05$ e o intervalo de confiança=95%. A condução do estudo foi aprovada, em 17 de junho de 2014, com parecer registrado no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CAAE nº 28445914.1.0000.5403).

Resultados

No que se refere ao tipo de redação, 53% (n=558) do total de prescrições coletadas eram eletrônicas. Este valor é correspondente a 54,3% (n=506) das prescrições de UBS e 43% (n=52) das de ESF. Nenhuma prescrição eletrônica foi considerada ilegível ou pouco legível. As prescrições manuais equivalem a 41,1% (n=433) do total, perfazendo 39,4% (n=367) das prescrições de UBS e 54,5% (n=66) das de ESF. Três prescrições manuais de UBS foram escritas a lápis. O percentual restante (5,9%, n=62) é referente ao tipo mista, sendo correspondente a 6,3% (n=59) das prescrições de UBS e 2,5% (n=3) das de ESF.

Em relação ao índice de legibilidade, 3,6% (n=38) do total de prescrições foram classificadas como ilegíveis, sendo todas provindas de UBS. Nenhuma prescrição de ESF foi considerada ilegível, entretanto, 21,5% (n= 26) foram classificadas como pouco legíveis. Esta frequência foi de 10,2% (n=95) nas prescrições de UBS.

Para o tratamento estatístico dos resultados, realizou-se testes exato de *Fisher*, visando verificar a relação das variáveis com o tipo de atendimento (UBS ou ESF) (Tabela 1). Com base nos valores *p* obtidos, conclui-se que há evidências de que as variáveis “forma farmacêutica”, “dose”, “posologia completa”, “via de administração”, “duração do tratamento”, “endereço do prescriptor” e não apresentar “rasuras ou emendas” são mais completas nas prescrições de ESF. Entretanto, também há evidências de que os prescritores de UBS são mais aderentes ao modelo de prescrição eletrônica.

Tabela 1. Comparação entre o conteúdo das prescrições médicas exigido por lei. Ribeirão Preto-SP, 2016.

Variáveis presentes	UBS		ESF		Razão	IC95%	Valor p*
	n	%	n	%			
Escrito à tinta ou digitado	929	99,7	121	100	1,00	*	1,00
Prescrição eletrônica	506	54,3	52	43	1,26	(1.02 - 1.55)	0,02
Ilegibilidade	38	4,1	0	0	-	*	1,00
Nome do usuário	932	100	121	100	1,00	*	1,00
Endereço do usuário	375	40,2	45	37,2	1,08	(0.84 - 1.38)	0,55
Nomenclatura oficial (DCB/DCI)	806	86,5	109	90,1	0,96	(0.90 - 1.02)	0,32
Forma farmacêutica	659	70,7	97	80,2	0,88	(0.79 - 0.97)	0,03
Dose	661	70,9	96	79,3	0,89	(0.80 - 0.99)	0,05
Quantidade a ser dispensada	125	13,4	13	10,7	1,25	(0.72 - 2.14)	0,48
Posologia completa	587	63	91	75,2	0,84	(0.74 - 0.93)	<0,01
Via de administração	543	58,3	101	83,5	0,70	(0.63 - 0.77)	<0,01
Duração do tratamento	717	76,9	112	92,6	0,83	(0.78 - 0.88)	<0,01
Data de emissão	912	97,9	121	100	0,98	*	1,00
Nome do prescriptor	920	98,7	119	98,3	1,00	(0.97 - 1.03)	0,67
Endereço do prescriptor	770	82,6	117	96,7	0,85	(0.81 - 0.89)	<0,01
Assinatura do prescriptor	925	99,2	121	100	0,99	*	1,00
Inscrição do profissional do conselho de classe	920	98,7	121	100	0,99	*	1,00
Data de emissão expirada	75	8	6	5	1,60	(0.72 - 3.94)	0,28
Rasuras ou emendas	90	9,7	4	3,3	2,94	(1.09 - 7.81)	0,02
Abreviaturas	914	98,1	119	98,3	1,00	*	1,00

* Valores p obtidos de teste exato de Fisher. UBS: Unidade Básica de Saúde; ESF: Estratégia de Saúde da Família; IC95%: Intervalo de confiança de 95%.

Na avaliação do item “posologia completa”, nenhuma prescrição analisada apresentou uma informação adicional não preconizada na literatura médica ou nas bulas dos medicamentos.

De acordo com a OMS, um dos indicadores de qualidade da prescrição é a média de medicamentos prescritos por receita. Nas prescrições de UBS este valor foi de 3,9 (DP=2,8), variando de 1 a 20 medicamentos por prescrição. Nas prescrições ESF, a média foi de 3,5 (DP=2,4), variando de 1 a 11 medicamentos. As frequências de prescrições contendo um, dois, três, quatro e cinco ou mais medicamentos estão expostas na Figura 1. No total, 32,6% (n=343) dos participantes encontravam-se submetidos à polifarmácia, sendo esta frequência superior nas Unidades Básicas de Saúde [33,3% UBS (n=310); 27,3% ESF (n=33)].

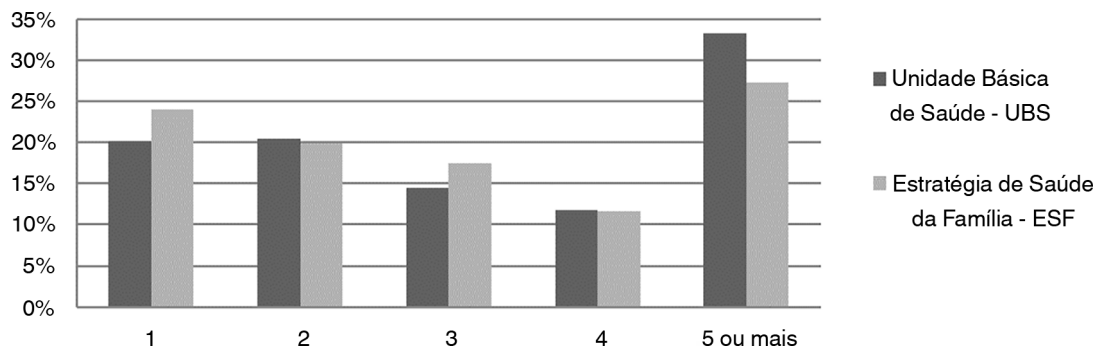


Figura 1. Comparação entre a frequência do número medicamentos prescritos. Ribeirão Preto-SP, 2016.

Os valores dos outros indicadores de qualidade da prescrição propostos pela OMS são apresentados na Tabela 2, a qual compara os resultados obtidos nos dois modelos de atenção básica com os valores de referência sugeridos pela OMS.

Tabela 2. Comparação dos resultados obtidos para os Indicadores da Qualidade da OMS. Ribeirão Preto-SP, 2016.

Indicadores da OMS	UBS		ESF		Valores de referência OMS (%)
	%	n	%	n	
Prescrições contendo antimicrobianos	11,4	106	10,7	13	30,0
Prescrições contendo injetáveis	9,7	90	3,3	4	10,0
Medicamentos prescritos pela denominação oficial	92,2	859	92,4	112	100,0
Medicamentos prescritos que constam na REMUME	91,1	849	91,0	110	100,0

UBS: Unidade Básica de Saúde; ESF: Estratégia de Saúde da Família; OMS: Organização Mundial da Saúde.

Discussão

A dispensação de medicamentos é efetuada a partir de prescrições manuais, eletrônicas ou mistas. Dentre estas, a manual é a principal responsável pela problemática das prescrições incompletas, ilegíveis ou pouco legíveis,¹⁹ sendo que os pesquisadores Rosa e Perini²² constataram que as prescrições manuais apresentam 6,3 vezes mais chance de apresentarem problemas e as mistas um risco 3,5 vezes maior. Portanto, uma medida interessante para diminuir os erros de prescrição é o emprego da prescrição eletrônica.

O modelo de prescrição eletrônica foi adotado pela SMS-RP e está disponível em todas as Unidades de Saúde desde 2013. O programa preenche automaticamente as informações do usuário, do prescritor e a data de emissão, além de não permitir a emissão caso os campos “nome do medicamento”, “dose”,

“forma farmacêutica”, “unidade” e “via de administração” não estejam completos. O uso desta ferramenta evitaria a ausência de algumas informações importantes nas prescrições e a ilegibilidade, porém este estudo atesta que muitos prescritores ainda não aderiram a esta ferramenta. Na ESF a prescrição manual ainda é a forma predominante, o que justifica o número maior de prescrições pouco legíveis encontrado neste modelo de atenção básica.

O nome do usuário estava presente em todas as prescrições coletadas, entretanto, o endereço foi um item faltante em mais da metade das prescrições dos dois modelos de atenção básica. A prescrição de medicamentos é um documento pessoal e intransferível, portanto, deve conter informações específicas sobre o usuário para a qual foi emitida. A falta de identificação pode acarretar no comprometimento do contato do farmacêutico após a dispensação em caso de necessidade.¹⁹

As informações sobre o prescritor também estavam contidas na maioria das prescrições de ambos os modelos de atenção básica, exceto o endereço. A presença destes itens constitui uma possibilidade concreta de responsabilização em casos de erro médico. Tais informações ainda permitem o contato do usuário e do farmacêutico com o prescritor para esclarecimento de dúvidas. Ademais, a falta de informações sobre o prescritor e sobre o usuário facilita a ocorrência de fraudes e falsificações, promovendo o uso abusivo ou ilícito de medicamentos.¹⁹

As prescrições emitidas pela ESF apresentaram superioridade na presença das variáveis legais referentes ao medicamento: forma farmacêutica, dose, posologia completa, via de administração e duração do tratamento. A ausência de forma farmacêutica, dose ou via de administração em uma prescrição dificulta a dispensação e pode favorecer a troca do medicamento indicado pelo prescritor e erros de administração.^{9,23} A falta ou incompletude da posologia pode gerar dúvidas sobre o tratamento e acarretar prejuízos farmacoterapêuticos, uma vez que omite informações importantes para o uso correto do medicamento em questão.²⁴ Quanto ao item “duração do tratamento”, a sua omissão pode acarretar a interrupção do tratamento antes do período adequado.

O destaque da ESF no tocante à presença destas variáveis é uma importante contribuição para diminuir os erros de medicação e promover o URM. Convém reiterar que a ausência destes itens é um tipo de erro bastante preocupante, pois afeta diretamente a compreensão do usuário e pode acarretar problemas na utilização do medicamento, prejuízo terapêutico, tratamentos inefetivos e desperdícios.^{10,19}

A expiração da data de emissão, presente em ambos os modelos de atenção básica, pode ser um indicativo da dificuldade em agendar um retorno ao médico.

A alta incidência de escrita abreviada nas prescrições dos dois modelos é preocupante. A legislação exige que as prescrições de medicamentos não contenham nenhum tipo de abreviatura, sigla ou símbolo, dado que diversos estudos atestaram que abreviações podem causar dúvidas e interpretações errôneas na dispensação e utilização do medicamento.^{19,25,26} Entretanto, é evidente que, por economizar tempo e simplificar a redação, a emissão de prescrições abreviadas ainda é uma realidade que deve ser comedida.

Em relação aos indicadores de qualidade da prescrição propostos pela OMS, os resultados se aproximam nos dois modelos de atenção básica e estão de acordo com os valores recomendados, com exceção da média de medicamentos prescritos por prescrição.

Tal média está acima do número recomendado pela OMS, que considera 1,3 a 2,2 medicamentos por prescrição um resultado sem tendência à polifarmácia.¹² Portanto, apesar de um pouco inferior na ESF, em ambos os modelos de atenção há uma forte tendência à polifarmácia. Estudo semelhante realizado pelas pesquisadoras Santos e Nitrini também no município de Ribeirão Preto, no ano de 2004, encontrou uma média de 2,4 medicamentos por prescrição.²⁰ Isto sugere que, em um período de dez anos, a preocupação dos prescritores com a polifarmácia pode ter diminuído. A média encontrada em outros estudos efetuados em municípios brasileiros variou entre 2,0 e 2,8 medicamentos por prescrição, confirmando a elevação obtida neste estudo.²⁷⁻³¹

Um estudo realizado na APS de Vitória da Conquista-BA analisou 350 prescrições e em apenas 8,6% delas havia cinco ou mais medicamentos prescritos.²⁹ Este valor é muito inferior ao aqui encontrado, o que sinaliza que polifarmácia é uma realidade no município de Ribeirão Preto-SP.

Apesar da quantidade de medicamentos prescritos descrita já ser alta, é possível que ela seja ainda maior, pois os dados coletados referem-se aos medicamentos contidos na prescrição emitida pelo médico que o usuário portava no momento da abordagem, o que não descarta a possibilidade de haver outros medicamentos em uso, indicados por outro prescritor. Este fato é alarmante, porque a polifarmácia associada a outras situações, como reações adversas e interações medicamentosas, pode tornar o tratamento demasiadamente complexo e prejudicar a adesão.^{21,30} Entretanto, é preciso enfatizar que em muitos casos a polifarmácia é inevitável, como em pacientes com problemas de saúde graves ou muitas comorbidades.

A porcentagem de receitas em que se prescreveram antimicrobianos obtida neste estudo está de acordo com o recomendado pela *International Network for the Rational Use of Drug* (INRUD), indicando valores de até 30% como aceitáveis.^{30,32} Quando comparada ao valor de 21,3%, que era prescrito há mais de dez anos no município²⁰ e aos valores de 19% encontrado no estudo de Souza et al.³¹ e de 22% obtido por Giroto e Silva²⁷ em outros municípios brasileiros, a frequência de antimicrobianos prescritos nos dois modelos de atenção básica foi bastante reduzida. Isto pode estar associado a fatores climáticos do período do ano em que a coleta de dados sucedeu, mas também pode relacionar-se com o aumento da preocupação dos prescritores com o uso indiscriminado destes medicamentos e a geração de bactérias resistentes.

Quanto à prescrição de injetáveis, os valores estão condizentes com o recomendado pela OMS, que considera frequências abaixo de 10% como aceitáveis, e com o encontrado anteriormente em Ribeirão Preto (8,3%)²⁰. Em outros estudos brasileiros, a frequência de prescrições da APS contendo injetáveis se aproximou ao valor obtido nas prescrições de UBS, variando entre 2,9 e 7%.^{27,28,30,31}

Merece destaque a porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome oficial, que foi alta em ambos os modelos de atenção básica e muito maior do que a relatada em 2004 (30,6%).²⁰ O uso da denominação oficial ainda foi alto se comparado a outros municípios, nos quais a frequência oscilou entre 70,2 e 86,8%.^{27,28,30,31} A OMS recomenda que seja adotada a nomenclatura oficial do medicamento em todas as prescrições geradas (100%), porque facilita a educação e a informação da população. No Brasil, a Lei nº 9.787 de 1999 regulamenta esta prática no âmbito do SUS.³³

Tendo em vista que o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais é um dos objetivos principais definidos pela política nacional de medicamentos, o município de Ribeirão Preto está em concordância com o estabelecido, pois verificou-se que a maior parte dos medicamentos prescritos nos dois modelos de atenção básica integravam a REMUME.

No ano de 2004, Santos e Nitrini encontraram uma porcentagem inferior à atual (83,4%),²⁰ o que aponta que a REMUME está mais adequada ao perfil epidemiológico da população local, que os prescritores entenderam a importância de aderir à lista e que atualmente o acesso da população aos medicamentos está mais favorecido. As frequências obtidas neste estudo ainda superam os valores de outros municípios, que oscilam entre 58,4% e 85,3%,^{27,28,30} e se assemelham ao valor obtido no sul do Estado de Santa Catarina (91,5%).³¹ Entretanto, pelo fato da maioria das prescrições terem sido coletadas na fila das farmácias, salienta-se que, no momento da consulta, o prescritor pode ter avisado o usuário que o medicamento não estaria disponível na farmácia das Unidades e que deveria ser comprado. Nesse sentido, este dado pode estar superestimado.

Em geral, as prescrições provenientes da ESF mostraram-se mais completas quanto ao cumprimento dos aspectos legais exigidos referentes ao uso do medicamento, à presença do endereço do prescritor e à ausência de rasuras. Portanto, há evidências de que as prescrições da ESF estão mais próximas ao padrão ideal. Considerando que a política nacional de medicamentos afirma que a prescrição de medicamentos impacta diretamente sobre o seu uso racional,³⁴ as prescrições da ESF de Ribeirão Preto-SP revelaram-se mais favoráveis ao URM.

Uma vez que a análise de prescrições médicas não se restringe ao cumprimento da legislação, algumas limitações deste estudo devem ser apontadas. O quadro clínico do usuário do serviço e os aspectos da decisão terapêutica não foram alvo de análise, desta forma, tal tipo de erro de prescrição não foi avaliado. Do mesmo modo, a situação de polifarmácia obtida não pode ser julgada como necessária ou não. Outra limitação deve-se ao fato de que os medicamentos sujeitos a controle especial e os antimicrobianos não foram objetos de verificação quanto ao cumprimento de suas legislações específicas.

Conclusão

O estudo propiciou identificar inadequações nas prescrições médicas elaboradas pela APS de Ribeirão Preto-SP. Os resultados obtidos revelam práticas inapropriadas na prescrição de medicamentos que são desfavoráveis ao URM em ambos os modelos de atenção básica, como a ausência de elementos fundamentais da prescrição e exigidos por lei, a não adesão ao modelo de prescrição eletrônica, o uso abusivo da escrita abreviada e a média de medicamentos prescritos superior a outros municípios brasileiros. É necessário orientar o prescritor para que ele enxergue a prescrição como uma aliada na farmacoterapia, que assegura o URM. Entretanto, o presente estudo encontrou indícios de que o processo de prescrição racional de medicamentos está mais bem estabelecido entre os prescritores da ESF, ainda que não esteja no nível ideal.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União; 2006.
2. Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(1):90-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000100012>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Manual para a organização da Atenção Básica. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.

4. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(5):1499-510. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>
5. Oliveira LCF, Assis MMA, Barboni AR. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(Suppl 3):3561-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900031>
6. World Health Organization (WHO). *The Rational Use of Drugs: Report of the Conference of Experts*. Geneva: World Health Organization; 1987.
7. Arrais PSD, Barreto ML, Coelho HLL. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(4):927-37. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400020>
8. Brasil. Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 1973.
9. Lyra-Júnior DP, Prado MCTA, Abriata JP, Pelá IR. Recetas médicas como causantes de riesgo de problemas relacionados com medicamentos. *Seguim Farm*. 2004;2(2):86-96.
10. Mastroianni PC. Análise dos aspectos legais das prescrições de medicamentos. *Rev Ciênc Farm Básica Apl*. 2009;30(2):173-6.
11. Benjamin DM. Reducing medication errors and increasing patient safety: case studies in clinical pharmacology. *J Clin Pharmacol*. 2003;43(7):768-83. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0091270003254794>
12. World Health Organization (WHO). *How to investigate drug use in health facilities: selected drug use indicators*. Geneva: World Health Organization; 1993.
13. Gragnolati M, Lindelow M, Couttolenc B. *Twenty Years of Health System Reform in Brazil: An Assessment of the Sistema Único de Saúde*. 1st ed. Washington: World Bank; 2013.
14. Organização Mundial da Saúde - Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS-OMS). *Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde*. 1a ed. Lisboa: Organização Mundial da Saúde; 2010.
15. Aquino R, de Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health*. 2009;99(1):87-93. DOI: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2007.127480>
16. Dourado I, Oliveira VB, Aquino R, Bonolo P, Lima-Costa MF, Medina MG, et al. Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). *Med Care*. 2011;49(6):577-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/MLR.0b013e31820fc39f>
17. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. *Secretaria Municipal da Saúde. Plano Municipal de Saúde: 2014-2017*. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal da Saúde -Ribeirão Preto; 2013.
18. Rosa MB, Perini E, Anacleto TA, Neiva HM, Bogutchi T. Erros na prescrição hospitalar de medicamentos potencialmente perigosos. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(3):490-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000028>
19. Silva SM. *Avaliação de prescrições em farmácia comunitária universitária. [dissertação]*. Araraquara: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2012.
20. Santos V, Nitrini SMOO. Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(6):819-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000600010>
21. Lucchetti G, Granero AL, Pires SL, Gorzoni ML. Fatores associados à polifarmácia em idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2010;13(1):51-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232010000100006>
22. Rosa MB, Perini E. Erros de medicação: quem foi? *Rev Assoc Med Bras*. 2003;49(3):335-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302003000300041>
23. Portela AS, Simões MOS, Fook SML, Montenegro Neto AN, Silva PCD. Prescrição médica: orientações adequadas para o uso de medicamentos? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(Suppl 3):3523-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900027>
24. Fröhlich SE, Dal Pizzol TS, Mengue SS. Instrumento para avaliação do nível de conhecimento da prescrição na atenção primária. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(6):1046-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000600009>
25. Ev LS, Guimarães AG, Castro VS. Avaliação das Prescrições Dispensadas em uma Unidade Básica de Saúde do Município de Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil. *Lat Am J Pharm*. 2008;27(4):543-7.

26. Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos do Brasil (ISMP Brasil). Erros de medicação associados a abreviaturas, siglas e símbolos. [Internet]. Belo Horizonte: ISMP Brasil; 2016. [acesso 2016 Nov 20]. Disponível em: http://www.boletimismpbrasil.org/boletins/pdfs/boletim_ISMP_31.pdf
27. Giroto E, Silva PV. A prescrição de medicamentos em um município do Norte do Paraná. *Rev Bras Epidemiol*. 2006;9(2):226-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2006000200009>
28. Laste G, Torres ILS, Deitos A, Souza AC, Souza A, Kauffmann C, et al. Análise de prescrições médicas dispensadas em farmácia no Sistema Único de Saúde. *Rev HCPA*. 2013;33(1):15-25.
29. Leão DFL, Moura CS, Medeiros DS. Avaliação de interações medicamentosas potenciais em prescrições da atenção primária de Vitória da Conquista (BA), Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(1):311-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014191.2124>
30. Portela AS, Silva PCD, Simões MOS, Medeiros ACD, Montenegro-Neto AN. Indicadores de prescrição e de cuidado ao paciente na atenção básica do município de Esperança, Paraíba, 2007. *Epidemiol Serv Saúde*. 2012;21(2):341-50. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000200017>
31. Souza JM, Vinholes ER, Trauthman SC, Galato D. Avaliação dos indicadores de prescrição e da demanda atendida de medicamentos no Sistema Único de Saúde de um município do Sul do Estado de Santa Catarina. *Rev Ciênc Farm Básica Apl*. 2012;33(1):107-13.
32. Louro E, Romano-Lieber NS, Ribeiro E. Eventos adversos a antibióticos em pacientes internados em um hospital universitário. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(6):1042-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006005000049>
33. Brasil. Lei no 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 1999.
34. Brasil. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2007.

Departamento de Ciências Farmacêuticas, Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FCFRP/USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. maria.zanetti@usp.br (*Autora correspondente*); jmarchet@usp.br; randrade@usp.br

Evidências sobre relaxantes musculares de uso ambulatorial: Uma revisão da literatura

Evidences on muscular relaxants for outpatient use: A review of the literature

Evidencias sobre relajantes musculares para el uso ambulatorio: Una revisión de la literatura

Lívia Helena Freitas da Silva Cascaes, Jardel Corrêa de Oliveira

Resumo

Objetivo: Avaliar as evidências sobre eficácia e efeitos adversos dos relaxantes musculares de uso oral disponíveis no Brasil para espasticidade, condições musculoesqueléticas, fibromialgia e cefaleia tensional. **Métodos:** Realizou-se uma revisão da literatura a partir de revisões sistemáticas publicadas no Medline, BVS, biblioteca Cochrane e *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) até dezembro de 2016, que avaliaram os fármacos considerados relaxantes musculares pela *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC) e disponíveis no Brasil na forma oral: ciclobenzaprina, tizanidina, carisoprodol, orfenadrina e baclofeno. **Resultados:** Foram identificados 20 estudos, sendo 17 revisões sistemáticas e três meta-análises. As evidências de eficácia dos relaxantes musculares consistem principalmente em estudos com concepção metodológica ruim. Estudos de comparação não mostraram que um relaxante muscular esquelético seja superior a outro. Ciclobenzaprina demonstrou eficácia em condições musculoesqueléticas, como dor miofascial mandibular, fibromialgia e dor lombar. Na fibromialgia, demonstrou benefício na melhora geral e no sono. No manejo da dor lombar, a ciclobenzaprina mostrou efeito modesto, mais presente nos quatro primeiros dias. Carisoprodol na dor lombar baixa não parece ter diferença de ciclobenzaprina, mas esse medicamento pode causar dependência. Baclofeno e tizanidina parecem ser eficazes em comparação com placebo e equivalentes em doentes com espasticidade. **Conclusões:** Os relaxantes musculares em geral, comparados a placebo ou entre si, apresentaram poucas evidências com estatística significativa. Portanto, a seleção do medicamento deve ser baseada no perfil de efeitos adversos, preferência do paciente, potencial de abuso, potencial de interação com outros medicamentos, custo e outras características dos fármacos.

Abstract

Objective: To evaluate the evidence on the efficacy and adverse effects of oral muscle relaxants available in Brazil for spasticity, musculoskeletal conditions, fibromyalgia and tension headache. **Methods:** A literature review assessment was carried out based on systematic reviews published in the Medline, Virtual Health Library (VHL), Cochrane Library and National Institute for Health and Care Excellence (NICE) up to December 2016, that evaluated the drugs considered to be muscle relaxants by Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) and available in Brazil in oral form: cyclobenzaprine, tizanidine, carisoprodol, orphenadrine and baclofen. **Results:** Twenty studies were identified, 17 of which were systematic reviews and three meta-analyses. Evidence on the efficacy of muscle relaxants consists mainly of studies with poor methodological design. Comparison studies have not shown that one skeletal muscle relaxant is superior to another. Cyclobenzaprine demonstrated efficacy in musculoskeletal conditions, such as myofascial mandibular pain, fibromyalgia and low back pain. In fibromyalgia, it has shown benefit in overall improvement and sleep. In the management of low back pain, cyclobenzaprine showed modest effect, more present in the first four days. Carisoprodol in low back pain does not appear to have difference for cyclobenzaprine but this drug may cause dependence. Baclofen and tizanidine appear to be efficacious compared to placebo and equivalent in patients with spasticity. **Conclusions:** Muscle relaxants in general compared to placebo or to each other showed little evidence with significant statistics. Therefore the drug selection should be based on the profile of adverse effects, patient preference, potential of abuse, potential of interaction with other drugs, cost and other characteristics of the drugs.

Como citar: Cascaes LHFS, Oliveira JC. Evidências sobre relaxantes musculares de uso ambulatorial: Uma revisão da literatura. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-14. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1500](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1500)

Palavras-chave:

Fármacos Neuromusculares
Avaliação de Resultado de
Intervenções Terapêuticas
Assistência Ambulatorial
Medicamentos para a
Atenção Primária
Revisão

Keywords:

Neuromuscular Agents
Evaluation of Results of
Therapeutic Interventions
Ambulatory Care
Drugs for Primary Health Care
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: 20/03/2017.
Aprovado em: 27/11/2017.

Resumen

Objetivo: Evaluar las evidencias sobre eficacia y efectos adversos de los relajantes musculares de uso oral disponibles en Brasil para espasticidad, condiciones musculoesqueléticas, fibromialgia y cefalea tensional. **Métodos:** Se realizó una revisión de literatura a través de las revisiones sistemáticas publicadas en Medline, BVS, *Cochrane Library* y en el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), hasta diciembre de 2016, que evaluó los fármacos considerados relajantes musculares por la *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC) y disponible en Brasil en forma oral: ciclobenzaprina, tizanidina, carisoprodol, orfenadrina y baclofeno. **Resultados:** Se identificaron 20 estudios, de los cuales 17 son revisiones sistemáticas y tres meta-análisis. La evidencia de la eficacia de los relajantes musculares se compone principalmente de estudios de un mala concepción metodológica. Los estudios de comparación no mostraron que un relajante muscular esquelético es superior a otro. La ciclobenzaprina ha demostrado eficacia en los trastornos musculoesqueléticos, como dolor miofascial mandibular, fibromialgia y dolor lumbar. En la fibromialgia, demostró un beneficio en la mejora general y el sueño. En el tratamiento del dolor lumbar, ciclobenzaprina mostró efecto modesto, más presente en los primeros cuatro días. El carisoprodol, en el dolor lumbar, no parece tener diferencia de la ciclobenzaprina, pero este fármaco puede causar dependencia. El baclofeno y la tizanidina parecen ser eficaces en comparación con placebo y equivalentes en pacientes con espasticidad. **Conclusiones:** Los relajantes musculares en general en comparación con placebo o entre sí mostraron poca evidencia con estadísticas significativas. Por lo tanto, la selección de los medicamentos debe basarse en el perfil de efectos adversos, la preferencia del paciente, el potencial de abuso, el potencial de la interacción con otros medicamentos, costo y otras características de los fármacos.

Palabras clave:

Fármacos Neuromusculares
Evaluación de Resultados de
Intervenciones Terapéuticas
Atención Ambulatoria
Medicamentos para
Atención Básica
Revisión

Introdução

Os relaxantes musculares formam um grupo heterogêneo de medicamentos com um amplo espectro de indicações terapêuticas. Como descrito na literatura, são utilizados para tratar condições musculoesqueléticas periféricas, dores neuropáticas (por exemplo, a neuralgia trigeminal), espasticidade, fibromialgia, cefaleia tensional, discinesias tardias, ataxia etc.^{1,2} Muitas vezes, esse grupo de medicamentos é utilizado como adjuvante na ampliação do arsenal terapêutico das dores crônicas com intenção, muitas vezes, de superar uma monoterapia centrada apenas em analgésicos ou anti-inflamatórios.²

Segundo o guia da Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa, no ano de 2016, entre os cinco medicamentos mais vendidos nas farmácias brasileiras estavam em primeiro e quinto lugar da lista uma associação de relaxante muscular com analgésico.³ Dessa forma, o tema possui grande relevância, pois os miorrelaxantes ocupam espaço importante no enfrentamento da dor e são frequentemente utilizados em ambulatório. Atualmente, a maioria dos relaxantes musculares não está disponível no SUS, apenas o diazepam, que possui risco de adicção.⁴ Portanto, é importante que seja avaliada a inclusão de medicamentos dessa classe na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

As dores de origem musculoesquelética periférica possuem grande prevalência entre jovens e costumam aumentar com a idade.⁵ Quanto à espasticidade, a incidência e prevalência apresentam taxas variadas e estão intimamente relacionadas com as doenças correspondentes. Não há dados epidemiológicos oficiais no Brasil, porém, de acordo com a literatura internacional, a prevalência da espasticidade em pacientes incapacitados é muito alta.⁶

Dessa forma, existem dois tipos de condições principais em que os relaxantes musculares são comumente utilizados: a espasticidade causada por síndromes do neurônio motor superior e a dor muscular ou espasmos derivados de condições musculoesqueléticas periféricas. Embora sejam do mesmo grupo, a *Food and Drug Administration* (FDA) aprovou poucos medicamentos dessa classe para o tratamento da espasticidade (como o dantrolene e o baclofeno), sendo o restante aprovado para o tratamento de condições musculoesqueléticas. Em geral, os fármacos antiespásticos ou antiespasmódicos não são

permutáveis e não devem ser substituídos uns pelos outros. No entanto, diazepam e tizanidina possuem indicação aprovada pela FDA para ambas as condições. Entender essas diferenças é importante, pois ajuda na escolha do medicamento apropriado.⁷

Assim, o objetivo desta revisão foi avaliar as evidências científicas disponíveis sobre a eficácia e efeitos adversos dos relaxantes musculares para espasticidade, condições musculoesqueléticas, fibromialgia e cefaleia tensional disponíveis no Brasil na forma oral que pudessem ser utilizados na Atenção Primária à Saúde (APS) e futuramente incorporados nas listas de medicamentos essenciais do SUS.

Métodos

Realizou-se uma revisão da literatura sobre a eficácia dos fármacos considerados relaxantes musculares pela *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC)⁸ e com forma farmacêutica oral registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Brasil (ANVISA),⁹ conforme diretrizes metodológicas para elaboração de pareceres técnico-científicos do Ministério da Saúde.¹⁰ Dessa forma, foram selecionados como objetos de estudo os seguintes medicamentos: ciclobenzaprina, tizanidina, carisoprodol, orfenadrina e baclofeno. Diazepam foi excluído das intervenções avaliadas porque além de já fazer parte da RENAME, não é um fármaco citado pela ATC como relaxante muscular e possui elevado risco de abuso pelos usuários.

De acordo com o modelo PICO,¹⁰ buscou-se por estudos que avaliaram a eficácia na melhora da espasticidade, da dor articular e musculoesquelética, da cefaleia tensional e fibromialgia dos relaxantes musculares acima comparados entre si, com placebo, com analgésicos ou anti-inflamatórios, desde que os relaxantes musculares fossem a única intervenção diferente entre os dois grupos de comparação.

As evidências disponíveis sobre os fármacos pesquisados foram avaliadas considerando as suas indicações registradas pela ANVISA: fibromialgia, dor articular e musculoesquelética (dor lombar, torcicolo, contratura muscular, dor miofascial, gota, artrite reumatoide e outras artrites), cefaleia tensional, espasticidade (por trauma medular ou cerebral, por doenças neurológicas degenerativas ou paralisia cerebral).

Assim, as evidências foram analisadas em relação a dois tipos de condições: a espasticidade causada por síndromes do neurônio motor superior e a dor muscular ou espasmos derivados de condições musculoesqueléticas periféricas. Como desfechos foram considerados: melhora da dor, da espasticidade, melhora funcional e efeitos adversos. Os descritores para cada um dos relaxantes musculares pesquisados e sinônimos foram obtidos no Mesh e Decs.

Realizou-se uma busca por meta-análises (MA) e revisões sistemáticas (RS) no Medline via PubMed, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na Biblioteca Cochrane e *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE). Não houve restrição de idioma, sendo os limites: estudos publicados até dezembro de 2016, humanos e tipo de estudo. A estratégia de busca utilizada foi: “*carisoprodol or isopropylmeprobamate or orphenadrine or mefenamine or baclofen or “Chlorophenyl GABA” or tizanidine or cyclobenzaprine*”.

Os estudos identificados foram agrupados no *software* de manejo de referências EndNote versão X5, sendo retiradas as duplicatas. Foram excluídos estudos com população composta por animais, indicações terapêuticas não reconhecidas pela ANVISA, intervenções diferentes daquelas consideradas na estratégia de busca, comparadores distintos do PICO e ainda estudos com outro tipo de desenho que não MA ou RS.

Os estudos foram identificados de acordo com título e resumo quanto ao preenchimento dos critérios de seleção. Quando o título ou o resumo não permitiu a exclusão e o estudo estava disponível na íntegra, a avaliação foi feita com base na metodologia do artigo. Quando o texto completo não estava disponível, tentou-se obter o estudo pelo portal CAPES na Universidade Federal de Santa Catarina ou da McMaster University do Canadá, sendo então excluídos os estudos que não foram obtidos. A Tabela 1 demonstra o processo de seleção.

Tabela 1. Seleção das revisões sistemáticas e meta-análises.

Estudos que não preencheram critérios de seleção após análise do título e/ou do resumo ou da metodologia						
Estudos identificados	Outro contexto clínico	Outra intervenção estudada	Outro fármaco comparador	Outro tipo de estudo	Estudos cujo resumo e/ou texto completo não estavam disponíveis	Estudos Selecionados
n=163	n=101	n=22	n=2	n=12	n=6	n=20

Quanto aos seis estudos cujos resumos e/ou o texto completo não estavam disponíveis, quatro deles abordavam o uso de tizanidina e outras drogas¹¹⁻¹⁴ (três deles publicados na década de 90 abordavam espasticidade e um de 2004 abordava dor miofascial dos músculos mastigatórios). Outro estudo, publicado em 2003, abordou o uso de carisoprodol e seu potencial de abuso.¹⁵ Em seu resumo relata que a revisão encontrou poucas evidências para apoiar o uso do carisoprodol no controle da dor. O sexto estudo excluído abordava ciclobenzaprina e outras drogas para tratamento de fibromialgia¹⁶ e foi publicado em 1989.

Resultados e Discussão

Foram identificados 20 estudos para incluir nesta revisão, sendo 17 RS e três MA. As características dos estudos incluídos estão descritas no Quadro 1.

Fibromialgia

Foram encontradas duas MA que avaliaram a eficácia de ciclobenzaprina no tratamento da fibromialgia.^{17,18} Embora, uma delas tenha realizado busca mais recente,¹⁸ incluiu um número menor de estudos, que já estavam descritos na MA mais antiga.

A MA¹⁷ com maior número de estudos (n=312) reuniu cinco ensaios clínicos controlados randomizados (ECR) e avaliou ciclobenzaprina *versus* placebo. Três desses estudos foram reunidos e demonstraram diferença estatisticamente significativa na autopercepção de melhora geral dos pacientes (OR 3,0; IC 95% 1,6-5,6). Estes resultados foram homogêneos (p=0,53, mas com evidência de viés de publicação, p=0,05). A diferença de risco foi de 0,21 (IC 95% 0,09-0,34) e o NNT de 4,8 (IC 95% 3,0-11), porém não foram relatados os números absolutos para confirmar essa informação.

Em relação aos dados contínuos extraídos dos cinco estudos dessa MA,¹⁷ relatou-se uma melhora estatisticamente significativa no sono para todos os pontos de tempo (4, 8 e 12 semanas) com diferença média padronizada (DMP) variando de 0,34 a 0,50. A dor teve melhora no grupo de ciclobenzaprina apenas na quarta semana com DMP=0,35, sendo que autores consideraram haver risco de viés de publicação.

Quadro 1. Estudos incluídos

População	Revisões sistemáticas	Intervenção
Fibromialgia	Tofferi JK, Jackson JL, O'Malley PG. (2004) ¹⁷ - Meta-análise	Ciclobenzaprina vs. placebo
	Roskell NS, Beard SM, Zhao Y, Trong KL. (2012) ¹⁸ - Meta-análise	Ciclobenzaprina vs. placebo
Artrite Reumatoide	Richards BL, Whittle SL, Buchbinder R. (2012) ¹⁹	Orfenadrina, carisoprodo, ciclobenzaprina, baclofeno e tizanidina - nenhum ECR encontrado
Esclerose Lateral Amiotrófica	Baldinger R, Katzberg, HD, Weber, M. (2012) ²⁰	Baclofeno vs. placebo
Dor Miofascial	Leite FM, Atallah AN, El Dib R, Grossmann E, Januzzi E, Andriolo RB, et al. (2009) ²²	Ciclobenzaprina vs. placebo
Desordens Mecânicas do Pescoço	Peloso P, Gross A, Haines T, Trinh K, Goldsmith CH, Aker P. (2005) ²¹	Ciclobenzaprina vs. placebo
Dor Lombar	Vroomen PCAJ, De Krom MCTFM, Slofstra PD, Knottnerus JA (2002) ²⁴	Tizanidina vs. placebo
	Luijsterburg PAJ, Verhagen AP, Ostelo RWJG, Van Os TAG, Peul WC, Koes BW. (2008) ²⁵	Tizanidina vs. placebo
	Browning R, Jackson JL, O'Malley PG. (2001) ²⁶ - Meta-análise	Ciclobenzaprina vs. placebo
Espasticidade e Desordens Musculoesqueléticas	Chou R, Peterson K, Helfand M. (2004) ²³	Orfenadrina, carisoprodo, ciclobenzaprina, tizanidina ou baclofeno vs. placebo, ciclobenzaprina vs. carisoprodo e tizanidina vs. baclofeno
	Shakespeare DT, Boggild M, Young C. (2003) ²⁷	Baclofeno ou tizanidina vs. placebo e tizanidina vs. baclofeno
Esclerose Múltipla	Beard S, Hunn A, Wight J. (2003) ²⁹	Baclofeno ou tizanidina vs. placebo e tizanidina vs. baclofeno
	Paisley S, Beard S, Hunn A, Wight J. (2002) ²⁸	Baclofeno ou tizanidina vs. placebo e tizanidina vs. baclofeno
Paralisia Cerebral	Delgado MR, Hirtz D, Aisen M, Ashwal S, Fehlings DL, McLaughlin J, et al. (2010) ³⁰	Baclofeno ou tizanidina vs. placebo
	Navarrete-Opazo AA, Gonzalez W, Nahuelhual P. (2016) ³¹	Baclofeno vs. placebo
Lesão Medular	Taricco M, Pagliacci MC, Telaro E, Adone RT. (2006) ³³	Baclofeno ou tizanidina vs. placebo
Lesão Cerebral	Olvey EL, Armstrong EP, Grizzle AJ. (2010) ³⁶	Tizanidina vs. placebo
	Lindsay C, Kouzouna A, Simcox C, Pandyan AD. (2016) ³⁵	Tizanidina vs. placebo ou baclofeno
	Marshall S, Teasell R, Bayona N, Lippert C, Chundamala J, Villamere J, et al. (2007) ³⁴	Baclofeno ou tizanidina vs. placebo
Lesão Cerebral ou Medular e Paralisia Cerebral	Montané E, Vallano A, Laporte JR. (2004) ³²	Baclofeno ou tizanidina vs. placebo e baclofeno vs. Tizanidina

Um efeito de 0,2 foi considerado pequeno e de 0,5 moderado. Nenhuma melhora na fadiga ou nos pontos de sensibilidade foi observada em qualquer momento. Essas análises foram homogêneas para fadiga, sono, dor e pontos sensíveis em todos os períodos de tempo.

Essa MA¹⁷ apresentou muitas limitações. Entre os cinco estudos incluídos, três não indicaram método de randomização, dois não continham descrição clara dos critérios de exclusão e dois não realizaram análise por intenção de tratar. Um deles continha descrição inadequada das perdas e os outros quatro tiveram

grandes perdas de seguimento. Em média, apenas 71% dos pacientes tratados com ciclobenzaprina e 57% com placebo completaram os estudos. Em geral, a qualidade dos estudos incluídos foi considerada pelos autores como moderada pela escala Jadad. No grupo ciclobenzaprina, 85% dos pacientes tiveram reações adversas, que não foram descritas.

Artrite Reumatoide

Foi incluída apenas uma RS¹⁹ que avaliou o uso de relaxantes musculares no manejo da dor em adultos com diagnóstico de artrite reumatoide. Porém, até 2010, quando se encerrou busca ampla em várias bases de dados e com especialistas na área, não haviam sido encontrados estudos que envolvessem a artrite reumatoide e as intervenções de interesse dessa revisão.

Esclerose Lateral Amiotrófica

Foi encontrada uma RS²⁰ da Cochrane que avaliou o tratamento de câimbras em indivíduos com esclerose lateral amiotrófica. Nessa RS, foi encontrado um ECR (n=20) duplo-cego paralelo, com seguimento de sete semanas, que comparou baclofeno 15 a 80 mg/dia *versus* placebo e não demonstrou benefício. Esse ECR apresentou informações insuficientes para avaliar se a randomização, o sigilo de alocação e o cegamento foram adequados.

Desordens mecânicas do pescoço

Foi encontrada uma RS²¹ da Cochrane que avaliou o tratamento de adultos com desordens mecânicas no pescoço associada ou não com cefaleia ou síndrome radicular. Nessa RS foi incluído apenas um ECR (n=22) duplo-cego paralelo, que avaliou ciclobenzaprina 10mg (três vezes por dia) *versus* placebo com tempo de tratamento de duas semanas, que não demonstrou benefício na melhora do espasmo muscular por avaliação de escala de cinco pontos. Esse estudo não apresentou informações suficientes para avaliar o número de perdas e se a randomização e o sigilo de alocação foram adequados. Quanto aos efeitos adversos, no grupo tratado com ciclobenzaprina foi relatada sensação de boca seca e sonolência sem informações quantitativas a respeito.

Dor Miofascial

Foi encontrada uma RS²² da Cochrane que avaliou o tratamento de adultos com diagnóstico clínico de dor miofascial. Nessa RS²² foi descrito um ECR (n=41) duplo-cego paralelo, com seguimento de três semanas, que avaliou ciclobenzaprina 10mg (uma vez ao dia) *versus* placebo no tratamento da dor miofascial mandibular. Apesar do pequeno número de participantes, o estudo foi de boa qualidade (sem diferenças significativas de base entre os grupos de comparação, sem perdas substanciais de seguimento e com randomização, cegamento e sigilo de alocação adequados). Esse ECR demonstrou diferença de ciclobenzaprina sobre placebo na melhora na intensidade da dor mandibular, diferença média (DM) -0,25 (IC 95%, -0,41 a -0,09; p=0,002). Quanto à avaliação da qualidade do sono e ocorrência de efeitos adversos, não houve diferença significativa.

Dor Lombar

Ao total foram encontradas três RS²³⁻²⁵ e uma MA²⁶ que envolveram a avaliação da dor lombar com intervenções de interesse dessa revisão.

A MA²⁶ avaliou ciclobenzaprina versus placebo na melhora da dor lombar. Foram incluídos 14 ECR de moderada qualidade segundo o autor, pela escala de Jadad. Desses, 10 ECR foram agrupados e relataram benefício com ciclobenzaprina para melhora global da dor lombar (até o 10º dia de tratamento) com OR de 4,7 (IC 95% 2,7-8,1), diferença de risco de 0,37 (IC 95% 0,24-0,50) e NNT de 2,7 (IC 95% 2,0-4,2). A dose média diária de ciclobenzaprina foi de 30mg e em geral dividida em três vezes ao dia. Há evidência de heterogeneidade entre as amostras dos estudos ($p=0,002$), porém não houve viés de publicação ($p=0,37$).

Além disso, a partir desses 10 ECR foram avaliadas 5 variáveis contínuas em 3 pontos diferentes (de 1 a 4 dias, de 5 a 9 dias e mais que 9 dias) para mensurar a melhora dos pacientes quanto a dor local, espasmo muscular, rigidez à palpação, amplitude de movimento e atividades diárias. Nos três pontos avaliados os pacientes tiveram melhora significativa para as cinco variáveis.

Para quatro dessas variáveis (espasmo muscular, rigidez a palpação, amplitude de movimento e atividades diárias), houve uma grande diferença entre ciclobenzaprina e placebo nos primeiros três dias em relação a qualquer outro ponto de tempo. Nos primeiros dias de tratamento essa melhora foi quantificada pelo autor como moderada (0,52) e após foi reduzida (0,44). Em contexto, um efeito de 0,2 foi considerado pequeno, 0,5, moderado e 0,8, grande.

Dessa maneira, embora não tenha sido relatada diferença significativa entre os três pontos de medidas das variáveis, houve evidência estatística da tendência de perda de eficácia através do tempo de ciclobenzaprina ($p=0,04$). Não houve evidência estatística de heterogeneidade para nenhum dos pontos avaliados embora tenha ocorrido viés de publicação nos primeiros dias de avaliação (até o quarto dia) para as variáveis: dor local, espasmo muscular, rigidez a palpação e amplitude de movimento.²⁶

Essa MA²⁶ possui sérias limitações, já que não especificou o número de participantes e não forneceu números absolutos exemplificando os cálculos obtidos. Os pacientes tratados com ciclobenzaprina foram significativamente mais propensos a relatarem efeitos adversos. Ao total, 53% dos pacientes tratados com ciclobenzaprina tiveram pelo menos uma reação adversa contra 28% com placebo. As mais relatadas foram sonolência ($p<0,001$), boca seca ($p=0,02$) e tontura ($p=0,04$).

Em relação às três RS encontradas, uma delas²³ avaliou diversas intervenções de interesse dessa revisão na melhora da dor lombar. Excluídos os ECR incluídos na MA²⁶ já mencionada, nessa RS²³ foram citados mais oito ECR que avaliaram orfenadrina, carisoprodol, baclofeno e ciclobenzaprina descritos no Quadro 2.

As outras duas RS^{24,25} avaliaram tizanidina na dor lombar aguda. Cada uma incluiu um ECR diferente que avaliou tizanidina 12mg/dia versus placebo por sete dias e ambos não evidenciaram diferença significativa.

Espasticidade na Esclerose Múltipla

Foram encontradas quatro RS^{23,27-29} que avaliaram o tratamento da espasticidade na esclerose múltipla (EM). Todas avaliaram tizanidina e baclofeno versus placebo e tizanidina versus baclofeno.

Quadro 2. Descrição ECR.

Autor	Intervenção	n	Desfecho
Dapas (1985)	baclofeno vs. placebo	(n=200)	Baclofeno foi superior para dor lombar, pontos sensíveis, espasmo e melhora funcional através de métodos não especificados ($p<0,05$)
Rollings (1983)	ciclobenzaprina vs. carisoprodol	(n=78)	Sem diferença estatística entre as intervenções através de escala de classificação verbal de 5 pontos e escala visual analógica. Sensação de boca seca foi mais frequente com ciclobenzaprina (38% vs. 10%) e tontura menos frequente (8% vs. 26%).
Baratta (1976)	carisoprodol vs. placebo	(n=105)	Não houve diferença significativa para dor através de avaliação por escala de 4 pontos. Carisoprodol foi superior ao placebo na melhora do sono e para medidas funcionais não especificadas.
Cullen (1976)	carisoprodol vs. placebo	(n=65)	Carisoprodol foi superior para dor ($p<0,01$), espasmo ($p<0,01$) e limitação de movimento ($p<0,01$) através de métodos não especificados.
Hindle (1972)	carisoprodol vs. placebo	(n=48)	Carisoprodol foi superior para dor ($p<0,01$), espasmo ($p<0,01$) e avaliações funcionais ($p<0,01$) através de escala de 4 pontos e foi superior na melhora da intensidade da dor usando escala visual analógica de zero a cem ($p<0,01$).
Soyka (1979)	carisoprodol vs. placebo	(n=414)	Carisoprodol foi superior na melhora de espasmos musculares ($p=0,015$) e avaliação funcional ($p=0,04$) através de escala de 5 pontos. Não foram encontradas diferenças significantes no sono por escala de 4 pontos ou dor por escala de 5 pontos.
Gold (1978)	orfenadrina vs. placebo	(n=60)	Artigo considerado de baixa qualidade. Orfenadrina foi superior na melhora da intensidade e alívio da dor ($p<0,01$) através de métodos não especificados.
Valtonen (1975)	orfenadrina vs. placebo	(n=200)	Não houve diferença significativa através de escala de 3 pontos para nenhuma medida.

Ao total, foi observado que apenas quatro ECR não foram incluídos na RS de Beard et al.²⁹ Dois deles eram estudos não publicados que avaliaram baclofeno *versus* tizanidina, mas cujos dados não estavam disponíveis. Um ECR, com Jadad 2 pela RS²⁸ que o incluiu, avaliou tizanidina *versus* placebo e baclofeno e não evidenciou diferença estatística entre as intervenções. Da mesma forma, o quarto ECR (Jadad 3) que avaliou tizanidina *versus* baclofeno também não obteve diferença estatística.

Dessa maneira, a RS de Beard et al.²⁹ englobou 21 ECR incluídos nas outras RS.^{23,27,28} Desses ECR, nove avaliaram baclofeno 10 a 120mg *versus* placebo e quatro deles mostraram melhora estatisticamente significativa da espasticidade com baclofeno (Quadro 3). Os outros cinco ECR envolveram estudos de menor qualidade, com medidas não especificadas ou violação de protocolo. Embora pareça existir benefício de baclofeno, a evidência é limitada, pois a maioria dos estudos possui número de participantes pequeno e não houve menção de cálculos prévios de tamanho de amostra em nenhum deles.

Essa RS²⁹ também incluiu 12 ECR que avaliaram tizanidina 2 a 36mg *versus* placebo ou baclofeno, que utilizaram uma ampla variedade de medidas de desfecho. Em cinco ECR duplo-cegos foi avaliado tizanidina *versus* placebo e em dois deles houve melhora estatisticamente significativa do resultado do teste do pêndulo, embora um deles, Nance et al. (1997), não tenha descrito adequadamente a melhora na escala Ashwort. Esses dois estudos estão descritos no Quadro 4. Os outros três ECR demonstraram melhora discreta da espasticidade em algumas avaliações e em outras não encontraram diferença estatística. Dessa forma, de modo geral, tizanidina parece ter benefício em relação ao placebo.

Quadro 3. Características dos estudos envolvendo baclofeno *versus* placebo.

Autor	n qualidade perda de seguimento	Desfecho
Feldman (1978) (crossover)	n=33 Jadad 3 PS: 30%	Resistência ao movimento passivo: melhora em 15/23 do grupo baclofeno vs. 4/23 no placebo ($p<0,05$). Frequência dos espasmos: melhora em 9/23 com baclofeno e 1/23 com placebo ($p<0,05$). Clônus: melhora em 12/23 com baclofeno e 1/23 com placebo ($p<0,001$). Não houve diferença estatística quanto à avaliação subjetiva de dor no membro, uso do membro espástico, deambulação e índice de Barthel. Os efeitos adversos do baclofeno incluíram sonolência, boca seca, parestesia e visão borrada sem descrição especificada.
Sawa & Paty (1979) (crossover)	n=21 Jadad 3 PS: 14%	Através de escala de cinco pontos para medir espasticidade: 13/18 pacientes com baclofeno relataram melhora objetiva na espasticidade ($p<0,001$) sem mudanças no grupo placebo. A incidência de efeitos adversos foi alta, 71% dos pacientes do grupo baclofeno e 19% no grupo placebo. Os efeitos adversos incluíram sedação, náuseas e vômitos.
Jerusalem (1968) (paralelo)	n=30 Jadad 3 PS: zero	Melhora em 12/16 pacientes do grupo baclofeno e 5/14 no placebo. Essa diferença foi relatada como estatisticamente significativa, porém não especificada. Os espasmos durante a noite melhoraram em 8/9 pacientes. Dos 25 pacientes que fizeram uso de baclofeno (incluindo pacientes transferidos do grupo placebo), 7 relataram sedação, 5 fraqueza, um náusea e 1 boca seca.
Hudgson (1971) (crossover)	n=23 Jadad 4 PS: zero	Houve melhora da espasticidade pela escala Ashwort no grupo baclofeno em 16 pacientes e no grupo placebo em apenas 7. Isso significou uma mudança na pontuação de 1,44 com baclofeno e 0,54 com placebo ($p<0,05$). Em análise subjetiva: 13 pacientes relataram melhora na rigidez com baclofeno, 5 com placebo e 5 não reportaram diferença. Efeitos adversos: náusea moderada em seis pacientes com baclofeno e três com placebo.

* PS: perda de seguimento; ** n: número total de pacientes

Quadro 4. Características dos ECR de relevância tizanidina *versus* placebo.

Autor	n qualidade perda de seguimento	Desfecho
Nance et al. (1997)	n=142 Jadad 5/5 PS: 1,4%	Índice de relaxamento baseado no teste do pêndulo: Melhora da resposta relatada de acordo com a dose no grupo de tizanidina Escala de força: sem alteração. Tônus muscular utilizando escala de Ashwort: parece haver melhora moderada, porém sem outras especificações descritas.
Emre et al. (1994)	n=17 Jadad 3/5 PS: 0,5%	No grupo de tizanidina a pontuação na escala Ashwort diminuiu em média 2 pontos após 1 hora e 1,6 pontos após 3 horas ($p<0,001$). Essa mudança foi correlacionada com mudanças na concentração plasmática do fármaco. Tizanidina produziu uma melhora significativa no teste do pêndulo ($p<0,001$).

* PS: perda de seguimento; ** n: número total de pacientes.

Os outros ECR dessa RS,²⁹ sendo seis duplo-cegos e um parcialmente cego, avaliaram tizanidina *versus* baclofeno. Em todos esses estudos os resultados demonstraram semelhança dos efeitos na melhora da maioria das variáveis avaliadas. Tizanidina e baclofeno parecem ter eficácia semelhante, com pouca diferença em termos de frequência e gravidade dos efeitos adversos. Em geral, o efeito adverso mais frequente foi sonolência.

Espasticidade na paralisia cerebral

Foram encontradas duas RS^{30,31} que avaliaram tizanidina ou baclofeno *versus* placebo no tratamento da espasticidade em crianças e/ou adolescentes com paralisia cerebral (PC). Dois ECR se repetiram em

ambas RS e oito estudos não. Uma terceira RS³² avaliou também espasticidade em doenças neurológicas não progressivas e incluiu um ECR já presente nas outras revisões.

Em ambas as RS^{30,31} não há dados suficientes para tirar conclusões sobre a eficácia do baclofeno oral no tratamento da PC espástica. Estudos mostram uma grande variabilidade de tamanho da amostra, classificação motora na PC, dose de baclofeno, duração total dos ensaios e medidas de resultado, bem como instrumentos de medidas utilizados. Embora a maioria dos estudos não apresentem diferenças significativas quanto a efeitos adversos entre baclofeno e placebo, a inconsistência dos resultados entre os estudos e a má qualidade global destes prejudicam essa análise.

Uma das RS³⁰ avaliou tizanidina *versus* placebo para melhora da espasticidade em crianças e adolescentes. Apesar dessa RS ter apresentado que tizanidina é possivelmente eficaz com $p < 0,0001$. Esse dado se baseou em apenas um ECR com 40 participantes. Portanto, não existe evidência suficiente para apoiar ou refutar o uso de tizanidina para melhorar a função motora nessa população.

Espasticidade na lesão medular

Foram encontradas três RS^{23,32,33} que incluíram cinco ECR envolvendo o tratamento da espasticidade após lesão medular. Duas RS^{32,33} incluíram ECR já presentes na revisão de Chou et al.²³, com exceção de apenas um ECR incluído na RS de Taricco et al.³³, que mostrou melhora com baclofeno comparado a placebo. Porém, envolveu apenas seis crianças, não descreveu a randomização, não mencionou critérios de exclusão e não relatou a análise estatística.

A RS²³ avaliou a espasticidade de forma geral e englobou todos os outros quatro ECR que avaliaram especificamente a espasticidade na lesão medular. Em um desses estudos foi comparado tizanidina *versus* placebo e nos outros três baclofeno *versus* placebo. Dos três estudos envolvendo baclofeno, dois foram considerados pelo autor como de baixa qualidade e outro de moderada qualidade. Esse, por sua vez, demonstrou benefício do baclofeno, porém não relatou o valor de “p” e envolveu apenas seis participantes.

No outro ECR duplo-cego paralelo, considerado de moderada qualidade pelo autor,²³ que comparou tizanidina *versus* placebo, avaliou-se a espasticidade após lesão medular em pacientes de 15 a 69 anos. Nesse estudo foi demonstrado benefício de tizanidina comparada ao placebo em relação a pontuação na escala Ashworth (-3,70 SE 0,67) ($p < 0,0001$) e do teste do pêndulo ($p < 0,004$). Não houve diferença na frequência dos espasmos. No grupo de tizanidina, 81% dos pacientes relataram pelo menos um efeito adverso contra 53% no grupo placebo ($p = 0,002$). Os efeitos adversos mais comuns com tizanidina foram sonolência e boca seca ($p < 0,001$).

Espasticidade na lesão cerebral

Foram encontradas cinco RS^{23,32,34-36} que avaliaram o tratamento da espasticidade após lesão cerebral. Distribuídos entre essas RS, seis ECR diferentes foram descritos, dos quais dois ECR avaliaram a espasticidade após lesão cerebral por diversas causas (após trauma encefálico ou doença cérebro vascular, etc.) e não encontraram diferença significativa entre baclofeno *versus* tizanidina e entre baclofeno *versus* placebo.

Os outros quatro ECR avaliaram a espasticidade especificamente após acidente vascular cerebral. Desses, um ECR que avaliou tizanidina *versus* placebo não encontrou diferença significativa entre os grupos e um outro ECR que avaliou baclofeno *versus* placebo especificamente em idosos foi interrompido devido à elevada ocorrência de efeitos adversos como sonolência em 76% do grupo de baclofeno. Dois ECR, com Jadad 4, tiveram achados de eficácia significativa. Um desses ECR (n=17), duplo-cego *crossover* avaliou tizanidina 4-36mg *versus* placebo por 15 semanas e mostrou melhora com tizanidina na escala Ashworth ($p<0,0001$), no tônus motor ($p=0,006$) e na escala de espasmos de Penn ($p=0,046$). O outro ECR (n=20) duplo cego *crossover* avaliou baclofeno 30mg/dia *versus* placebo e encontrou benefício com baclofeno na escala de Ashwort ($p<0,001$). Não foram detalhadas as limitações desses ECR.

Contextualização ao cenário de prática da APS e Medicina de Família no Brasil

Apesar dos relaxantes musculares serem populares, a *American Pain Society* e a *American College of Physicians* recomendam utilizar paracetamol e anti-inflamatórios não esteroides como tratamento de primeira linha para dor lombar e reserva os relaxantes musculares como opção alternativa.³⁷ Embora demonstrem benefício comparado a placebo para algumas condições clínicas avaliadas nessa revisão, não foram encontradas evidências comparando relaxantes musculares a outras classes de medicamentos ou como coadjuvantes. Portanto, é preciso individualizar seu uso na prática clínica conforme a resposta da pessoa, as opções de tratamento não farmacológico e farmacológico já disponíveis no sistema público de saúde, considerando as evidências existentes e o perfil de efeitos adversos dos relaxantes musculares.

Esse estudo não se propôs a avaliar o uso de outros recursos terapêuticos disponíveis no SUS, como diazepam, toxina botulínica, fisioterapia e práticas integrativas como acupuntura. Diazepam é um medicamento sujeito à prescrição controlada, que possui risco de abuso, não estando prontamente disponível na maioria dos ambulatórios de atenção primária para manejo de dor aguda. Toxina botulínica é utilizada em serviços de reabilitação, também não presente na APS. De qualquer forma, como parte da avaliação dos relaxantes musculares como nova tecnologia em saúde a ser incluída no SUS, talvez deva se considerar sua comparação com essas outras intervenções.

Nessa revisão, ciclobenzaprina demonstrou benefício no sono e na melhora geral dos pacientes com fibromialgia. Também demonstrou ser eficaz em casos de dor miofascial mandibular. Além disso, mostrou-se superior ao placebo no tratamento da dor lombar, porém com efeito modesto, mais presente nos quatro primeiros dias, o que sugere aconselhar seu uso por curtos períodos.²⁶ O profissional, ao prescrever esse medicamento, deve estar atento aos efeitos adversos citados em praticamente todas as pesquisas: sonolência e boca seca.

Quanto ao carisoprodol para dor lombar, apesar de não haver diferença significativa comparado com ciclobenzaprina, existem menos ensaios com esse fármaco. Além disso, carisoprodol possui potencial de provocar dependência física e psicológica.²³ Dessa maneira, deveria ser reservado como última linha de terapia.³⁷

Nos estudos encontrados pôde-se notar a constante dicotomia tizanidina *versus* baclofeno que parecem demonstrar benefícios sobre o placebo quanto à melhora da espasticidade de modo geral. Porém, não se identificou diferenças entre estes fármacos.

No Sistema Único de Saúde (SUS) nenhum relaxante muscular de uso oral descrito pela ATC faz parte da RENAME atualmente.⁴ Em parte, isso pode ocorrer devido à falta de conhecimento embasado em evidências científicas sobre a eficácia e a relação de custo-benefício destes medicamentos.

Assim, devido à popularidade e uso indiscriminado dos relaxantes musculares no tratamento de afecções frequentes na prática clínica da APS, é necessário que exista conhecimento, por parte dos profissionais, a respeito das evidências disponíveis sobre essa classe de medicamentos.

Conclusão

Os relaxantes musculares em geral comparados a placebo ou entre si apresentaram poucas evidências com estatística significativa. Portanto, para uso ambulatorial, a seleção do medicamento deve ser baseada no perfil de efeitos adversos, preferência do paciente, potencial de abuso, potencial de interação com outros medicamentos, custo e outras características individuais dos fármacos. Não se pode afirmar que o uso isolado de relaxantes musculares ou mesmo associado a medicamentos com ação analgésica é benéfico a ponto de se considerar sua inclusão no Sistema Único de Saúde.

A maioria dos estudos incluídos nas revisões sistemáticas foi considerada de moderada qualidade, com problemas diversos como sigilo de alocação, cegamento, número de participantes pequeno, perda de seguimento e análise por protocolo. Em alguns cenários, não se pode descartar a ocorrência de viés de publicação, embora os autores tenham procurado minimizá-lo. Dessa forma, é necessário dar seguimento a essa pesquisa com busca por estudos primários com adequada qualidade metodológica e maior número de participantes, que avaliem a eficácia dos relaxantes musculares e considerem também seu uso como fármaco adjuvante.

Referências

1. Pereira LCM, L'Abbate GL. Miorrelaxantes no tratamento da dor. In: Alves Neto O, Costa CMC, Siqueira JTT, Teixeira MJ, orgs. Dor: Princípios e Prática. Porto Alegre: Artmed; 2009.
2. Duncan BB, Schmidt MI, Giuliani ERJ. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.
3. Associação da Indústria Farmacêutica de pesquisa [homepage na internet]. Guia 2017 Interfarma [acesso 27 Jan 2017]. Disponível em: <https://www.interfarma.org.br/guia/guia-2017/dados-do-setor#ranking-de-medicamentos>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais 2014 [Internet]. [acesso 17 Jun 2016]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_essenciais_rename_2014.pdf
5. Rebolho MCT, Rocha LE, Teixeira LR, Casarotto RA. Prevalência de dor músculo esquelética e percepção de hábitos posturais entre estudantes do ensino fundamental. Rev Med [Internet]. Jun 2011 [acesso 18 Nov 2017];90(2):68-77. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/58887>. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v90i2p68-77>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Conjunta nº. 29, de maio de 2017. Anexo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Espasticidade. Diário Oficial da União 30 mai 2017; Seção 1 [Internet]. [acesso 24 Jan 2018]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Protocolo_Uso/Portaria_SAS-SCTIE_2_PCDT_Espasticidade_29_05_2017.pdf
7. Witenko C, Moorman-Li R, Motycka C, Duane K, Hincapie-Castillo J, Leonard P, et al. Considerations for the appropriate use of skeletal muscle relaxants for the management of acute low back pain. P T. 2014;39(6):427-35.
8. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Updates included in the ATC/DDD [Internet]. Nydalen: WHO/Norwegian Institute of Public Health. 2016 [atualizada em 2016 dez 19; acesso 22 Dez 2016]. Disponível em: https://www.whocc.no/atc_ddd_index/?code=M03&showdescription=yes

9. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária [Internet]. Consulta de Produto - Medicamentos [acesso 17 Jun 2016]. Disponível em: http://www7.anvisa.gov.br/datavisa/Consulta_Produto/consulta_medicamento.asp
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: elaboração de pareceres técnico-científicos/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. 3ª ed., revisada e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 80 p.
11. Wallace JD. Summary of combined clinical analysis of controlled clinical trials with tizanidine. *Neurology*. 1994;44(11 Suppl 9):S60-8; discussion S68-9.
12. Manfredini D, Landi N, Tognini F, Orlando B, Bosco M. Muscle relaxants in the treatment of myofascial face pain. A literature review. *Minerva Stomatol*. 2004;53(6):305-13.
13. Lataste X, Emre M, Davis C, Groves L. Comparative profile of tizanidine in the management of spasticity. *Neurology*. 1994;44(11 Suppl 9):S53-9.
14. Groves L, Shellenberger MK, Davis CS. Tizanidine treatment of spasticity: a meta-analysis of controlled, double-blind, comparative studies with baclofen and diazepam. *Adv Ther*. 1998;15(4):241-51.
15. Boothby LA, Doering PL, Hatton RC. Carisoprodol: a marginally effective skeletal muscle relaxant with serious abuse potential. *Hosp Pharm*. 2003;38(4):337-45. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/001857870303800406>
16. Gabriel SE, Bombardier C. Clinical trials in fibrositis: a critical review and future directions. *J Rheumatol Suppl*. 1989;19:177-9.
17. Tofferi JK, Jackson JL, O'Malley PG. Treatment of fibromyalgia with cyclobenzaprine: A meta-analysis. *Arthritis Rheum*. 2004;51(1):9-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/art.20076>
18. Roskell NS, Beard SM, Zhao Y, Le TK. A meta-analysis of pain response in the treatment of fibromyalgia. *Pain Pract*. 2011;11(6):516-27. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1533-2500.2010.00441.x>
19. Richards BL, Whittle SL, Buchbinder R. Muscle relaxants for pain management in rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;1:CD008922.
20. Baldinger R, Katzberg HD, Weber M. Treatment for cramps in amyotrophic lateral sclerosis/motor neuron disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012(4):CD004157. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004157.pub2>
21. Peloso P, Gross A, Haines T, Trinh K, Goldsmith CH, Burnie S; Cervical Overview Group. Medicinal and injection therapies for mechanical neck disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(3):CD000319.
22. Leite FM, Atallah AN, El Dib R, Grossmann E, Januzzi E, Andriolo RB, et al. Cyclobenzaprine for the treatment of myofascial pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009(3):CD006830.
23. Chou R, Peterson K, Helfand M. Comparative efficacy and safety of skeletal muscle relaxants for spasticity and musculoskeletal conditions: a systematic review. *J Pain Symptom Manage*. 2004;28(2):140-75. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2004.05.002>
24. Vroomen PC, de Krom MC, Slofstra PD, Knottnerus JA. Conservative treatment of sciatica: a systematic review. *J Spinal Disord*. 2000;13(6):463-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00002517-200012000-00001>
25. Luijsterburg PA, Verhagen A, Ostelo RW, van Os TA, Peul WC, Koes BW. Effectiveness of conservative treatments for the lumbosacral radicular syndrome: a systematic review. *Eur Spine J*. 2007;16(7):881-99. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00586-007-0367-1>
26. Browning R, Jackson JL, O'Malley PG. Cyclobenzaprine and back pain: a meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2001;161(13):1613-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.161.13.1613>
27. Shakespeare DT, Boggild M, Young C. Anti-spasticity agents for multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003(4):CD001332.
28. Paisley S, Beard S, Hunn A, Wight J. Clinical effectiveness of oral treatments for spasticity in multiple sclerosis: a systematic review. *Mult Scler*. 2002;8(4):319-29. DOI: <http://dx.doi.org/10.1191/1352458502ms795rr>
29. Beard S, Hunn A, Wight J. Treatments for spasticity and pain in multiple sclerosis: a systematic review. *Health Technol Assess*. 2003;7(40):iii, ix-x, 1-111.
30. Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society, Delgado MR, Hirtz D, Aisen M, Ashwal S, Fehlings DL, McLaughlin J, et al. Practice parameter: pharmacologic treatment of spasticity in children and adolescents with cerebral palsy (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology*. 2010;74(4):336-43.

31. Navarrete-Opazo AA, Gonzalez W, Nahuelhual P. Effectiveness of Oral Baclofen in the Treatment of Spasticity in Children and Adolescents With Cerebral Palsy. *Arch Phys Med Rehabil.* 2016;97(4):604-18. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2015.08.417>
32. Montané E, Vallano A, Laporte JR. Oral antispastic drugs in nonprogressive neurologic diseases: a systematic review. *Neurology.* 2004;63(8):1357-63. Epub 2004/10/27.
33. Taricco M, Pagliacci MC, Telaro E, Adone R. Pharmacological interventions for spasticity following spinal cord injury: results of a Cochrane systematic review. *Eura Medicophys.* 2006;42(1):5-15.
34. Marshall S, Teasell R, Bayona N, Lippert C, Chundamala J, Villamere J, et al. Motor impairment rehabilitation post acquired brain injury. *Brain Inj.* 2007;21(2):133-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/02699050701201383>
35. Lindsay C, Kouzouna A, Simcox C, Pandyan AD. Pharmacological interventions other than botulinum toxin for spasticity after stroke. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;10:CD010362. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD010362.pub2>
36. Olvey EL, Armstrong EP, Grizzle AJ. Contemporary pharmacologic treatments for spasticity of the upper limb after stroke: a systematic review. *Clin Ther.* 2010;32(14):2282-303. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clinthera.2011.01.005>
37. See S, Ginzburg R. Choosing a skeletal muscle relaxant. *Am Fam Physician.* 2008;78(3):365-70.

Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Florianópolis, SC, Brasil.
livia.helena.freitas@gmail.com (*Autora correspondente*); jardel_coli@yahoo.com.br

Avaliação dos resultados obtidos nos grupos de controle do tabagismo realizados numa unidade de saúde de Curitiba-PR

Evaluation of the results obtained in the smoking control groups performed at a health unit in Curitiba-PR

Evaluación de los resultados obtenidos en los grupos de control del tabaquismo realizados en una unidad de salud de Curitiba-PR

Lucileyne Wittkowski, Cynthia Ramos Soares Dias

Resumo

Introdução: O tabagismo é fator de risco para diversas doenças, sendo responsável por seis óbitos a cada segundo. No Brasil, sua prevalência é de 14,7%. A terapia cognitivo comportamental é alicerce principal para esta abordagem. **Objetivo:** Avaliar os resultados obtidos nos grupos do programa nacional de controle do tabagismo (PNCT) desenvolvidos numa unidade municipal de saúde (UMS) de Curitiba – Paraná (PR), com ênfase na avaliação da taxa de cessação da dependência nicotínica e análise do perfil clínico epidemiológico dos pacientes. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, observacional e retrospectivo. Foram analisados dados da população participantes dos grupos do PNCT através das fichas da avaliação inicial e das planilhas de consolidação de informações do Ministério da Saúde. **Resultados:** Foram realizados 8 grupos, totalizando 160 tabagistas. 68% eram do sexo feminino, 38% eram casados e 32,5% tinham ensino fundamental incompleto. A média de idade foi de 47,2 anos e de início do tabagismo, de 15 anos. A porcentagem de cessação do uso do tabaco variou de 12,5 até 72,7 ao final do primeiro mês. A taxa de desistência do tratamento chegou a 62,5% nos grupos. **Conclusão:** Os Grupos do Programa de Controle ao Tabagismo apresentam resultados a curto prazo, porém alto índice de abandono do tratamento. Houve baixa adesão à manutenção da abstinência no decorrer do tempo. Maiores esforços devem ser destinados visando uma abstinência duradoura.

Palavras-chave:

Tabagismo
Uso de Tabaco
Abandono do Uso de Tabaco
Terapia Cognitiva

Abstract

Introduction: Smoking is a risk factor for several diseases and is responsible for six deaths every second. In Brazil, its prevalence is 14.7%. Cognitive behavioral therapy (CBT) is the cornerstone for this approach. **Objective:** To evaluate the results obtained in the National Program of Tobacco Control (PNCT) groups developed at a Municipal Health Unit (UMS) in Curitiba – Paraná (PR), with emphasis on the evaluation of the cessation rate of nicotine dependence and analysis of the epidemiological clinical profile of patients. **Methods:** It is a descriptive, observational and retrospective study. Data from the population participating in the PNCT groups were analyzed through the initial evaluation records and information consolidation spreadsheets of the Ministry of Health (MS). **Results:** Eight groups were performed totalizing 160 smokers. 68% were women, 38% were married and 32.5% had incomplete fundamental teaching. The average age was 47.2 years and the onset of smoking was 15 years. The percentage of cessation of tobacco use ranged from 12.5 to 72.7 at the end of the first month. The dropout rate reached 62.5% in the groups. **Conclusion:** The Tobacco Control Program Groups have results in the short term, but high index of abandonment of the treatment. There was low adherence to abstinence maintenance over time. Greater efforts should be directed towards lasting abstinence.

Keywords:

Tobacco use disorder
Tobacco Use
Tobacco Use Cessation
Cognitive Therapy

Como citar: Wittkowski L, Dias CRS. Avaliação dos resultados obtidos nos grupos de controle do tabagismo realizados numa unidade de saúde de Curitiba-PR. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-11. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1463](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1463)

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: 02/02/2017.
Aprovado em: 07/02/2018.

Resumen

Introducción: El tabaquismo es factor de riesgo para diversas enfermedades siendo responsable de seis muertes cada segundo. En Brasil, su prevalencia es del 14,7%. La terapia cognitiva conductual (TCC) es la base principal para este abordaje. **Objetivo:** Evaluar los resultados obtenidos en los grupos del Programa Nacional de Control del Tabaquismo (PNCT) desarrollados en una Unidad Municipal de Salud (UMS) de Curitiba – Paraná (PR), con énfasis en la evaluación de la tasa de cesación de la dependencia nicotínica y análisis del perfil clínico epidemiológico de los pacientes. **Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. Fueron analizados datos de la población participante de los grupos del PNCT por medio de las fichas de evaluación inicial y las plantillas de consolidación de informaciones del Ministerio de la Salud (MS). **Resultados:** Fueron realizados 8 grupos, totalizando 160 tabaquistas. 68% eran del sexo femenino, 38% estaban casados y 32,5% habían cursado la Educación Fundamental incompleta. El promedio de edad fue de 47,2 años y de inicio del tabaquismo de 15 años. El porcentaje de cesación del uso del tabaco ha variado de 12,5% a 72,7% al final del primer mes. La tasa de desistimiento del tratamiento llegó a los 62,5% en los grupos. **Conclusión:** Los Grupos del Programa de Control al Tabaquismo presentan resultados a corto plazo, pero alto índice de abandono del tratamiento. Hubo una baja adhesión al mantenimiento de la abstinencia en el transcurso del tiempo. Mayores esfuerzos deben ser destinados para una abstinencia duradera.

Palabras clave:

Tabaquismo
Uso del Tabaco
Cese del Uso de Tabaco
Terapia Cognitiva

Introdução

Estima-se que existam mais de 1 bilhão de fumantes no mundo, com cerca de 5,4 milhões de óbitos anualmente em nível internacional, sendo que o tabagismo encontra-se entre as principais causas de mortes evitáveis, devendo alcançar mais de 10 milhões de mortes anuais em 2030.^{1,2}

De acordo com dados do Vigitel/2016, o percentual de adultos fumantes nas 27 capitais brasileiras foi de 10,2%, sendo 12,7% para homens e 8% para mulheres. Dados da região Sul do país mostraram uma maior frequência de adultos fumantes em Curitiba (PR), com 17,8% para o sexo masculino e 10,7 para feminino.³

Os fatores que se relacionam, tanto em nível nacional quanto internacional, ao hábito de fumar são: homens, negros e pardos, baixa escolaridade e população desfavorecida de centros urbanos.¹ A prevalência é maior em pessoas etilistas ou que apresentem entes próximos dependentes da nicotina, sendo que o início do ato de fumar vem acontecendo nas faixas etárias cada vez mais baixas.¹

Entre um terço e metade dos tabagistas morrem em média 15 anos mais precocemente.⁴ Além disso, o cigarro é responsável por 40 a 45% de todos os óbitos por neoplasias, ocorrendo em torno de 6 óbitos a cada segundo.^{1,5,6} Associado à alta mortalidade, o custo financeiro fornecido para atendimentos médicos, perda de produtividade e o próprio desfecho “morte” fazem do tabagismo um problema de saúde pública.¹ Ademais, o tabagismo passivo é considerado a terceira maior causa de morte evitável, sendo responsável por cerca de 600 mil mortes anuais entre não fumantes.^{1,2}

Tendo em vista que a vontade de parar de fumar está presente em 80% dos indivíduos que usam tabaco, sendo que destes apenas 3% realmente conseguem cessar a dependência a cada ano, o incentivo ao tratamento da dependência nicotínica foi colocado em pauta.^{5,7}

Em meados de 2000, o Instituto Nacional do Câncer, por meio do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), desenvolveu o 1º Encontro Nacional de Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante, no qual foram definidas as principais recomendações sobre a abordagem e manejo do paciente tabagista. Com foco na cessação do tabagismo, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tornou-se alicerce principal desta abordagem, associada a apoio medicamentoso conforme condições específicas.⁷

Além disso, objetivou a implantação desta iniciativa em todas as Unidades de Saúde do país, expandindo a educação sobre o parar de fumar a todos os profissionais da área da saúde, capacitando-os a introduzir em sua prática cotidiana uma abordagem eficaz ao tabagismo.⁵

Porém, desde 1996, o Brasil iniciou o conceito de “fumódromo”, trazendo em ascensão o controle do uso e divulgação do cigarro, por intermédio da Lei Federal nº 9294/1996.^{8,9} Após 15 anos, a Lei Federal nº 12546/2011 vetou o tabagismo em ambientes coletivos.⁹ Estudo que avaliou programas de promoção de saúde em 1600 Unidades de Saúde brasileiras demonstrou que 54% possuem atividades de controle do tabagismo.¹⁰

O objetivo do presente estudo foi avaliar os resultados obtidos nos Grupos do PNCT desenvolvidos numa Unidade Municipal de Saúde de Curitiba (PR), durante o período de setembro de 2015 a setembro de 2016, associado à análise do perfil clínico epidemiológico dos pacientes participantes da estratégia.

Métodos

O desenho deste estudo caracteriza-se pelo delineamento Descritivo Observacional Retrospectivo.

Os grupos do PNCT são realizados sob autorização do Ministério da Saúde (MS) numa Unidade Municipal de Saúde de Curitiba (PR). Os grupos são baseados na TCC, com duração de 1 ano, sendo estruturados por meio de 4 sessões, com intervalos semanais no primeiro mês, durando de 1 a 2 horas, seguidos de 2 sessões com intervalos quinzenais no segundo mês, passando para encontros mensais de manutenção, realizados em grupo ou individual até completar 1 ano. A TCC é complementada por consultas médicas para avaliação da necessidade de apoio medicamentoso.

Anteriormente ao início do grupo, os participantes passam por preenchimento da Ficha de Avaliação Inicial constando dados pessoais, história tabágica e história clínica. Além disso, o MS exige controle rigoroso da evolução das sessões, dispensação dos manuais e das medicações com o preenchimento e envio trimestral de Planilhas de Consolidação de Informações contendo tais informações.¹¹

O Programa de Controle do Tabagismo pode ser ministrado por qualquer profissional de saúde, desde que instruído para tal. Cursos de capacitação são oferecidos pela Prefeitura Municipal de forma obrigatória para o desenvolvimento da abordagem. Neste estudo, os grupos foram manejados por dois médicos residentes habilitados. Além disso, é necessário espaço físico disponível. A Unidade de Saúde onde foi desenvolvido a abordagem opera sob o modelo de Estratégia Saúde da Família (ESF), possuindo aproximadamente 20.000 habitantes adscritos vinculados a 4 Equipes de Saúde da Família (eSF).

A população da presente pesquisa foi composta pelos tabagistas que participaram dos grupos. Utilizaram-se os dados referentes às Fichas de Avaliação Inicial e as Planilhas de Consolidação de Informações do MS dos grupos desenvolvidos entre o período de setembro de 2015 a setembro de 2016. No final deste período, contato telefônico/consulta presencial foi realizado, pelos responsáveis dos grupos, a fim de verificar a manutenção da abstinência da amostra, através de questionamento direto sobre a permanência ou não da abstinência.

As variáveis analisadas relacionadas aos participantes foram as que constam na Ficha de Avaliação Inicial, incluindo dados sociais gerais de identificação, história do uso do tabaco, Teste de Fagerström, grau

de motivação, história clínica – fatores de risco associados/contra indicações do apoio medicamentoso, comorbidades psiquiátricas, indicação de apoio medicamentoso e evoluções. Já as variáveis referentes aos grupos envolviam dispensação de manuais e medicações, presença nas sessões, apoio medicamentoso, cessação ou não do tabagismo.

Assim, foram incluídos na análise dos dados os pacientes tabagistas que passaram pelo preenchimento da Ficha de Avaliação Inicial e que participaram dos grupos com assiduidade nas sessões. Faltosos sem a devida justificativa e ausência/preenchimento incompleto da Ficha de Avaliação Inicial foram excluídos da amostra.

Os resultados foram coletados e digitalizados em planilhas do Microsoft Excel. Com o uso deste programa, a análise de dados foi realizada por meio de medidas de dispersão e medidas de tendência central.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba – PR, CAAE número 55403816.4.0000.0101, parecer número 1.552.735, aprovada no mês de maio de 2016.

Resultados

No período analisado, foram realizados 8 grupos de tabagismo, com um total de 160 pacientes, sendo que, destes, 40 foram convocados a participarem mais de uma vez, perfazendo uma amostra final de 120 novos pacientes.

Dos 120 tabagistas participantes, 82 (68%) eram do sexo feminino, incluindo 6 (5%) gestantes e 2 (1,6%) em aleitamento materno. A Tabela 1 mostra a distribuição de gênero por grupo. A média de idade foi de 47,2 anos, variando de 19 a 74 anos.

Tabela 1. Distribuição do gênero por grupo – Unidade de Saúde Lotiguaçu-Curitiba/PR, 2016.

Grupos	Feminino	Masculino	Total
1	25	7	32
2	14	7	21
3	16	4	20
4	11	4	15
5	13	8	21
6	8	4	12
7	15	7	22
8	11	6	17
Total	113	47	160

A Tabela 2 mostra o perfil de escolaridade, renda familiar e estado civil.

Em relação à idade de início do tabagismo, a média total foi de 15 anos, não havendo variação entre homens e mulheres. Dos 120 pacientes, 45 (37,5%) referem medo de engordar após parar de fumar, sendo 35 (78%) mulheres e 10 (22%) homens. Apenas 18 (15%) pacientes do total referem que o cigarro emagrece, sendo que, destes, 10 (55%) relataram medo de aumento ponderal.

Ao analisar a história do uso do tabaco, obtiveram-se os resultados apresentados na Tabela 3. Dos 101 (84%) pacientes que referem ter o cigarro como calmante, 90 (89%) o utilizam durante a ansiedade.

Tabela 2. Frequência de Escolaridade, Renda Familiar e Estado Civil - Unidade de Saúde Lotiguaçu-Curitiba/PR, 2016.

	Variáveis	n	%
Escolaridade	Sem escolaridade	11	9,2
	Fundamental incompleto	39	32,5
	Fundamental completo	20	16,7
	Médio incompleto	14	11,7
	Médio completo	26	21,7
	Superior incompleto	6	5,0
	Superior completo	3	2,5
	Não sabe	1	1,0
	Total	120	100,0
Renda Familiar	Até 2 SM	67	55,8
	De 2 até 4 SM	37	30,8
	De 4 até 7 SM	4	3,3
	De 7 até 10 SM	2	1,7
	Não sabe	10	8,3
	Total	120	100,0
Estado Civil	Casado	45	37,5
	Solteiro	33	27,5
	Viúvo	14	11,7
	Outro	11	9,2
	Divorciado	10	8,3
	Separado	7	5,8
	Total	120	100,0

SM: salários mínimos.

Foi constatado que 20 (17%) pacientes, da amostra total, residem sozinhos. Dos 100 (83%) participantes restantes, aproximadamente 53 (50%) pessoas convivem com fumante em casa.

Em relação a tentativas anteriores de abandonar tabagismo, 97 (81%) participantes já tentaram cessar tabagismo em algum momento. Ao avaliar o uso de recursos para auxiliar na cessação ao tabagismo, evidencia-se que 94 (78%) não utilizaram nenhuma ferramenta para ajudar no processo de cessação.

Sobre o Teste de Fagerström aplicado, foi observado que 28 (23%) pacientes obtiveram pontuação de 6 no escore, 19 (16%) pessoas com escore de 5, 17 (14%) com nota 7 e 16 (13%) com escore 8, os demais participantes ficaram amplamente divididos nos demais escores do teste.

No transcorrer dos grupos, obteve-se um total de convocados, equivalendo ao número total de pessoas convidadas a participarem. Destas, uma parcela não iniciou o tratamento, enquanto que outra parte foi desistindo do acompanhamento, perfazendo uma taxa de abandono. Dos que se mantiveram até o final da abordagem, foi contabilizado quantos conseguiram parar de fumar, produzindo a taxa de cessação ao tabagismo.

A Tabela 4 traz o perfil de evolução de cada um dos 8 grupos. Verifica-se a quantidade de convocados por grupo, quantos compareceram na primeira e quarta sessão (gerando a taxa de abandono por grupo - desistência do tratamento). Quantifica-se, ainda, a cessação do tabagismo na última sessão e uso de medicação de apoio. Foram 160 pessoas convocadas a participar dos grupos, 85 (53%) estiveram presentes no primeiro encontro e 50 (31%) mantiveram frequência ao final do primeiro mês. A porcentagem de

Tabela 3. História do uso do tabaco: razões para fumar, situações relacionadas ao tabaco e motivos para deixar de fumar.

	Variáveis*	Sim	%
Razões para fumar	É um grande prazer	51	43%
	É muito saboroso	35	29%
	O cigarro acalma	101	84%
	É charmoso	7	6%
	Emagrece	18	15%
	Para distração	43	36%
Situações relacionadas ao tabaco	Café	79	66%
	Após refeições	95	79%
	Bebida alcoólica	46	38%
	Alegria	43	36%
	Tristeza	87	73%
	Ansiedade	102	85%
	Telefone	33	28%
	Trabalho	41	34%
	Outra situação	21	18%
Motivos para deixar de fumar	Sente que o tabaco está afetando a saúde	97	81%
	Pelo bem-estar da família	77	64%
	Familiares pedem, exceto filhos	47	39%
	Filhos pedem	61	51%
	Sente pressionado pelas pessoas	27	23%
	Fumar é antissocial	52	43%
	Gasto dinheiro com cigarro	72	60%
	Preocupa com saúde no futuro	90	75%
	Não quer ser dependente	67	56%
	Fumar é mal exemplo para crianças	78	65%
	Outro	6	5%

* Variáveis independentes. Unidade de Saúde Lotiguaçu-Curitiba/PR, 2016.

abstinência ao cigarro no final do primeiro mês variou de 12,5 (grupo 3) até 72,7 (grupo 2). Analisando o percentual de abandono do grupo, o menor foi de 27,3% (grupo 2) e o maior de 62,5% (grupo 3). Em relação ao uso de medicação, a variação ocorreu de 25% (grupo 3) para 100% (grupo 6).

Tabela 4. Perfil de evolução de cada grupo – Unidade de Saúde Lotiguaçu-Curitiba/PR, 2016.

Grupo	Convocados para grupo	Participaram da 1ª sessão	Participaram da 4ª sessão	Sem fumar na 4ª sessão	Abandono (%)	Cessaçao (%)	Usaram medicação (%)
1	32	21	11	10	47,6	47,6	66,7
2	21	11	8	8	27,3	72,7	81,8
3	20	8	3	1	62,5	12,5	25,0
4	15	13	9	9	30,8	69,2	69,2
5	21	8	4	2	50,0	25,0	50,0
6	12	6	4	4	33,3	66,7	100,0
7	22	10	6	6	40,0	60,0	70,0
8	17	8	5	5	37,5	62,5	37,5
Total	160	85	50	45	X	X	X

Em relação à indicação de medicação, 54 (34%) participantes usaram algum método disponível, distribuídos da seguinte forma: aproximadamente 43 (80%) usaram somente adesivo, 8 (15%) adesivo + bupropiona, 2 (4%) somente a bupropiona e 1 (1%) outras medicações.

Um dos conceitos bem trabalhados durante os grupos é a forma como o paciente escolhe para cessar tabagismo. Há três opções: abrupta (escolhido um dia para parar – “dia D”), gradual por redução (reduz a quantidade de cigarros fumados ao dia até cessar, num período não superior a sete dias) e gradual por adiamento (adia-se o horário para acender o primeiro cigarro do dia até cessar, num período não superior a sete dias).¹¹ O método de parada predominante escolhido pelos pacientes em todos os grupos foi o abrupto, apenas uma pessoa escolheu gradual por redução e outra gradual por adiamento.

Ao averiguar a manutenção da abstinência ao cigarro dos pacientes que findaram os grupos sem fumar, verificaram-se os resultados mostrados na Tabela 5. Convém ressaltar que após as quatro primeiras sessões, equivalente ao primeiro mês da realização dos grupos, todos os pacientes que se mantiveram sem tabaco foram convocados para as sessões de manutenção. Esta fase de acompanhamento foi organizada a cada 15 dias, no segundo mês, e mensal até completar um ano.

Tabela 5. Manutenção da abstinência no decorrer o tempo - Unidade de Saúde Lotiguaçu-Curitiba/PR, 2016.

Grupo	Abstinentes 4ª sessão	Após acompanhamento	%
1	10	3	30,0
2	8	4	50,0
3	1	1	100,0
4	9	2	22,2
5	2	2	100,0
6	4	1	25,0
7	6	6	100,0
8	5	X	X
Total	45	19	X

No presente estudo, a partir do terceiro mês não houve participação dos abstinentes. Dessa forma, no final do período analisado, foi verificado o status atual após cessação por meio de contato telefônico/ consulta presencial. Apenas os pacientes que se apresentaram sem fumar na quarta sessão dos grupos foram consultados.

A Tabela 5 deve ser interpretada com devido cuidado. Todos os grupos foram acompanhados no decorrer do tempo, porém o intervalo de tempo de seguimento de cada grupo é diferente. A presente pesquisa foi realizada no período de um ano (setembro/2015 a setembro/2016). A análise da manutenção da abstinência foi feita em setembro/2016, conforme explicado anteriormente. Assim, os dados referentes ao grupo 1, realizado em setembro/2015, mostram acompanhamento completo após um ano. No período de março/2016 até setembro/2016 foi iniciado um grupo a cada mês. Sendo assim, o período de acompanhamento dos grupos descritos é: grupo 2 - 6 meses, grupo 3 - 5 meses, grupo 4 - 4 meses, grupo 5 - 3 meses, grupo 6 - 2 meses, grupo 7 - 1 mês, grupo 8 - não teve período de acompanhamento.

Discussão

O perfil socioeconômico da amostra estudada nesta pesquisa caracterizou-se por uma população adulta, casada, com predomínio do sexo feminino e ensino fundamental incompleto, com renda familiar de até 2 salários mínimos. Dados semelhantes foram encontrados em estudo desenvolvido pelo HC/UNICAMP em que, dos 171 tabagistas avaliados, 73,4% eram mulheres, 48% casadas, 74,6% tinham escolaridade fundamental e 57% estavam trabalhando.¹²

A prevalência de tabagistas do sexo feminino, em análise feita nas capitais brasileiras em 2010, é de 12,4%.¹³ Bittencourt et al.,¹⁴ em seu estudo, detectaram que mulheres com ensino fundamental/médio apresentaram mais chances de pensar em cessar tabagismo comparadas com ensino superior após se depararem com advertências nos maços de cigarro.

Cessado o uso do tabaco, o paciente pode ter aumento ponderal, em torno de 5 kg no primeiro ano.¹ Na análise dos dados constatou-se que o medo de engordar existe, sendo o cigarro utilizado como calmante nos momentos de ansiedade. O pensamento de que o tabaco atua como calmante é equivocada. A nicotina atua na área de recompensa cerebral, liberando neurotransmissores. Entre eles, destaca-se a dopamina, que gera sensação curta de bem-estar, bom humor e hiperfoco, a norepinefrina e a acetilcolina que, juntas, provocam excitação, tornando o cigarro um estimulante.⁶

A cessação do tabagismo é uma tarefa difícil devido à dependência química, exigindo várias tentativas para se obter sucesso. Azevedo et al.¹² mostraram que, de 171 tabagistas, 76% já tinham tentado parar de fumar, resultado próximo ao encontrado na atual pesquisa. Bittencourt et al.¹⁴ evidenciaram que pessoas do sexo feminino que tiveram vontade de parar no último ano apresentaram maior chance de abandonar tabaco comparadas às que nunca tentaram.

Houve grande variação, entre os grupos, tanto nas taxas de abandono do tratamento quanto nas taxas de cessação do tabagismo, porém 5 grupos tiveram taxas superiores a 50% de cessação do ato de fumar. Em grupo realizado numa Unidade de Saúde de Jundiá, 12 fumantes participaram das sessões. Foram desenvolvidos 6 encontros com frequência semanal, obtendo uma taxa de 60% de cessação no final dos encontros.¹⁵

Correlacionando-se aos resultados obtidos, estudo desenvolvido num hospital público de Brasília constatou que dos 109 tabagistas participantes das 4 sessões de TCC semanal associado a apoio medicamentoso, 83,6% cessaram tabagismo no final das sessões. Foi realizada avaliação de 3 grupos diferentes e detectada taxa de 43,8% de abstinência após 4 meses e 36,6% após 6 meses de acompanhamentos.¹⁶ Em contrapartida, Azevedo et al.¹² encontraram percentual de 79,1 que pararam de fumar durante o tratamento. Avaliados após 25 meses, 62% continuavam sem fumar.

Os dados fornecidos no presente estudo mostram altas porcentagens de desistência do tratamento. Ademais, o percentual que se manteve em abstinência após passar do tempo não é muito satisfatório. Estudo numa unidade de Saúde de Cuiabá/MT seguiu por um semestre 216 fumantes, obtendo 142 (65,74%) pessoas que completaram tratamento em 6 meses, sendo que 74 (34,26%) abandonaram o controle.¹⁷

Em uma revisão da Cochrane, autores concluíram que intervenções que combinem TCC com apoio medicamentoso aumentam o sucesso da cessação ao tabagismo comparado a intervenção mínima ou

cuidados diários.¹⁸ Outra revisão sobre Grupos de Terapia Comportamental nos Programas Anti-Tabaco revela que terapia em grupo é melhor para ajudar as pessoas a parar de fumar do que a autoajuda e outras terapias menos intensivas, porém não há evidências de que a terapia em grupo seja mais eficaz que o aconselhamento individual intensivo.¹⁹

Há forte evidência de que algumas intervenções voltadas para o indivíduo aumentem as taxas de abandono do cigarro. Conselhos em grupo ou individual, terapia farmacológica e intervenções múltiplas são opções, obtendo o mesmo efeito quando realizados no ambiente de trabalho ou fora dele. Intervenções de autoajuda e suporte social foram menos efetivas.²⁰

Associado à TCC, foi oferecido apoio medicamentoso, quando indicado, destacando-se o maior uso da terapia de reposição nicotínica (TRN) com adesivo. De acordo com revisão publicada pela Cochrane, qualquer tipo de TRN auxilia na manutenção da cessação do tabagismo. A TRN aumenta a taxa de abandono de 50 a 70%, independentemente da forma. Comparando TRN à terapia não nicotínica (bupropiona), não há evidência na diferença de eficácia entre ambos.²¹ Da mesma forma, metanálise mostrou que tanto TRN quanto bupropiona são superiores ao placebo e ambos apresentam igual eficácia.²² Em relação ao método de parada, revisão evidenciou que não há taxas superiores ou inferiores de abstinência quando se compara método de parada gradual da abrupta.²³

Lombardi et al.,¹³ em seu estudo, revelam que o combate ao tabagismo deve ser entendido como papel de todos os profissionais da saúde. Estudo realizado em 7 cidades do Paraná, com objetivo de verificar os papéis dos trabalhadores comunitários de saúde nos programas de cessação do tabagismo, revelou que houve grande reconhecimento de que todos os setores administrativos desempenham papel importante no Programa de Controle do Tabagismo, menos na intervenção breve. Porém, apenas 48,4% dos entrevistados afirmaram já terem participado de alguma forma no controle do tabagismo.²⁴

Sobre a capacitação dos profissionais que desenvolvem os grupos, pesquisa publicada em 2014 revela que todos os profissionais devem passar pela capacitação antes de iniciar suas atividades no Programa. A maioria (81,2%) dos profissionais de saúde indicaram que a capacitação é excelente ou boa, sendo suficiente para a prática.²⁵

Considerações finais

Ao término deste trabalho, percebeu-se que Grupos do Programa de Controle do Tabagismo devem ser desenvolvidos devido ao grande impacto que o cigarro proporciona na saúde populacional. Ficou evidente que os grupos organizados pela Unidade de Saúde do presente estudo apresentam bons resultados, semelhantes ao que a literatura mostra.

Houve alto índice de abandono do tratamento e baixa adesão à manutenção da abstinência no decorrer do tempo. Maiores esforços devem ser destinados visando uma abstinência em longo prazo. A identificação do motivo para altas taxas de abandono dos grupos, o porquê da ausência de pacientes nas sessões de manutenção e o que leva os tabagistas a recaírem pode ser uma estratégia para compreender melhor o processo da permanência sem tabaco, podendo, dessa forma, ajudar a evitar o retorno da dependência nicotínica.

Referências

1. Santos JDP, Achutti A, Guths P. Tabagismo. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, eds. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 564-73.
2. Studart FS, Zavattieri AG. Tabagismo. In: Gusso G, Lopes JMC, eds. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípio, Formação e Prática*. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 1943-80.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Vigitel Brasil 2016: Saúde Suplementar. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016*. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
4. World Health Organization. Reducing deaths from tobacco. In: *World Health Statistics 2008*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2008. p. 18-20.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Abordagem e Tratamento do Fumante – Consenso 2001*. Rio de Janeiro: INCA; 2001.
6. Silva AR, Chiovatto ED, Sampaio M, Rachid L. Tabagismo. In: Medeiros Junior ME, Silva ATC, Alonso Junior AH, Lopes HR, Rios IC, Arrojo Junior JC, et al., orgs. *Manual do Médico de Família Santa Marcelina*. São Paulo: Martinari; 2016. p. 671-83.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Tratamento do Tabagismo* [Internet]. [acesso 2016 Mar 22]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/situacao/arquivos/acoes_tratamento_tabagismo.pdf
8. Madewell ZJ, Figueiredo VC, Harbertson J, Pérez RL, Novotny T. Exposure to smoking in soap operas and movies: smoking cessation and attempts to quit. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(Suppl 3):e00118015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00118015>
9. Mendes FL, Szklo AS, Perez CA, Cavalcante TM, Fong GT. A percepção do cumprimento das leis antifumo em bares e restaurantes em três cidades brasileiras: dados do ITC-Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2017;33(Suppl 3):e00140315. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00140315>
10. Ramos LR, Malta DC, Gomes GAO, Bracco MM, Florindo AA, Mielke GI, et al. Prevalência de programas de promoção da saúde em unidades básicas no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(5):837-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005249>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância — Conprev. *Deixando de Fumar sem Mistérios*. Rio de Janeiro: MS/INCA; 2004. 54 p.
12. Azevedo RCS, Higa CMH, Assumpção ISMA, Frazatto CRG, Fernandes RF, Goulart W, et al. Grupo terapêutico para tabagistas: resultados após seguimento de dois anos. *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55(5):593-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302009000500025>
13. Lombardi EMS, Prado GF, Santos UP, Fernandes FLA. O tabagismo e a mulher: riscos, impactos e desafios. *J Bras Pneumol*. 2011;37(1):118-28. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132011000100017>
14. Bittencourt L, Person SD, Cruz RC, Scarinci IC. Pictorial health warnings on cigarette packs and the impact on women. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(6):1123-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102013000901123>
15. Sousa NA. Abordagem e tratamento do tabagismo: resultados de um grupo educativo. In: *I Fórum da Saúde: o foco é você*. 2011 Out 7-9; Jundiaí, SP, Brasil.
16. Mesquita AA. Avaliação de um programa de tratamento do tabagismo. *Rev Bras Ter Comp Cogn*. 2013;15(2):35-44.
17. Pawlina MM, Rondina RC, Espinosa MM, Botelho C. Abandonment of nicotine dependence treatment: A cohort study. *Sao Paulo Med J*. 2016;134(1):47-55. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-3180.2015.00830309>
18. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;3:CD008286. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD008286.pub3>
19. Stead LF, Carroll AJ, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;3:CD001007.
20. Cahill K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(2):CD003440.
21. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;11:CD000146. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000146.pub4>

22. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(5):CD009329. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009329.pub2>
23. Lindson-Hawley N, Aveyard P, Hughes JR. Reduction versus abrupt cessation in smokers who want to quit. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;11:CD008033. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD008033.pub3>
24. Bittencourt L, Scarinci IC. Is There a Role for Community Health Workers in Tobacco Cessation Programs? Perceptions of Administrators and Health Care Professionals. *Nicotine Tob Res.* 2014;16(5):626-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/ntr/ntt217>
25. Bittencourt L, Cruz RC, Scarinci IC. Seleção e capacitação para o tratamento do tabagismo no sistema único de saúde: perspectivas de gestores e profissionais de saúde no estado do Paraná, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde.* 2014;23(4):645-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000400006>

Prefeitura Municipal de Curitiba. Curitiba, PR, Brasil.
lucy.witt@yahoo.com.br (*Autora correspondente*); cynmedi@hotmail.com

Efetividade do programa de controle ao tabagismo em uma cidade do sul do Brasil

Effectiveness of the tobacco control program in a city of the south of Brazil

Efectividad del programa de control al tababismo en una ciudad del sur del Brasil

Kelser de Souza Kock^a, Matheus Walerio Braido Arantes^a, Carolina Campos dos Santos^b, Solange de Souza Castelini^b

Resumo

Objetivo: Avaliar a efetividade do programa de controle ao tabagismo em uma cidade do sul do Brasil. **Métodos:** Foi realizado um estudo de Coorte Retrospectiva que analisou os resultados das unidades de saúde que participaram do Programa de Controle do Tabagismo na cidade de Tubarão (SC) no período de 2014 a 2016. **Resultados:** Foram analisados dados de 106 usuários, sendo na maioria mulheres, com média de idade de 51,0±10,9 anos. A efetividade do programa foi de 51,9%, com tempo médio para cessação tabágica de aproximadamente de 3 semanas. Os indivíduos do sexo feminino e que participaram de menos do que 4 encontros apresentaram maior dificuldade em parar de fumar. **Conclusão:** O programa apresenta boa efetividade, compatível com outros programas semelhantes no Brasil e no exterior. A dependência à nicotina e uso de bupropiona não foram fatores determinantes no desfecho e o período em que o programa foi mais efetivo quanto à cessação do tabaco foram as 3 semanas iniciais.

Abstract

Objective: To evaluate the effectiveness of the tobacco control program in a city in southern Brazil. **Methods:** A retrospective cohort study was carried out, which analyzed the results of the Health Units that participated in the Smoking Control Program in the city of Tubarão (SC), from 2014 to 2016. **Results:** Data from 106 participants were analyzed, mostly women with mean age of 51.0±10.9 years. The effectiveness of the program was 51.9%, with a mean time for smoking cessation of approximately three weeks. Female Individuals who participate in less than four meetings present greater difficulty in quitting smoking. **Conclusion:** The program has good efficacy, compatible with other similar programs in Brazil and exterior. Nicotine dependence and use of bupropion were not determinant factors in the outcome and the period when the program was most effective in tobacco cessation were the first three weeks.

Resumen

Objetivo: Evaluar la efectividad del programa de control al tabaquismo en una ciudad del sur de Brasil. **Métodos:** Se realizó un estudio de Cohorte Retrospectiva que analizó los resultados de las unidades de salud que participaron del Programa de Control del Tabaquismo en la ciudad de Tubarão (SC) en el período de 2014 a 2016. **Resultados:** Se analizaron datos de 106 participantes, siendo en su mayoría Mujeres con una media de edad de 51,0±10,9 años. La efectividad del programa fue del 51,9%, con tiempo promedio para cesación tabáquica de aproximadamente de 3 semanas. Las personas del sexo femenino y que participaron en menos de 4 encuentros presentaron mayor dificultad para dejar de fumar. **Conclusión:** El programa presenta buena efectividad, compatible con otros programas similares en Brasil y en el exterior. La dependencia a la nicotina y el uso de bupropión no fueron factores determinantes en el desenlace y el período en que el programa fue más efectivo en cuanto al cese del tabaco fueron las 3 semanas iniciales.

Como citar: Kock KS, Arantes MWB, Santos CC, Castelini SS. Efetividade do programa de controle ao tabagismo em uma cidade do sul do Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-10. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1562](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1562)

Palavras-chave:

Hábito de Fumar
Abandono do Uso de Tabaco
Programa Nacional de
Controle do Tabagismo
Atenção Primária à Saúde

Keywords:

Smoking
Tobacco Use Cessation
National Program of
Tobacco Control
Primary Health Care

Palabras clave:

Hábito de Fumar
Cese del Uso de Tabaco
Programa Nacional de
Control del Tabaquismo
Atención Primaria de Salud

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
1.938.161 (UNISUL), aprovado
em 22/02/2017.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.
Recebido em: 07/07/2017.
Aprovado em: 22/01/2018.

Introdução

O tabagismo é a principal causa global prevenível de morbidade e mortalidade, além de ser um dos mais importantes fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis, responsável por cerca de 6 milhões de mortes todos os anos. As projeções apontam que, em 2020, esse número será de 7,5 milhões, ou seja, 10% de todas as mortes ocorridas no mundo.¹ No Brasil existem cerca de 22 milhões de fumantes que necessitam de tratamento para cessar o tabagismo, além de aproximadamente 26 milhões de ex-fumantes que pararam de fumar por conta própria ou com tratamento.²

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), há evidências epidemiológicas que apontam uma relação de causalidade entre o tabagismo e cerca de 50 doenças crônicas não transmissíveis: doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), câncer (no pulmão e em outros sítios). Estima-se que o fato de nunca ter fumado ou deixar de fumar reduza o risco em desenvolver essas doenças em até 30%, chegando à redução de até 90% para o câncer de pulmão e DPOC.^{3,4}

Apesar de um declínio anual de fumantes em torno de 3-4%, devido principalmente às políticas pós-Convenção-Quadro sobre o Controle do Tabaco (FCTC) da OMS como política de preços, proibição do fumo interno, dentre outras, o lucro anual obtido com a venda de cigarros no mundo é de US\$ 85 bilhões para a indústria do tabaco.² Em contrapartida, algumas estimativas conservadoras indicam que os custos em saúde com doenças relacionadas ao tabaco alcancem US\$ 500 bilhões por ano.⁵

Há alguns anos, políticas mundiais foram desenvolvidas com o objetivo de combater o tabagismo tentando prevenir seu início e promovendo a cessação de fumar por meio da Convenção Quadro da Organização Mundial da Saúde para Controle do Tabaco (CQCT/OMS) da qual o Brasil é Estado-Parte desde 2005. Atuando como referência e liderança, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, já existia no país desde 1989, o qual passou a ser responsável pela internalização no Sistema Único de Saúde orientando e cumprindo as diretrizes da CQTC pelo país.⁶

A estratégia da CQTC se apoia em seis pilares principais como medidas efetivas para o controle do tabaco conhecidos pela sigla MPOWER: [M] – Monitoramento, [P] – Proteção de não fumantes, [O] – Oferta de tratamento para deixar de fumar, [W] – Advertência quanto aos perigos do tabaco, [E] – Proibição de propaganda, promoção e patrocínio, e [R] – Aumento de impostos.⁷

No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) articula uma rede com representantes de Secretarias de Educação e Saúde, Estaduais e Municipais, de todos os estados e cerca de 3000 municípios que são responsáveis pelo desenvolvimento de ações de controle do tabaco em suas esferas. Nos anos de 2011 e 2012 o controle do tabaco foi incluído no Plano Estadual de Saúde de 24 Estados e é considerado prioridade de governo em 17 deles, fortalecendo o controle do tabagismo em seus municípios.⁷

Nos municípios, o tratamento do tabagismo deve ser realizado por meio da abordagem cognitivo-comportamental obrigatória e apoio medicamentoso quando indicado, e pode ser realizado por qualquer unidade de saúde pertencente ao SUS, de qualquer nível hierárquico, segundo critério do gestor municipal, desde que preencha os critérios de credenciamento definidos pelo Plano de Implantação.⁸

O programa de controle do tabagismo atualmente utilizado no Brasil propõe diretrizes para a terapêutica do fumante. Inicialmente, é realizada uma avaliação com questionário padrão sobre comorbidades, história tabágica, grau de dependência de nicotina com uso do teste de Fagerström e então se propõe um plano terapêutico. Após essa avaliação inicial, o usuário é inserido em grupos de terapia cognitivo-comportamental, sendo que as quatro primeiras sessões são semanais. O passo seguinte é o apoio medicamentoso aos usuários com alto nível de dependência, realizado por meio do acesso gratuito a gomas de mascar, adesivos de nicotina e bupropiona, além de material educativo para os coordenadores das sessões e para os usuários fumantes.⁹

Apesar de sofrer variações pelas características ambientais e humanas na qual é aplicado, estudos mostram que a taxa de sucesso na cessação do tabagismo é de cerca de 80% após as quatro sessões iniciais de terapia cognitivo-comportamental e entre 60-66% permanecem abstinentes após o término do tratamento.¹⁰⁻¹²

Sabe-se que existem poucos estudos no Brasil sobre os resultados e a eficiência das estratégias propostas nos programas de controle do tabagismo e esse número é ainda menor quando se trata das características particulares dos municípios. Sabe-se que as variações provocadas pelas características ambientais e humanas da microrregião onde o programa é aplicado interferem na taxa de sucesso da cessação do tabagismo, o que torna indispensável que estudos relacionados ao tema sejam conduzidos em nível de município.⁶⁻⁸

Neste contexto, o presente estudo visa avaliar a efetividade do programa de controle do tabagismo no município de Tubarão (SC) de modo a obter o reconhecimento das variáveis mais importantes para a taxa de sucesso do tratamento. Espera-se por meio da análise detalhada das variáveis propor modificações em determinadas abordagens do programa, bem como intensificar métodos que apresentem resultado satisfatório.

Métodos

Tipo de estudo

Foi realizado um estudo de Coorte Retrospectiva.

Local do estudo

Na cidade de Tubarão (SC), o sistema de saúde é composto por 29 equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF), um Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), uma Policlínica Central, uma Clínica de Referência, um Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) II, um CAPS AD, um Centro de Atendimento Especializado (CAES) e três Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

As seguintes unidades de saúde que participaram do Programa de Controle do Tabagismo na cidade de Tubarão-SC: Policlínica Central, ESF Humaitá de Cima, ESF KM 60, CAPS AD e ESF Campestre.

População do estudo

Foram estudados os dados referentes aos usuários fumantes de cinco unidades de saúde que participaram do Programa de Controle do Tabagismo na cidade de Tubarão-SC no período de 2014 a 2016.

Características regionais do programa de controle ao tabagismo em Tubarão (SC)

O programa é realizado na atenção básica, de acordo com a adesão e disponibilidade da equipe de ESF e CAPS AD, no período diurno e, de forma centralizada, na Policlínica, no período noturno. A duração do programa é de 120 dias, organizados da seguinte forma:

- Contato inicial: Abordagem dos interessados na cessação tabágica;
- Quatro encontros estruturados semanais;
- Dois encontros estruturados quinzenais;
- Dois encontros estruturados mensais de manutenção.

Nos encontros são realizadas abordagens comportamentais e medicamentosas conforme as ações indicadas pelo INCA e Ministério da Saúde.

As medicações disponibilizadas são goma de mascar e adesivos com nicotina e a bupropiona, indicadas ao usuário conforme avaliação da equipe.

Método de coleta de dados

Foi realizado contato com o coordenador municipal do programa de controle ao tabagismo, para solicitação da planilha de acompanhamento das sessões. Nesta planilha, constam nome do participante usuário (excluído quando armazenado e exportado para planilha de análise estatística), idade, sexo, medicações utilizadas, frequência e horário dos encontros, nível de dependência à nicotina, avaliada pelo questionário de Fagerström, e data da cessação tabágica nos casos de sucesso.

O questionário de Fagerström apresenta uma pontuação de 0 a 10, em que 0 a 4 é considerada dependência leve, 5 a 7 dependência moderada e 8 a 10 dependência grave.⁶ Nos casos de cessação e recaída no período dos 120 dias do programa, foi considerado insucesso. Todo o processo de coleta foi realizado em abril de 2017.

Critérios de inclusão

Foram incluídos somente os usuários das unidades de saúde referidas.

Critérios de exclusão

Foram excluídos os casos com ausência da informação de sucesso ou insucesso na cessação do tabagismo ao final do programa.

Análise estatística

Os dados foram armazenados em um banco de dados criado com o auxílio do *software* Microsoft Excel®, e posteriormente exportados para o *software* SPSS 20.0®. Os mesmos foram apresentados por meio de números absolutos e percentuais ou medidas de tendência central e dispersão, dependendo do tipo de variável. Foi realizada análise bivariada e multivariada por meio de regressão logística bruta e ajustada dos preditores em relação ao desfecho insucesso, para obtenção do *odds ratio*. Foi considerado intervalo de confiança de 95%, com nível de significância estatística de 5%.

Aspectos éticos

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unisul (CEP - Unisul) e após a sua aprovação iniciou-se a coleta de dados, sendo respeitados os preceitos da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O número de parecer de aprovação foi 1.938.161 e o CAAE 64339317.0.0000.5369. Conforme o parecer do CEP, não foi necessária a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pois os usuários já haviam finalizado sua participação no programa.

Resultados

Foram coletados dados de 130 usuários do programa de controle ao tabagismo, sendo 24 excluídos deles por ausência da informação sucesso ou insucesso nas planilhas de acompanhamento. Dentre estes, estavam os usuários da ESF Campestre e do CAPS AD, que não possuíam esta informação e foram descartados. Dos 106 avaliados, a média de idade foi de $51,0 \pm 10,9$ anos, com maioria do sexo feminino. Os medicamentos mais utilizados pelos usuários foram o adesivo de nicotina e a goma de mascar.

A maioria dos usuários frequentaram as reuniões na policlínica durante o período noturno. Mais da metade dos usuários participaram de quatro ou mais reuniões do programa de controle ao tabagismo. A classificação mais prevalente de dependência à nicotina foi moderada, conforme escala de Fagerström e aproximadamente metade dos usuários deixou de fumar neste período (Tabela 1).

Tabela 1. Características da amostra.

	N	%
Sexo		
Masculino	37	34,9
Feminino	69	65,1
Medicamentos		
Adesivo	103	97,2
Goma	84	79,2
Bupropiona	39	36,8
Local		
Humaitá de cima (diurno)/2014B	11	10,4
Km 60 (diurno)/2015B	17	16,0
Policlínica (noturno)/2015B	32	30,2
Policlínica (noturno)/2016A	19	17,9
Policlínica (noturno)/2016B	27	25,5
Dependência à nicotina		
Leve	22	21,0
Moderada	58	55,2
Grave	25	23,8
Encontros		
Até 4	57	43,8
Mais que 4	73	56,2
Desfecho		
Sucesso	55	51,9
Insucesso	51	48,1

Analisando os fatores relacionados ao desfecho na cessação do tabagismo, foi observado que usuários do sexo feminino tiveram mais dificuldade de parar de fumar e usuários que frequentaram mais que quatro encontros tiveram melhores resultados na cessação tabágica. Dentre os medicamentos avaliados, foram descartados da análise a goma e o adesivo, pois estiveram presentes em grande parte da amostra. Apenas a bupropiona foi mantida na análise. O tempo médio para cessação foi de 19,2±20,9 dias. Maiores informações podem ser visualizados na Tabela 2, onde são comparados os grupos sucesso e insucesso e analisados o odds ratio bruto e ajustado das variáveis preditoras do insucesso.

Tabela 2. Comparação dos grupos sucesso e insucesso para cessação do tabagismo e análise do *odds ratio* (OR) bruto e ajustado das variáveis preditoras do insucesso

	Sucesso N=55 (51,9%) n (%)	Insucesso N=55 (48,1%) n (%)	OR BRUTO (IC 95%)	P	OR AJUSTADO (IC 95%)	P
Sexo						
Homem	24 (64,9)	13 (35,1)	1,00		1,00	
Mulher	31 (44,9)	38 (55,1)	2,263 (1,000-5,164)	0,050	4,002 (1,293-12,391)	0,016
Idade (anos)						
≥ 18 e <40 anos	11 (50,0)	11 (50,0)	1,00		1,00	
≥ 40 e <60 anos	33 (54,1)	28 (45,9)	0,848 (0,320-2,251)	0,741	0,552 (0,159-1,916)	0,350
≥ 60 anos	11 (47,8)	12 (52,2)	1,091 (0,339-3,513)	0,884	1,915 (0,448-8,193)	0,381
Encontros						
Até 4	14 (30,4)	32 (69,6)	1,00		1,00	
Mais que 4	41 (68,3)	19 (31,7)	0,203 (0,088-0,465)	<0,001	0,101 (0,032-0,318)	<0,001
Local						
Humaitá de cima/2014B	6 (54,5)	5 (45,5)	1,00		1,00	
Km 60/2015B	8 (47,1)	9 (52,9)	1,350 (0,295-6,183)	0,699	1,473 (0,255-8,524)	0,665
Policlínica/2015B	17 (53,1)	15 (46,9)	1,059 (0,268-4,188)	0,935	2,317 (0,409-13,115)	0,342
Policlínica/2016A	8 (42,1)	11 (57,9)	1,650 (0,379-7,365)	0,512	2,391 (0,395-14,454)	0,342
Policlínica/2016B	16 (59,3)	11 (40,7)	0,825 (0,201-3,391)	0,790	0,583 (0,085-4,000)	0,583
Período						
Diurno	14 (50,0)	14 (50,0)	1,00		1,00	
Noturno	41 (52,6)	37 (47,4)	0,902 (0,380-2,141)	0,816	1,315 (0,444-3,895)	0,621
Dependência à nicotina						
Leve	10 (45,5)	12 (54,5)	1,00		1,00	
Moderada	29 (50,0)	29 (50,0)	0,833 (0,311-2,230)	0,717	1,853 (0,556-6,174)	0,315
Grave	16 (64,0)	9 (36,0)	0,469 (0,145-1,512)	0,205	0,917 (0,215-3,915)	0,907
Bupropiona						
Utilizando	24 (61,5)	15 (38,5)	1,00		1,00	
Não utilizando	31 (46,3)	36 (53,7)	1,858 (0,831-4,153)	0,131	0,551 (0,194-1,563)	0,263

Discussão

Resumo dos principais achados do estudo

Os principais achados do presente estudo foram em relação à caracterização da população usuário do programa de controle ao tabagismo como sendo em sua maioria mulheres de meia idade, com dependência moderada à nicotina. Aproximadamente metade dos usuários conseguiram parar de fumar e com relação às características do programa, pode-se afirmar que sua maior efetividade ocorreu na fase inicial, com pico de cessação nas três primeiras semanas e que uma maior frequência nos encontros presenciais foi fundamental para o sucesso do programa.

Fortalezas e limitações do estudo

O presente estudo apresenta como fortalezas a análise de mais de dois anos de características regionais do programa de controle ao tabagismo, com informações sobre os resultados e associações de sua efetividade. Como limitação do estudo, pode-se citar a utilização de dados secundários na coleta de dados e a confirmação da cessação do tabagismo por autorrelato.

Ainda, deve-se comentar a perda amostral dos dados de 24 usuários da ESF Campestre e do CAPS AD, que não possuíam a informação sobre o desfecho. Apesar de reduzir o poder estatístico, pondera-se que a ausência destes dados tenha pouca interferência nos resultados do trabalho, pois nos grupos avaliados não houve diferença na cessação tabágica.

Comparação com a literatura já existente

De acordo com os resultados deste estudo, os usuários eram na maioria do sexo feminino de meia idade. O estudo de Rodrigues et al.,¹³ realizado no Brasil, corrobora esses achados pois também analisou usuários de meia idade, sendo 71% constituído por mulheres. Outro estudo, avaliando tabagistas chilenos, de Peña et al.,¹⁴ apresentou resultados divergentes quanto ao sexo dos usuários, pois obteve 65% dos usuários do sexo masculino, que foram acompanhados durante um ano com entrevistas via telefone e demonstrou um relação direta entre cessação do tabagismo e nível de escolaridade. Estes dados demonstram que as características do programa de controle ao tabagismo podem divergir quando ao modelo de atuação e adesão dos usuários.

O nível de dependência à nicotina dos avaliados foram similares aos de Rodrigues et al.,¹³ mas divergiu na caracterização da alta dependência pelo teste de Fagerström ser um fator determinante no insucesso, o presente estudo não apresentou significância estatística quanto à esse fator.

Os medicamentos utilizados no programa de controle ao tabagismo foram diferentes dos utilizados por Peña et al.,¹⁴ que utilizaram como principal droga vareniclina no programa chileno, enquanto o programa em Tubarão utiliza bupropiona como principal droga. Vale ressaltar que a escolha de cada droga está relacionada a disponibilidade, custos, e sua escolha varia de acordo com cada local.

Muitos são os modelos de programas de controle ao tabagismo pelo mundo, podendo-se citar a utilização da internet, como apresentado por Mavrot et al.,¹⁵ a via telefonônica como Peña et al.¹⁴ ou com reuniões em grupo presenciais, como é o programa da pesquisa em questão. Esses modelos se diferenciam na forma de influenciar e conscientizar o fumante a cessar o uso do tabaco, porém apresentam resultados semelhantes quanto a obtenção do objetivo final.

O presente estudo apresentou uma taxa de sucesso semelhante aos estudos Rodrigues et al.¹³ (51,7%) e Peña et al.¹⁴ (53,4%), entretanto diverge dos resultados de Mavrot et al.¹⁵ que, por meio de um estudo randomizado utilizando a internet, apresentou taxa de cessação de tabagismo de, aproximadamente, 20% após 3 meses do programa. Então, pode-se ponderar que programas com encontros presenciais são mais efetivos na cessação ao tabagismo.

O tempo médio para os usuários conseguirem deixar de fumar esteve compreendido nas primeiras três semanas, neste programa, cuja duração total é de 120 dias. Este achado demonstra que a eficácia da cessação tabágica é maior no início do programa.

Sabe-se que os homens são os que apresentam os melhores resultados quanto à cessação do tabagismo, como demonstrado no presente estudo e corroborado pelos estudos Rodrigues et al.¹³ e Peña et al.¹⁴ Este resultado pode ser explicado pelo fato de que as mulheres tendem a utilizar o cigarro com uma ferramenta de autoafirmação ancorando a imagem da mulher madura, adulta e segura de si no ato de fumar, além disso, de certa forma a mulher tende a utilizar mais o cigarro como apoio para enfrentar as dificuldades diárias, problemas no trabalho, estresse, problemas familiares, dificultando ainda mais o processo de cessação do tabaco como é visto por Jesus et al.¹⁶ e Eckerdt e Corradi-Webster.¹⁷

A adesão ao programa se traduz pelo número de encontros que cada usuário frequentou e, no presente estudo, esse número foi associado à taxa de sucesso em deixar de fumar. Este achado parece demonstrar que a maior adesão ao programa pode ser um fator preditivo na cessação do tabagismo.

Em relação ao efeito da faixa etária e grau de dependência, não foram encontradas associações significativas com o sucesso no programa. Estes resultados divergem do encontrado no estudo feito por Figueiró et al.¹⁸ e do estudo de Curry et al.,¹⁹ que apresentaram diferenças na população participante dos mesmos, com maior médias de idade e baixa dependência à nicotina, como fatores preditivos de sucesso.

Outros fatores não se mostraram associados à cessação do tabagismo, como a participação em programas noturnos ou diurnos e uso de bupropiona. Esperava-se que a influência desses fatores fossem maiores, a praticidade do horário noturno para os trabalhadores e o uso de uma medicação associada facilitaria o processo de parar de fumar, como apresentados por França et al.²⁰ e por Mavrot et al.¹⁵.

Implicações para a pesquisa na área e/ou para a prática dos profissionais

As implicações são amplas, tanto para novas pesquisas que possam detalhar resultados encontrados e investigar motivos de baixa efetividade na parte final do programa, por exemplo, quanto para que as autoridades responsáveis pelo programa no âmbito municipal tomem condutas e façam alterações visando à melhoria do programa baseado em evidências.

Conclusão

O programa de controle ao tabagismo em Tubarão (SC) demonstrou uma efetividade similar a outros estudos.

A maioria dos usuários que participaram do programa foram mulheres de meia idade, entretanto, os usuários do sexo masculino obtiveram melhores resultados. Além disso, a dependência de nicotina e o uso de bupropiona não foram fatores determinantes no desfecho.

Foi observado também que as três primeiras semanas foram o período com melhores resultados na iniciativa dos usuários cessarem o tabagismo, e, ainda, aqueles que frequentaram mais que quatro encontros apresentaram melhores resultados sustentados ao final do período de tratamento.

Referências

1. World Health Organization - WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2010: Description of the global burden of NCDs, their risk factors and determinants. Geneva: World Health Organization; 2011.
2. Silva LC, Araújo AJ, Queiroz AM, Sales MD, Castellano MV; Comissão de Tabagismo da SBPT. Smoking control: challenges and achievements. *J Bras Pneumol*. 2016;42(4):290-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1806-3756201600000145>
3. Oberg M, Jaakkola MS, Woodward A, Peruga A, Prüss-Ustün A. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet*. 2011;377(9760):139-46. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61388-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61388-8)
4. Lightwood JM, Glantz SA. Declines in acute myocardial infarction after smoke-free laws and individual risk attributable to secondhand smoke. *Circulation*. 2009;120(14):1373-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.870691>
5. Shafey O, Ericksen M, Mackay J, Ross H. The Tobacco Atlas, 3rd ed. Atlanta: Bookhouse Group/American Cancer Society; 2009.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco: Secretaria Executiva da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. Rio de Janeiro: INCA; 2012.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). O controle do tabaco no Brasil: uma trajetória. Rio de Janeiro: INCA; 2012.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Tabagismo. Tratamento do tabagismo no SUS: informações aos gestores. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). Abordagem e Tratamento do Fumante: Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA; 2001.
10. Mesquita AA. Avaliação de um programa de tratamento do tabagismo. *Rev Bras Ter Comport Cogn*. 2013;15(2):35-44.
11. Azevedo RCS, Higa CMH, Assumpção ISMA, Frazatto CRG, Fernandes RF, Goulart W, et al. Grupo terapêutico para tabagistas: resultados após seguimento de dois anos. *Rev Assoc Méd Bras*. 2009;55(5):593-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302009000500025>
12. Meier DAP, Vannuchi MTO, Secco IAO. Abandono do tratamento do tabagismo em programa de município do norte do Paraná. *Rev Esp Saúde*. 2011;13(1):35-44.
13. Rodrigues NC, Neves RD, Mendes Dde S, Mendes CP, Martins IH, Reis IN, et al. Profile of Brazilian smokers in the National Program for Tobacco Control. *Rev Bras Psiquiatr*. 2015;37(2):150-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2014-1611>
14. Peña P, Zagolin M, Acuña M, Navarrete S, Bustamante P, Canals A. Factors associated with success of a smoking cessation program. *Rev Med Chil*. 2016;144(8):965-71.
15. Mavrot C, Stucki I, Sager F, Etter JF. Efficacy of an Internet-based, individually tailored smoking cessation program: A randomized-controlled trial. *J Telemed Telecare*. 2017;23(5):521-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1357633X16655476>

16. Jesus MCP, Silva MH, Cordeiro SM, Kortchmar E, Zampier VSB, Merighi MAB. Understanding unsuccessful attempts to quit smoking: a social phenomenology approach. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(1):71-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000100010>
17. Eckerdt NS, Corradi-Webster CM. Sentidos sobre o hábito de fumar para mulheres participantes de grupo de tabagistas. *Rev Latino Am Enferm*. 2010;18(no.spe):641-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000700022>
18. Figueiró LR, Barros HM, Ferigolo M, Dantas DC. Assessment of factors related to smokers' adherence to a short-term support group for smoking cessation: a longitudinal study in a developing country. *Trends Psychiatry Psychother*. 2017;39(1):19-28. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2016-0041>
19. Curry SJ, Mermelstein RJ, Sporer AK. Sustainability of Community-Based Youth Smoking Cessation Programs: Results From a 3-Year Follow-Up. *Health Promot Pract*. 2016;17(6):845-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1524839916657326>
20. França SAS, Neves ALF, Souza TAS, Martins MCN, Carneiro SR, Sarges ESNF, et al. Fatores associados à cessação do tabagismo. *Rev Saúde Pública*. 2015;49:10.

^a Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Tubarão, SC, Brasil.
kelserkock@yahoo.com.br (*Autor correspondente*); matheuswalerio@gmail.com

^b Fundação Municipal de Saúde (FMS). Tubarão, SC, Brasil.
calouzinha@hotmail.com; solangecastelini@hotmail.com

Eficácia do uso de corticoides tópicos no tratamento da fimose primária em crianças e adolescentes

Efficacy of topical corticosteroids in the treatment of primary phimosis in children and adolescents

Eficacia del uso de corticoesteroides tópicos en el tratamiento de la fimosis primaria en niños y adolescentes

^a Flávio Manuel Gomes Guimarães, ^b Albino Monteiro Martins

Resumo

Introdução: A fimose primária é um problema frequente na consulta de saúde infantil, com prevalência de 11% aos 3 anos de idade. **Objetivo:** O objetivo desta revisão é avaliar a evidência da eficácia do uso de corticoides tópicos (CCT) na redução da limitação da retratilidade do prepúcio em crianças e adolescentes. **Métodos:** Pesquisa efetuada nas bases de dados *National Guideline Clearing House*, *Canadian Medical Association Practice Guidelines Infobase*, *Cochrane Library*, *DARE*, *Bandolier*, *Evidence Based Medicine Online*, *Trip Database Online* e *Pubmed*, utilizando os descritores “*Phimosis and steroids*”. Pesquisaram-se normas de orientação clínica (NOC), meta-análises, revisões sistemáticas e ensaios clínicos aleatorizados e controlados (ECAC), nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola. Foi usada a escala *Levels of Evidence of Oxford Centre for Evidence Based Medicine*. **Resultados:** Foram encontrados 148 artigos, dos quais 6 cumpriram os critérios de inclusão: 1 NOC e 5 ECAC. A orientação da Sociedade Europeia de Urologia Pediátrica publicada em 2013 recomenda o uso de CCT na fimose primária. Os ECAC incluíram no total 624 crianças e adolescentes entre os zero e os 15 anos. Foram testados diferentes CCT e esquemas terapêuticos. Verificou-se uma melhoria da retratilidade do prepúcio comparativamente com o placebo, com uma eficácia terapêutica dos CCT descrita entre 66% e 90%. **Conclusão:** Os estudos suportam a eficácia dos CCT no tratamento da fimose primária em crianças e adolescentes. No futuro é pertinente o desenho de estudos metodologicamente homogêneos e de maior dimensão para clarificar qual o melhor CCT e esquema terapêutico.

Palavras-chave:

Corticosteroides
Fimose
Terapêutica
Criança
Adolescente

Abstract

Introduction: Primary phimosis is a frequent problem in child health clinic with a prevalence of 11% at 3 years of age. **Objective:** The aim of this review is to evaluate the efficacy of topical corticosteroids (CCT) in reduction of foreskin retractile limitation in children and adolescents. **Methods:** The research was performed using the National Guideline Clearing House, Canadian Medical Association Practice Guidelines InfoBase, Cochrane Library, DARE, Bandolier, Evidence Based Medicine Online, Trip Database Online and PubMed databases using the terms “phimosis and steroids”. Clinical guidelines, meta-analyses, systematic reviews and randomized controlled trials (RCTs) were searched in Portuguese, English and Spanish. The Levels of Evidence of Oxford Centre for Evidence Based Medicine were used. **Results:** A total of 148 articles were found, of which only six fulfilled the inclusion criteria: one guideline and five RCTs. Since 2013 the European Society of Pediatric Urology recommends the use of CCT in primary phimosis. The RCTs included a total of 624 children and adolescents aged between zero and 15 years and different CCTs and therapeutic approaches were tested. A significant improvement in prepuce retraction was observed with the use of CCT compared to placebo achieving a therapeutic efficacy of 66% and 90%. **Conclusion:** The studies used in this work support the use of CCTs in the treatment of primary phimosis in children and adolescents. However, we consider to be of added value the implementation of larger and methodologically homogeneous studies in order to clarify what is the best CCT therapeutic method.

Keywords:

Adrenal Cortex Hormones
Phimosis
Therapeutics
Child
Adolescent

Como citar: Guimarães FMG, Martins AM. Eficácia do uso de corticoides tópicos no tratamento da fimose primária em crianças e adolescentes. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-6. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1454](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1454)

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
não se aplica.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.
Recebido em: 30/01/2017.
Aprovado em: 25/07/2017.

Resumen

Introducción: La fimosis primaria es un problema común en la consulta médica con una prevalencia del 11% a los 3 años de edad. **Objetivo:** El objetivo de esta revisión es evaluar la evidencia de la eficacia de los corticoesteroides tópicos (CCT) en la reducción de la limitación de retractilidad del prepucio en niños y adolescentes. **Métodos:** Se realizaron encuestas en las bases de datos de National Guideline Clearing House, Canadian Medical Association Practice Guidelines Infobase, Cochrane Library, DARE, Bandolier, Evidence Based Medicine Online, Trip Database Online e Pubmed, utilizando las palabras clave "phimosis and steroids". Se incluyeron guidelines, revisiones sistemáticas, metaanálisis y ensayos controlados aleatorios (ECA), en portugués, inglés y español. Se utilizó la escala *Levels of Evidence da Oxford Centre for Evidence Based Medicine*. **Resultados:** Se han encontrado 148 artículos, de los cuales seis cumplieron los criterios de inclusión: 1 guideline y 5 ECA. La guideline de la Sociedad Europea de Urología Pediátrica publicada en 2013 recomienda el uso de CCT en la fimosis primaria. El ECA incluyó un total de 624 niños y adolescentes de entre cero y 15 años. Se ha mejorado la retractilidad del prepucio en comparación con el placebo a una efectividad terapéutica del CCT descrito entre 66% y 90%. **Conclusión:** Los estudios apoyan la efectividad del tratamiento con corticoesteroides en la fimosis primaria en niños y adolescentes. En el futuro es apropiado el diseño de estudios metodológicamente homogéneos y más grandes para probar cual es el mejor tratamiento de CCT.

Palabras clave:

Corticoesteroides
Fimosis
Terapéutica
Niño
Adolescente

Introdução

A fimose define-se pela incapacidade de retração do prepúcio sobre a glande, sendo primária se não existir evidência de sinais de cicatriz.¹ É uma preocupação frequente na consulta de saúde infantil, sendo descrita uma prevalência de aproximadamente 50% no 1º ano de vida, 8% aos 6-7 anos e 1% aos 16-18 anos de idade.¹

A fimose primária é um fator de risco para infecções do trato urinário (ITU),² balanites e balanopostites,² fimose secundária e parafimose, podendo ser sintomática com ereções dolorosas e jato urinário fraco.³ A plastia do prepúcio ou circuncisão são as opções terapêuticas clássicas a discutir com os pais, crianças ou adolescentes. A idade ótima para a cirurgia da fimose é após os 5 anos.⁴ No entanto, na presença de ITU e balanites, a necessidade de intervir deve ser ponderada caso a caso.⁴ O tratamento tópico com corticoide (CCT) surge como uma alternativa, evitando complicações cirúrgicas e anestésicas,⁵ sendo menos traumática e de menor custo.⁶

Vários mecanismos de ação dos CCT foram descritos. Os CCT diminuem a síntese de ácido hialurônico e têm um efeito antiproliferativo, levando à diminuição da espessura e ao aumento da elasticidade da pele do prepúcio.^{7,8} Por outro lado, os CCT diminuem a produção de mediadores inflamatórios (prostaglandina e leucotrienos) e têm um efeito lubrificante que facilita a retração do prepúcio.⁷

Objetivo

O objetivo desta revisão é avaliar a evidência da eficácia do uso de CCT na redução da limitação da retratibilidade do prepúcio em crianças e adolescentes.

Métodos

Pesquisa efetuada nas bases de dados *National Guideline Clearing House*, *Canadian Medical Association Practice Guidelines Infobase*, *Cochrane Library*, *DARE*, *Bandolier*, *Evidence Based Medicine Online*, *Trip Database Online* e *Pubmed*, utilizando os termos MeSH "Phimosis and steroids". Pesquisaram-se normas de orientação clínica (NOC), meta-análises, revisões sistemáticas e ensaios clínicos aleatorizados

e controlados (ECAC), nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola entre janeiro de 2004 e junho de 2014. Para classificar o nível de evidência dos estudos, foi utilizada a escala *Levels of Evidence da Oxford Centre for Evidence Based Medicine*.⁹

Resultados

Foram encontrados 148 artigos, dos quais 6 cumpriram os critérios de inclusão: 1 NOC e 5 ECAC, como pode ser observado na Figura 1.

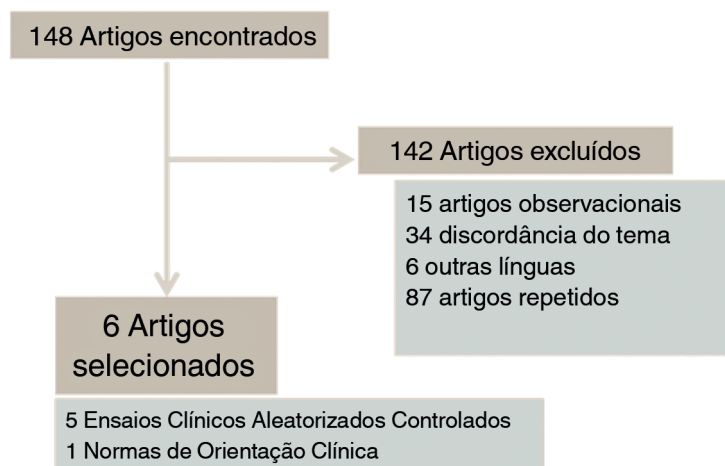


Figura 1. Seleção dos artigos incluídos na revisão.

O ECAC com maior tamanho amostral incluiu 240 crianças e adolescentes, com intervalo de idade entre 3 e 13 anos, tendo sido usado furoato de mometasona 0,1% (vs. placebo tópico), segundo um esquema bidiário durante 4 semanas (ver quadro 1).¹⁰ Não foram recomendados exercícios de retração prepucial. Ao fim das 4 semanas, verificou-se uma retração prepucial completa em 65,8% das crianças e adolescentes do grupo com CCT comparativamente com 16,6% no grupo com placebo, havendo diferença estatisticamente significativa.¹⁰

Outro ECAC que usou o furoato de mometasona incluiu 110 crianças (54 controles) com intervalo de idades entre os 2 e os 13 anos, segundo um esquema bidiário durante 8 semanas com recomendação de exercícios de retração.⁵ No final do tratamento verificou-se uma retração completa ou ausência de anel prepucial em 88% no grupo que usou CCT e de 52% no grupo que usou emoliente, sendo a diferença estatisticamente significativa.⁵ Foi considerado que ambos os estudos têm um nível de evidência 2 pela dimensão da amostra e rigor metodológico (Quadro 1).

O terceiro ECAC incluiu uma amostra de 137 crianças e adolescentes (71 controles), com intervalo de idade entre 3 e 15 anos, sendo usada a betametasona 0,1% (vs. creme aquoso), segundo um esquema bidiário e com exercícios de retração prepucial durante 4 semanas. Foi feito um seguimento de 18 meses.¹¹ Verificou ao fim do tratamento uma retração completa em 74% do grupo com o CCT comparativamente a 44% no grupo placebo, sendo a diferença estatisticamente significativa.¹¹ Ao fim de 18 meses de seguimento, ocorreu uma recorrência de 14%.¹¹ O nível de evidência atribuído foi 2 pelos mesmos motivos indicados nos estudos anteriores.

Quadro 1. Ensaios Clínicos Controlados Aleatorizados selecionados.

Autores Ano e Local	Estudo	Resultados/Conclusão	NE
Esposito et al.; 2008; Itália ¹⁰	Amostra: 240 (120 controles) Intervalo de Idades: 3-13 A Furoato de mometasona 0,1% (vs. placebo tópico) Esquema: bid, 4 semanas. Sem RP Seguimento de 4 semanas.	Retração completa em 65,8% com CCT vs. 16,6% com placebo Os CCT são uma alternativa no tratamento da fimose.	2
Pileggi e Vicente; 2007; Brasil ⁵	Amostra: 110 (54 controles) Intervalo de idades: 2-13 anos Furoato de mometasona 0,1% (vs. emoliente) Esquema: bid, 8 semana +RP Seguimento: 8 semanas	Retração completa ou ausência de anel prepucial em 88% com CCT vs. 52% com placebo. CCT é efetiva no tratamento da fimose.	2
Lund et al.; 2005; China ¹¹	Amostra: 137 (71 controles) Intervalo de idades: 3-15 anos Betametasona 0,1% (vs. creme aquoso) Esquema - bid, 4 semanas + RP Seguimento de 18 meses	Retração completa em 74% com CCT (vs. 44%) Recorrência de 14% aos 18 meses no grupo com CCT. CCT como 1ª linha.	2
Letendre et al.; 2009; Canadá ¹²	Amostra: 59 (31 controles) Intervalo idades: 3-12 anos Triamcinolona 0,1% (vs. emoliente) Esquema: bid, 16 semana +RP Seguimento 16 semanas	Retração completa ou ausência de anel prepucial em 76% com CCT (vs. 36%). CCT deve ser considerada 1ª linha. Tamanho amostral de dimensão reduzida.	3
Lee et al.; 2006; Coreia do Sul ¹³	Amostra: 78 (39 controles) Intervalo de idades: 0-1 ano Hidrocortisona 0,1% (vs. vaselina) Esquema: bid, 4 semanas + RP Seguimento: 4 semanas	Retração completa ou parcial em 89,7% vs. 20,5% com placebo. Tamanho amostral de dimensão reduzida. CCT considerado antes da decisão cirúrgica	3

bid: duas vezes dia; RP: exercícios de retração prepucial; CCT: corticoides tópicos; vs.: comparativamente.

Foram também incluídos dois estudos de tamanho amostral mais reduzido. O primeiro incluiu uma amostra de 59 crianças e adolescentes (31 controles), com intervalo etário entre os 3 e os 12 anos, sendo usado triamcinolona 0,1% (vs. emoliente) segundo um esquema bidiário, durante 16 semanas e com recomendação de exercícios de retração prepucial.¹² Verificou-se uma retração completa ou ausência de anel prepucial em 76% no grupo com CCT e de 36% no grupo placebo.¹²

Uma vez que o tamanho amostral deste trabalho era de menor dimensão foi atribuído nível de evidência 3. O último ECAC selecionado incluiu uma amostra de 78 crianças (39 controles), de uma faixa etária limitada, entre 0 e 1 ano, sendo usada a hidrocortisona 0,1% (vs. vaselina), segundo um esquema bidiário, durante 4 semanas, com aconselhamento de exercícios de retração prepucial.

Verificou-se uma retração completa ou parcial em 89,7% das crianças no grupo com CCT comparativamente a 20,5% no grupo placebo, sendo a diferença estatisticamente significativa.¹³ O nível de evidência atribuído foi 3, uma vez que o estudo foi realizado numa faixa etária limitada e incluiu uma amostra de menor dimensão (Quadro 1).

A NOC da Sociedade Europeia de Urologia Pediátrica, publicada em 2013, recomenda o uso de CCT segundo um esquema bidiário durante 20-30 dias (Quadro 2).¹⁴ A eficácia documentada foi superior a 90%, no entanto, verificou-se uma taxa de recorrência esperada de 17%. Dado que a NOC é suportada por um ECAC e 3 estudos observacionais, o nível de evidência atribuído foi de 2.

Quadro 2. Norma de Orientação Clínica selecionada.

Ano e Local	Recomendação	NE
Guidelines on pediatric urology 2013 Europa ¹⁴	Na fimose primária, o tratamento conservador com corticoides 2x/dia durante 20-30 dias tem uma eficácia maior que 90%. Taxa recorrência esperada de 17%. Sem efeitos adversos.	2

Foram pesquisados nos ECAC efeitos adversos dos CCT, não tendo sido reportado qualquer efeito adverso. A NOC incluída nesta revisão também não refere efeitos adversos dos CCT.

Discussão

Os ECAC incluíram no total 624 crianças e adolescentes entre os zero e os 15 anos de idade. Foram testados diferentes CCT e esquemas terapêuticos. Verificou-se de forma consensual melhoria estatisticamente significativa da retratibilidade do prepúcio comparativamente com placebo, com uma eficácia terapêutica dos CCT descrita entre os 66% e os 90%. A NOC da Sociedade Europeia de Urologia Pediátrica publicada em 2013 recomenda o uso de CCT na fimose primária.

Apesar de o uso de CCT ser eficaz, verificou-se uma elevada recorrência, cerca de 14-17%. No entanto, nos diversos estudos não foram reportados efeitos adversos, o que a torna uma terapêutica aparentemente inócua e passível de ser realizada em vários ciclos caso recorrência ou ausência de efeito terapêutico inicial.

De referir que dado a maioria dos ECAC recomendar exercícios de retração prepucial concomitantes com o uso do CCT, é dificultada a atribuição exclusiva do resultado terapêutico ao fármaco, sendo esta uma importante limitação. Outra limitação deste trabalho é o fato de serem incluídos trabalhos com vários CCT e esquemas terapêuticos propostos.

Os artigos demonstram que os CCT são uma possível alternativa eficaz no tratamento da fimose primária em crianças e adolescentes. No entanto, no futuro torna-se também pertinente clarificar qual o melhor CCT e esquema terapêutico a utilizar, sendo necessário o desenho de estudos metodologicamente homogêneos e de maior dimensão.

Referências

1. Gairdner D. The fate of the foreskin, a study of circumcision. *Br Med J.* 1949;2(4642):1433-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.2.4642.1433>
2. Shim YH, Lee JW, Lee SJ. The risk factors of recurrent urinary tract infection in infants with normal urinary systems. *Pediatr Nephrol.* 2009;24(2):309-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00467-008-1001-0>
3. Phimosis and Paraphimosis [Internet]. 2016 [cited 2016 Dec 31]. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/777539-overview#a4>
4. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. In: Norma da Direção-Geral da Saúde. Lisboa: DGS; 2013.
5. Pileggi Fde O, Vicente YA. Phimotic ring topical corticoid cream (0.1% mometasone furoate) treatment in children. *J Pediatr Surg.* 2007;42(10):1749-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2007.05.035>
6. Nobre YD, Freitas RG, Felizardo MJ, Ortiz V, Macedo Jr A. To circ or not to circ: clinical and pharmaco-economic outcomes of a prospective trial of topical steroid versus primary circumcision. *Int Braz J Urol.* 2010;36(1):75-85. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1677-55382010000100012>

7. Ng WT, Fan N, Wong CK, Leung SL, Yuen KS, Sze YS, et al. Treatment of childhood phimosis with a moderately potent topical steroid. *ANZ J Surg.* 2001;71(9):541-3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1440-1622.2001.02190.x>
8. Kragballe K. Topical corticosteroids: mechanisms of action. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh).* 1989;151:7-10.
9. The Oxford 2011 Levels of Evidence [Internet]. 2011 [cited 2017 Aug 11]. Available from: <http://www.cebm.net/wp-content/uploads/2014/06/CEBM-Levels-of-Evidence-2.1.pdf>
10. Esposito C, Centonze A, Alicchio F, Savanelli A, Settini A. Topical steroid application versus circumcision in pediatric patients with phimosis: a prospective randomized placebo controlled clinical trial. *World J Urol.* 2008;26(2):187-90. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00345-007-0231-2>
11. Lund L, Wai KH, Mui LM, Yeung CK. An 18-month follow-up study after randomized treatment of phimosis in boys with topical steroid versus placebo. *Scand J Urol Nephrol.* 2005;39(1):78-81. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/00365590410002519>
12. Letendre J, Barrieras D, Franc-Guimond J, Abdo A, Houle AM. Topical triamcinolone for persistent phimosis. *J Urol.* 2009;182(4 Suppl):1759-63. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.juro.2009.03.016>
13. Lee JW, Cho SJ, Park EA, Lee SJ. Topical hydrocortisone and physiotherapy for nonretractile physiologic phimosis in infants. *Pediatr Nephrol.* 2006;21(8):1127-30. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00467-006-0104-8>
14. Tekgül S, Riedmiller H, Dogan HS, Erdem E, Hoebcke P, Kocvara R, et al. Guidelines on Pediatric Urology. European Society for Pediatric Urology Guidelines; 2013 [cited 2017 Aug 11]. Available from: https://uroweb.org/wp-content/uploads/22-Paediatric-Urology_LR.pdf

^a USF Santa Clara/ACeS Póvoa de Varzim/Vila do Conde. Portugal.
flaviomgguimaraes@gmail.com (*Autor correspondente*)

^b USF São Lorenço/ACeS de Braga. Portugal. albinomartins.uminho@gmail.com

Tratamento da Gota na Atenção Primária à Saúde

Treatment of Gout in the Primary Health Care

Tratamiento de la Gota en la Atención Primaria de la Salud

Flávio Manuel Gomes Guimarães^a

Resumo

Objetivo: O objetivo desta revisão é fornecer informação atualizada e orientações práticas sobre a abordagem da gota na Atenção Primária à Saúde. **Métodos:** Foram pesquisadas normas de orientação clínica, revisões sistemáticas, meta-análises e estudos originais publicados entre 1 janeiro de 2011 e 31 dezembro de 2016, nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola. **Resultados:** Os fármacos de primeira linha no tratamento da gota aguda são os anti-inflamatórios não esteroides, a colchicina e os corticoides, em monoterapia ou associação. Na gota crônica são usados hipouricemiantes, sendo a primeira linha o alopurinol. O febuxostate e os uricosúricos são alternativas ao alopurinol em casos de intolerância ou ineficácia. A profilaxia das crises de gota agudas está recomendada quando se inicia o tratamento hipouricemiante durante pelo menos 6 meses. **Conclusão:** A abordagem correta da gota deve fazer parte das competências de um médico especialista em Atenção Primária à Saúde de modo a prestar cuidados adequados à comunidade.

Abstract

Objective: The objective of this review is to provide updated information and practical guidelines on the approach of gout in Primary Health Care. **Methods:** We conducted a survey of clinical guidelines, systematic reviews, meta-analyses and original studies published between January 1, 2011 and December 31, 2016 in the English, Portuguese and Spanish languages. **Results:** First-line drugs in the treatment of acute gout are non-steroidal anti-inflammatory drugs, colchicine and corticosteroids, in monotherapy or combination. In chronic gout, the first-line of hypouricemic therapy is allopurinol. Febuxostat and uricosurics are alternatives to allopurinol in cases of intolerance or ineffectiveness. The prophylaxis of acute attacks is recommended when starting hypouricemic treatment for at least 6 months. Treatment of asymptomatic hyperuricemia is not recommended. **Conclusion:** The correct approach to gout should be part of the skills of a Primary Care physician in order to provide adequate care to the community.

Resumen

Objetivo: El objetivo es proporcionar información actualizada y orientación práctica sobre la terapéutica de la gota en la Atención Primaria de Salud. **Métodos:** Se estudiaron las guías clínicas, revisiones sistemáticas, meta-análisis y estudios originales publicados entre el 1 de enero de 2011 y el 31 de diciembre de 2016, en el inglés, portugués y español. **Resultados:** Los fármacos de primera línea en el tratamiento de la gota aguda son anti-inflamatorios no-esteroides, la colchicina y los corticosteroides, solos o en combinación. En la gota crónica son utilizados hipouricemiantes, y el alopurinol es lo fármaco de primera línea. Febuxostat y uricosúricos son alternativas al alopurinol en los casos de intolerancia o ineficacia. Se recomienda la profilaxis de las crisis agudas en el tratamiento hipouricemiante durante al menos 6 meses. No se recomienda el tratamiento de la hiperuricemia asintomática. **Conclusión:** La terapéutica de la gota debe formar parte de las competencias de un médico especialista en Atención Primaria de Salud a fin de proporcionar la atención adecuada a la comunidad.

Palavras-chave:

Gota
Terapêutica
Atenção Primária à Saúde

Keywords:

Gout
Therapeutics
Primary Health Care

Palabras clave:

Gota
Terapéutica
Atención Primaria de Salud

Como citar: Guimarães FMG. Tratamento da Gota na Atenção Primária à Saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-8. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1445](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1445)

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: 12/01/2017.
Aprovado em: 11/09/2017.

Introdução

A gota é uma doença com diferentes formas clínicas, sendo causada por depósitos de cristais de urato de sódio monoidratado no espaço extracelular de diversos sistemas e órgãos. Tipicamente, surge como uma artrite episódica aguda, no entanto, pode manifestar-se como artrite crônica, atingindo várias articulações. A presença de tofos gotosos, a litíase renal e, menos frequentemente, a nefropatia intersticial crônica devido à deposição de cristais de ácido úrico na medula renal são outras manifestações da gota.¹

A gota afeta na sua maioria homens (2-7:1), ocorrendo com maior frequência a partir dos 40 anos. Alguns dos fatores predisponentes para o surgimento das crises são a obesidade, insuficiência renal, uso de alguns medicamentos (ex.: diuréticos e ciclosporina), consumo excessivo de alimentos ricos em purinas (ex.: carne e mariscos) e a ingestão de bebidas alcoólicas, especialmente cerveja. Por outro lado, existem crises de gota em pacientes com uricemia normal, ainda que possam resultar de hiperuricemia intermitente.¹

O objetivo desta revisão é sistematizar o tratamento da gota aguda, a profilaxia das crises e a prevenção da progressão da doença.

Estratégia de Busca

Revisão narrativa com pesquisa de artigos nas bases de dados: *PubMed*, *National Guidelines Clearinghouse* e *The Cochrane Library*. Foram pesquisadas normas de orientação clínica, revisões sistemáticas, meta-análises e estudos originais. Utilizaram-se os descritores *gout and therapeutic*.

Foram selecionados artigos publicados entre 1 janeiro de 2011 e 31 dezembro de 2016, nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola. Foram obtidos um total de 1073 artigos, tendo sido excluídos 1024 por não se adequarem ao objetivo desta revisão por meio da análise do título, do resumo ou por se encontrarem repetidos. Após leitura integral dos 49 artigos selecionados, foram incluídos 14 artigos nesta revisão.

Recomendações

O tratamento da gota deve ser individualizado de acordo com a gravidade, duração da crise, articulações afetadas, contraindicações e experiência prévia do paciente com o tratamento.^{1,2} Na Figura 1 é apresentada uma proposta de tratamento da gota.

Tratamento da Crise de Gota

O tratamento da crise de gota ou gota aguda deve ser iniciado o mais precocemente possível.^{2,3} Os fármacos de primeira linha são os anti-inflamatórios não esteroides (AINE), a colchicina e os corticoides.^{2,3}

O tratamento em monoterapia está recomendado na dor leve a moderada² (dor ≤ 6 em 10 na escala visual analógica), oligoarticular ou envolvimento de 1 ou 2 grandes articulações (definidas como tornozelo, joelho, punho, cotovelo, quadril e ombro).³ A terapia combinada está recomendada quando a dor é intensa² (dor > 6 em 10 na escala visual analógica), especialmente quando o envolvimento é poliarticular (≥ 4 pequenas articulações) ou com envolvimento de mais uma ou duas grandes articulações.³ As seguintes

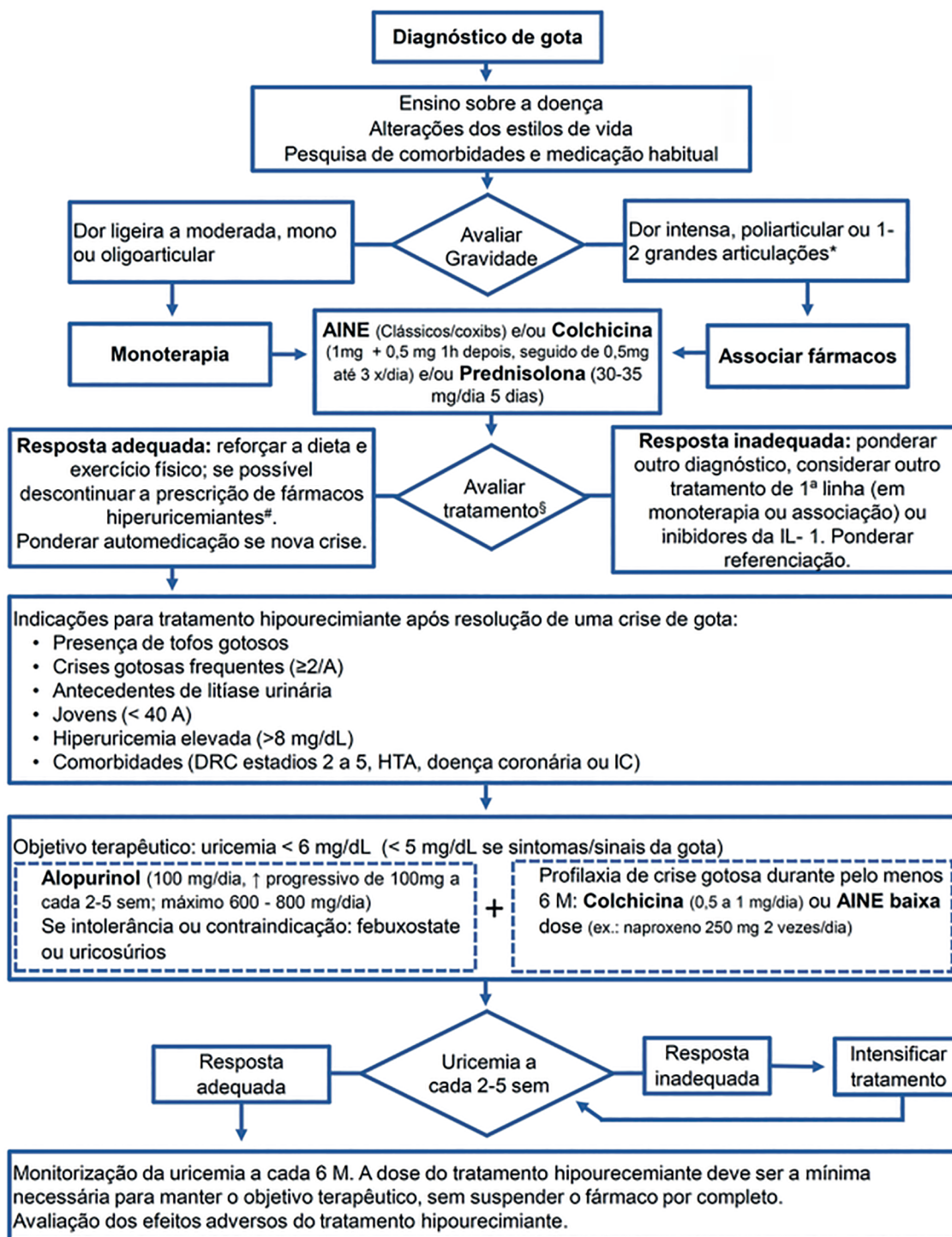


Figura 1. Algoritmo de tratamento e seguimento da gota.

Legenda: AINE: anti-inflamatórios não esteroides; coxibs: Inibidores seletivos da Ciclo-oxigenase-2; DRC: Doença Renal Crônica; IC: Insuficiência Cardíaca; A: anos; M: Meses; sem: semanas; * tornozelo, joelho, quadril, punho, cotovelo e ombro; # niacina, tiazidas, diuréticos de ansa, ciclosporina e tacrolimus; § resposta adequada se 50% de melhoria da dor em 24 h. Adaptado de: *American College of Rheumatology Guidelines*^{1,3} e *European League Against Rheumatism Recommendations*.²

opções de tratamento combinado são recomendadas: colchicina e AINE, corticoides orais e colchicina ou corticoides intra-articulares e qualquer uma das outras classes.³ O uso de corticoides sistêmicos e AINE não é recomendado pelo sinergismo da toxicidade gastrointestinal.³

Após o diagnóstico de uma crise aguda de gota, são recomendadas medidas gerais analgésicas de repouso do membro e aplicação de gelo local (com proteção da pele durante 20 minutos, três vezes por dia).²⁻⁴ Nenhuma destas medidas substitui o tratamento farmacológico analgésico e carecem de maior evidência para provar a sua eficácia.⁵ O tratamento hipouricemiante não deve ser iniciado durante a crise aguda.^{1,2} No entanto, se o paciente estiver a tomá-lo deve continuar sem interrupção.^{1,2}

Anti-inflamatórios não esteroides

O naproxeno, a indometacina e o sunitinib foram aprovados pela *Food and Drug Administration* (FDA) no tratamento de uma crise de gota.³ No entanto, outros AINE poderão ser eficazes na gota aguda, sendo a literatura escassa em ensaios comparativos entre AINE e em relação a outros fármacos de primeira linha.⁶⁻⁸ Os inibidores seletivos da COX-2 (Coxibs) têm eficácia semelhante aos AINE clássicos sendo uma opção quando existe contraindicação ou intolerância gastrointestinal.⁶ Exemplos de Coxibs usados na gota presentes na literatura são o etorocoxib, lumiracoxib ou celecoxib.^{3,6} O ácido acetilsalicílico (AAS) não é uma opção porque altera a uricemia e prolonga a intensidade da crise gotosa.⁹ No entanto, o AAS em baixa dose usado na profilaxia cardiovascular não necessita de ser descontinuado.⁹ O uso de AINE intramuscular ou de aplicação tópica não está recomendado.³

É recomendado o uso de AINE em doses máximas no tratamento da gota aguda até a resolução da crise, por exemplo, a toma oral de naproxeno 500mg duas vezes dia, indometacina 50mg três vezes dia ou celecoxib 800mg seguido de 400mg duas vezes dia.^{2,3} Após dois dias com ausência de sintomas, deve ser reduzida progressivamente a dose em dois-três dias.⁴

Os AINE devem ser evitados na insuficiência renal.² Deve ser ponderada a associação do AINE a um inibidor da bomba de prótons ou misoprostol se existem antecedentes de úlcera péptica, hemorragia digestiva, em pacientes idosos e quando é esperado um tratamento prolongado, isto é, maior gravidade da doença e atraso no início da ingestão de analgésicos.²

Colchicina

A colchicina é um tratamento de primeira linha na crise gotosa, sendo a dose de carga recomendada de 1mg seguida de 0,5mg uma hora depois.² Após 12 horas, a dose de manutenção é de 0,5mg três vezes por dia até resolução da crise de gota.³ Outros esquemas terapêuticos de maior dosagem estão descritos, no entanto, de eficácia comparável e com efeitos adversos mais frequentes.⁷ O tratamento com colchicina deve ser iniciado até 12-36 horas após os primeiros sintomas^{2,3} e se o paciente fez colchicina nos últimos 14 dias deve ser considerado um tratamento alternativo.¹⁰ A colchicina apresenta efeitos adversos frequentes, dose-dependentes, como vômitos, diarreia, cólicas e, mais raramente, hepatite, supressão medular, neuropatia (reversível) e insuficiência cardíaca.^{4,10}

Deve preferir-se apenas a via oral, uma vez que estão descritos casos de morte associados à administração endovenosa de colchicina.^{3,4} A depuração de colchicina é reduzida na Doença Renal pelo que dose de colchicina deve ser reduzida para metade se a Taxa de Filtração Glomerular (TFG) for menor

que 50mL/min³ e descontinuada se a TFG for menor que 30L/min.² Deve ser evitado o uso de colchicina com a ingestão concomitante de inibidores da CYP3A4 e da glicoproteína-P, sendo as principais interações farmacológicas a claritromicina, eritromicina, ciclosporina e dissulfiram.³

Corticoides

Os corticoides são uma opção terapêutica como, por exemplo, o uso oral de prednisolona 30 - 35mg/dia (ou outro corticoide equivalente) durante 5 dias.² Um esquema alternativo com dose de carga durante 2-5 dias, seguida de uma redução de dose durante 7-10 dias pode ser considerada para evitar efeito rebote.³ Quando a crise de gota afeta apenas uma ou duas articulações, uma infiltração intra-articular com corticoide pode ser eficaz, no entanto, deve ser excluída a hipótese de artrite séptica.³

O uso de corticoides intramusculares e endovenosos pode ser considerado quando o paciente não permite a via oral (por exemplo, 20mg duas vezes/dia de metilprednisolona por via endovenosa até resolução da crise e redução progressiva da dose durante uma semana; ou 40-60mg de acetato de triamcinolona intramuscular, em dose única ou com repetição da dose em intervalos de 48 horas até resolução da crise).⁴

Novos Tratamentos

Nos pacientes com crises frequentes ou com contraindicações aos fármacos anteriores os inibidores da IL-1 (rilonacept, anakinra e canakinumab) são uma opção de segunda linha de tratamento da gota aguda.^{2,3,11} A presença de comorbidade infecciosa é uma contraindicação ao seu uso.²

Tratamento farmacológico hipouricemiante

Além das medidas gerais não farmacológicas descritas anteriormente, o tratamento hipouricemiante é recomendado na presença de tofos gotosos, crises de gota frequentes (duas ou mais crises de gota por ano), na presença de litíase urinária^{1,2} e na doença renal crônica de estágio 2 a 5.¹ O início do tratamento hipouricemiante após resolução de uma crise de gota deve ser considerado nos pacientes com menos de 40 anos, níveis de ácido úrico superior a 8mg/dL (480µmol/L) e/ou na presença de comorbidades (insuficiência renal, hipertensão arterial, doença coronária ou insuficiência cardíaca).²

A decisão do início do tratamento hipouricemiante deve envolver o paciente.² Considerar a descontinuação da prescrição de fármacos hiperuricemiantes como a niacina, tiazidas, diuréticos de alça, ciclosporina e tacrolimus.¹

De modo a controlar a progressão da gota e evitar crises agudas, é recomendado reduzir a uricemia para um valor menor que 6mg/dL (360µmol/L). Este alvo deve ser mantido ao longo da vida,² no entanto, uma uricemia <5mg/dL (300µmol/L) pode ser necessária para controlar sintomas e sinais da gota,^{1,2} estando recomendado na presença de tofos gotosos, artropatia gotosa e crises frequentes.² De modo a verificar a resposta terapêutica deve ser avaliada a uricemia a cada 2-5 semanas até atingimento do valor alvo e depois a cada 6 meses de modo a verificar a adesão ao tratamento.¹

Deve ser ainda assegurada a profilaxia de novas crises agudas de gota durante o tratamento hipouricemiante.^{2,3} É recomendado o uso de colchicina (na dose de 0,5 a 1mg/dia)^{2,3} ou AINE em baixa dose (por exemplo naproxeno 250mg duas vezes/dia).³ Em casos de intolerância a ambos os anteriores, poderá ser usada baixa dose de prednisona ou prednisolona (≤10mg/dia).³ A profilaxia de novas crises

gotosas deve ser continuada no mínimo durante 6 meses e, pelo menos, 3 meses após atingir a uricemia recomendada (na presença de tofos gotosos deve ser prolongado o tratamento até 6 meses após a uricemia recomendada).³

Alopurinol

O tratamento hipouricemiante de primeira linha é o alopurinol, um inibidor da xantina oxidase. A dose inicial é de 100mg/dia com aumentos progressivos de 100mg a cada 2-5 semanas.^{1,2} A dose deve ser ajustada ao mínimo necessário para manter o objetivo terapêutico, sem suspender o fármaco por completo de modo a evitar recidivas.¹ A dose mais comumente usada, de 300mg/dia, é ineficaz em 30-50% dos pacientes.² Em casos refratários o alopurinol pode ser usado com segurança na dose de 600-800mg/dia.^{1,2,4}

Na insuficiência renal é necessário o ajuste da dose do alopurinol.^{2,4} Se a TFG for menor que 30ml/min deve ser usada uma dose máxima de 100 a 200mg/dia e se a TFG for menor que 10ml/min não devem ser ultrapassados os 100mg/dia.⁴

Com o uso de alopurinol ocorrem efeitos adversos frequentes (>1%) como exantema, náuseas, diarreia, aumento das transaminases e fosfatase alcalina séricas.⁴ Menos frequentemente (<1%) foram também descritos cefaleias, vômitos, hepatite tóxica, eosinofilia, insuficiência renal aguda, agranulocitose e neuropatia periférica.⁴

As reações ou síndrome de hipersensibilidade ao alopurinol englobam um espectro que inclui as reações cutâneas como a síndrome de Stevens-Johnson ou a síndrome de Lyell, bem como manifestações sistêmicas com eosinofilia, vasculite, *rash* e falência de múltiplos órgãos.^{1,4} Estima-se que a síndrome de hipersensibilidade ao alopurinol tenha uma incidência de 0,1% e mortalidade de cerca de 20-30%.^{1,2} O uso de diuréticos tiazídicos e a insuficiência renal são fatores de risco para esta síndrome.¹ O oxipurinol, um metabolito ativo do alopurinol, é uma opção terapêutica de segunda linha e apresenta os mesmos efeitos adversos do alopurinol em 30% dos pacientes.⁴

Febuxostate e Uricosúricos

O febuxostate é também um inibidor da xantina oxidase, mas com um maior custo associado ao tratamento. A dose inicial é de 40mg que deve ser ajustada de modo a atingir o alvo terapêutico de uricemia. A dose máxima diária aprovada pela FDA é de 80mg, no entanto, a *European Medicines Agency* (EMA) aprovou uma dose máxima de 120mg/dia.² Tem metabolização hepática pelo que não requer ajuste à função renal.²

Os uricosúricos são recomendados em monoterapia ou associados ao alopurinol.² A benzebromarona (50-200mg/dia) é mais eficaz do que probenecid (1 a 2g/dia).² O uso destes fármacos aumenta a excreção de ácido úrico, pelo que a cristalização nas vias urinárias e litíase renal é um efeito adverso comum. Para minimizar este risco, a dose deve ser aumentada gradualmente ao longo de 2-6 semanas, a ingestão de água deve ser sempre superior a 2L/dia e preferencialmente alcalinizada com bicarbonato de sódio.⁴ O uso de uricosúricos deve ser evitado na nefrolitíase e insuficiência renal com TFG <30ml/min.^{2,4} A Uricase-Peguilada (ou PEG-Uricase) é um tratamento de segunda linha e está indicada na hiperuricemia grave e refratária.¹

Outros Fármacos

Alguns fármacos, como o losartan, antagonistas dos canais de cálcio, fenofibrato e as estatinas têm efeitos hipouricemiantes e, sempre que haja uma indicação primária para o seu uso, devem ser considerados, tendo em conta o seu benefício na gota.^{1,4} A vitamina C tem um efeito modesto na redução da uricemia, tendo sido demonstrado que na dose de 500mg/dia reduz a uricemia em 0,5mg/dl ao fim de 2 meses.⁴

Medidas Gerais

Os pacientes com gota devem ser informados acerca da patofisiologia da doença, manifestações clínicas, comorbidades associadas, tratamentos disponíveis e princípios de controle da crise de gota e hiperuricemia.² Aos pacientes deve ser recomendada a redução de peso e o exercício físico regular deve ser incentivado, no entanto, as lesões traumáticas das articulações afetadas devem ser evitadas.^{2,4} A redução do consumo de gorduras também é aconselhado, no entanto, tem um efeito modesto na redução da uricemia.¹²

O ácido úrico é um produto do metabolismo das purinas e, deste modo, alimentos com estes compostos devem ser consumidos com precaução. Os alimentos ricos em purinas incluem carnes e vísceras (como por exemplo carne de carneiro, vitela, bacon, fígado, rins, pâncreas e timo) e peixes (como camarão, caranguejo, lagosta e mexilhões).^{2,4,10,12} O paciente deve evitar refrigerantes, bebidas açucaradas, doces e sal de mesa, bem como laranja ou sumo de laranja se for medicado concomitante com colchicina.¹² O leite e derivados magros ou desnatados são aconselhados.² As pessoas com gota devem ainda evitar o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, especialmente cerveja e licores, uma vez que o álcool aumenta a uricemia e precipita as crises de gota.^{2,4,12} É importante também uma boa hidratação, com pelo menos 2L/dia de água.^{4,12} Estas medidas carecem de maior evidência para provar a sua eficácia.¹³

Conclusão

Nas crises agudas de gota a colchicina, os AINE e os corticoides são fármacos de primeira linha, não havendo evidência disponível que demonstre qual é a melhor opção terapêutica. Na gota crônica são usados tratamentos hipouricemiantes, sendo o mais comum o alopurinol. Nos casos de intolerância ou ineficácia são opção o febuxostate e os uricosúricos em monoterapia ou em terapia combinada.

O alvo terapêutico da uricemia é um valor menor que 6mg/dL (360µmol/L) que deve ser mantido ao longo da vida, no entanto, um valor inferior poderá ser necessário para o controle da doença. A profilaxia das crises gotosas com colchicina ou AINE (em alternativa corticoide) é recomendada desde o início do tratamento hipouricemiante até, pelo menos, 6 meses.

A abordagem correta da gota deve fazer parte das competências de um médico especialista em Atenção Primária à Saúde de modo a prestar cuidados adequados à comunidade.

Referências

1. Khanna D, Fitzgerald JD, Khanna PP, Bae S, Singh MK, Neogi T, et al.; American College of Rheumatology. 2012 American College of Rheumatology guidelines for management of gout. Part 1: systematic nonpharmacologic and pharmacologic therapeutic approaches to hyperuricemia. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012;64(10):1431-46. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/acr.21772>
2. Richette P, Doherty M, Pascual E, Barskova V, Becce F, Castañeda-Sanabria J, et al. 2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout. *Ann Rheum Dis*. 2017;76(1):29-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-209707>

3. Khanna D, Khanna PP, Fitzgerald JD, Singh MK, Bae S, Neogi T, et al.; American College of Rheumatology. 2012 American College of Rheumatology guidelines for management of gout. Part 2: therapy and antiinflammatory prophylaxis of acute gouty arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012;64(10):1447-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/acr.21773>
4. Miguel C, Mediavilla MJ. Current management of gout. *Acta Med Port*. 2011;24(5):791-8.
5. Moi JH, Sriranganathan MK, Edwards CJ, Buchbinder R. Lifestyle interventions for acute gout. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(11):CD010519. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858>
6. van Durme CM, Wechalekar MD, Buchbinder R, Schlesinger N, van der Heijde D, Landewé RB. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for acute gout. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(9):CD010120. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858>
7. van Echteld I, Wechalekar MD, Schlesinger N, Buchbinder R, Aletaha D. Colchicine for acute gout. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(8):CD006190. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858>
8. Janssens HJ, Lucassen PL, Van de Laar FA, Janssen M, Van de Lisdonk EH. Systemic corticosteroids for acute gout. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(2):CD005521. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858>
9. Caspi D, Lubart E, Graff E, Habet B, Yaron M, Segal R. The effect of mini-dose aspirin on renal function and uric acid handling in elderly patients. *Arthritis Rheum*. 2000;43(1):103-8. DOI: 10.1002/1529-0131(200001)43:1<103::AID-ANR13>3.0.CO;2-C
10. Mead T, Arabindoo K, Smith B. Managing gout: there's more we can do. *J Fam Pract*. 2014;63(12):707-13.
11. Sivera F, Wechalekar MD, Andrés M, Buchbinder R, Carmona L. Interleukin-1 inhibitors for acute gout. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014(9):CD009993. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858>
12. Rothschild BM. Gout and Pseudogout Treatment & Management. *Medscape* 2016. [citado 2016 Dez 31]. Disponível em: <http://emedicine.medscape.com/article/329958-treatment?src=refgatesrc1#d10>
13. Moi JH, Sriranganathan MK, Edwards CJ, Buchbinder R. Lifestyle interventions for chronic gout. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(5):CD010039. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858>

^a USF Santa Clara/ACeS Grande Porto IV. Portugal. flaviomgguimaraes@gmail.com
(Autor correspondente)

Tratamento de Molusco Contagioso em crianças: uma revisão sistemática de literatura

Molluscum Contagiosum treatment in children: a systematic literature review

Tratamiento del molusco contagioso en niños: una revisión sistemática de la literatura

Diana de Oliveira Frauches, Carla Coradini de Mattos Siqueira, Thays Furtado Dias da Mata

Resumo

Objetivo: Molusco contagioso é uma infecção cutânea, causada pelo Molluscipox vírus. Diante da inexistência de um tratamento específico, esta pesquisa tem como objetivo verificar, segundo a literatura recente, os melhores métodos de tratamento em crianças imunocompetentes. **Métodos:** Revisão sistemática de literatura realizada no PubMed, bem como no Lilacs, Scielo, Medline e demais bases de dados abrangidas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com publicações de 2010 a 2016. Para evitar viés, foram utilizadas recomendações do PRISMA. Critérios do *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine* e do sistema GRADE foram usados para classificação do nível de evidência dos estudos. **Resultados:** Curetagem, laser pulsado de contraste, crioterapia, exérese cirúrgica, KOH 2,5%, 5% e 10%, ácido tricloroacético, combinação de ácido láctico e ácido salicílico, tretinoína 0,05% apresentaram boa proporção de cura, facilidade de realização e tempo de resolução. Os métodos de injeção intralesional do antígeno da Cândida e da vacina MMR, dieta balanceada, óleo de *Malaleuca alternifolia* e Ingenol Mebutate 0,05% mostraram-se promissores. Entretanto, cantaridina e imiquimod 5% creme não foram recomendados. **Conclusão:** As evidências obtidas não permitem indicar um método preferencial. A escolha do método de tratamento deve ser individualizada. Recomenda-se realizar mais pesquisas voltadas para cultura do vírus.

Palavras-chave:

Molusco Contagioso
Terapêutica
Resultado do Tratamento

Abstract

Objective: Molluscum contagiosum is a skin infection caused by the Molluscipox virus. Given the absence of a specific treatment, this study aims to verify according to recent literature the best methods for molluscum contagiosum treatment in immunocompetent children. **Methods:** This study is a systematic review conducted in PubMed, as well as Lilacs, Scielo, Medline and other data bases from the Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), including publications from 2010 to 2016. The bias is avoided by using PRISMA recommendations. Criteria of the Oxford Center for Evidence-Based Medicine and the GRADE system were used to rank the level of evidence of the studies. **Results:** Curettage, pulsed dye laser, cryotherapy, surgical abscission, KOH 2.5%, 5% and 10%, trichloroacetic acid, combination of lactic acid and salicylic acid and 0.05% tretinoin showed good performances regarding cure rate, ease of implementation and resolution time. Moreover, methods such intralesional injection of antigen Candida and the MMR vaccine, balanced diet, Malaleuca oil alternifolia and ingenol Mebutate 0.05% showed relevant results. However, the use of cantharidin and imiquimod 5% cream is not recommended. **Conclusion:** It is not possible to indicate the most eligible method based on the evidence found. Therefore, treatment should be individualized. Future researches about the virus culture are recommended.

Keywords:

Molluscum Contagiosum
Therapeutics
Treatment Outcome

Como citar: Frauches DO, Siqueira CCM, Mata TFD. Tratamento de Molusco Contagioso em crianças: uma revisão sistemática de literatura. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-12. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1468](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1468)

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
não se aplica.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.

Recebido em: 15/02/2017.
Aprovado em: 09/10/2017.

Resumen

Objetivo: El molusco contagioso es una infección de la piel causada por el virus Molluscipox. Dada la ausencia de un tratamiento específico, la presente investigación tiene como objetivo verificar, de acuerdo con la literatura reciente, los mejores métodos de tratamiento en niños inmunocompetentes. **Métodos:** Revisión sistemática de la literatura realizada en el Pubmed, así como en Lilacs, Scielo, Medline y otras bases de datos en la Biblioteca Virtual de Salud (BVS), con publicaciones de 2010 a 2016. Para evitar sesgos, se utilizaron las recomendaciones del PRISMA. Se utilizaron los criterios del Centro de Oxford para la Medicina Basada en la Evidencia y el sistema GRADE para clasificar el nivel de evidencia de los estudios. **Resultados:** Curetaje, láser pulsado de contraste, crioterapia, exéresis quirúrgica, KOH 2,5%, 5% y 10%, ácido tricloroacético, la combinación de ácido láctico y ácido salicílico, tretinoína 0,05% exhibieron buena tasa de curación, facilidad de realización y tiempo de resolución. Los métodos de inyección intralesional de antígenos de Cándida y la vacuna triple vírica, dieta equilibrada, aceite de alternifolia Malaleuca y ingenol mebutate 0,05% se muestran prometedores. Sin embargo, no se recomienda las cremas de cantaridina y imiquimod al 5%. **Conclusión:** Las evidencias obtenidas no han elegido un método preferido. La elección del método de tratamiento debe ser individualizada. Se recomienda la realización de más investigaciones relacionadas con el cultivo del virus.

Palabras clave:

Molusco Contagioso
Terapéutica
Resultado del Tratamiento

Introdução

Molusco Contagioso (MC) é uma infecção viral cutânea muito frequente, causada por um vírus com dupla cadeia de ácido desoxirribonucleico, pertencente à família dos poxvírus, gênero Molluscipox.¹ Primeiramente descrito e nomeado por Bateman no início do século XIX.²

A doença se expressa por pápulas cor da pele, entre três a cinco milímetros de diâmetro, por vezes chegando a três centímetros (“molusco gigante”). As lesões normalmente apresentam uma umbilicação central de onde pode ser drenada uma substância branco-acinzentada extremamente virulenta.²

Os grupos mais acometidos são crianças e adolescentes² entre 1 e 14 anos.³ Também são acometidos adultos sexualmente ativos e pessoas imunocomprometidas ou imunossuprimidas. Apresentação em crianças menores de um ano é rara, possivelmente devido à imunização materna.²

A transmissão se dá pelo uso de fômites contaminados, contato pele a pele e autoinoculação.⁴ O tempo de incubação varia entre 14 dias a 6 meses.⁵ As lesões, em indivíduos imunocompetentes, tendem a ter resolução espontânea de meses a anos.⁶ É comum ocorrer recidiva.⁷

O diagnóstico é predominantemente clínico, porém lesões atípicas podem dificultar o fechamento do quadro. Neste caso, pode-se lançar mão de métodos como Gram, estudo histopatológico e microscopia eletrônica.²

Dentre as técnicas utilizadas para tratamento, existem métodos físicos, químicos e imunoterápicos, além da possibilidade de aguardar resolução espontânea do quadro,⁵ com regressão das lesões. Até o momento, não há terapêutica específica para tratamento de MC, provavelmente por insucesso nas tentativas de cultivo do vírus em ambiente laboratorial.⁸

As lesões de MC podem levar a complicações, como: inflamação, prurido, eczemas, infecção bacteriana secundária e cicatrizes permanentes.⁹ Um estudo realizado por Lacour et al.¹⁰ relatou a ocorrência, em casos de MC, de abscessos causados por *Staphylococcus lugdunensis*.

Busca de informação sobre tratamento de MC na biblioteca da Colaboração Cochrane mostrou apenas uma revisão de literatura, realizada em 2009.⁵ Nela, van der Wouden et al. estudaram os efeitos das estratégias de tratamento de MC não genital em pacientes imunocompetentes. A revisão foi feita com base em 11 estudos que incluíam os efeitos de tratamentos tópicos, sistêmicos e homeopáticos.

Segundo os autores, uma série de limitações desses estudos, como o fato de serem pequenos, com alguns pacientes abandonando o tratamento, entre outros, levou à consideração de que não foi identificada evidência suficiente para que se pudesse propor um tipo de intervenção para MC. Assim, foi sugerido que, até o surgimento novas evidências de um tratamento seguro e efetivo, profissionais médicos deveriam considerar a conduta expectante.⁵

O objetivo desta pesquisa é atualizar as informações sobre o tratamento de MC em crianças imunocompetentes entre um e nove anos de idade, faixa etária na qual é alta a incidência³ e os hábitos e comportamentos favorecem a ocorrência de complicações infecciosas.

Métodos

Esta pesquisa consiste em revisão sistemática de literatura sobre tratamento de MC. A busca de referências foi realizada em junho de 2016 na base de dados PubMed, bem como no Medline, Lilacs, Scielo e demais bases abrangidas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizados os descritores “Molusco Contagioso” e “Terapêutica” no título, resumo ou assunto e selecionadas publicações entre 2010 e 2016, em português, inglês e espanhol (critério de inclusão).

Das referências obtidas, excluíram-se aquelas que não discutissem tratamento ou não enfocassem em crianças entre um e nove anos de idade ou que abordassem apenas pacientes imunodeprimidos ou imunossuprimidos, além dos artigos aos quais não se obteve acesso ao texto completo.

O nível de evidência científica das referências foi classificado de duas formas. A primeira, de acordo com o grau de recomendação e os níveis de evidência estabelecidos pelo Nível de Evidência por Tipo de Estudo - *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine*, utilizados pela Associação Médica Brasileira (AMB) no Projeto Diretrizes.¹¹ Na segunda forma de classificação, foram observadas as recomendações estabelecidas pelo sistema *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE).¹²

Os métodos abordados nas referências foram comparados quanto à efetividade (maior ou menor potencial de cura das lesões), facilidade de realização (método tópico ou invasivo), custo, tempo de resolução das lesões e ocorrência ou não de recidiva, além da incidência e gravidade de efeitos colaterais.

Visando evitar risco de viés, foram adotados o fluxograma e o *checklist* da *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*¹³ para condução da revisão. Esta recomendação em sua forma atual surgiu no Canadá em 2005, da revisão de um guia de recomendação de 1996 conhecido como *Quality of Reporting of Meta-analyses* (QUOROM).

Resultados

Foram identificados 113 artigos, dos quais foram eliminados os que não preencheram os critérios previamente estabelecidos, resultando em 22 artigos (Figura 1).

Ao avaliar as 22 publicações incluídas de acordo com o Nível de Evidência por Tipo de Estudo - *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine*,¹¹ 11 artigos se classificaram como grau de recomendação B, nível de confiança 2B; 2 como grau de recomendação B, nível de confiança 2C; 5 como grau de recomendação C, nível de confiança 5; e 4 como grau de recomendação D, nível de confiança 5.

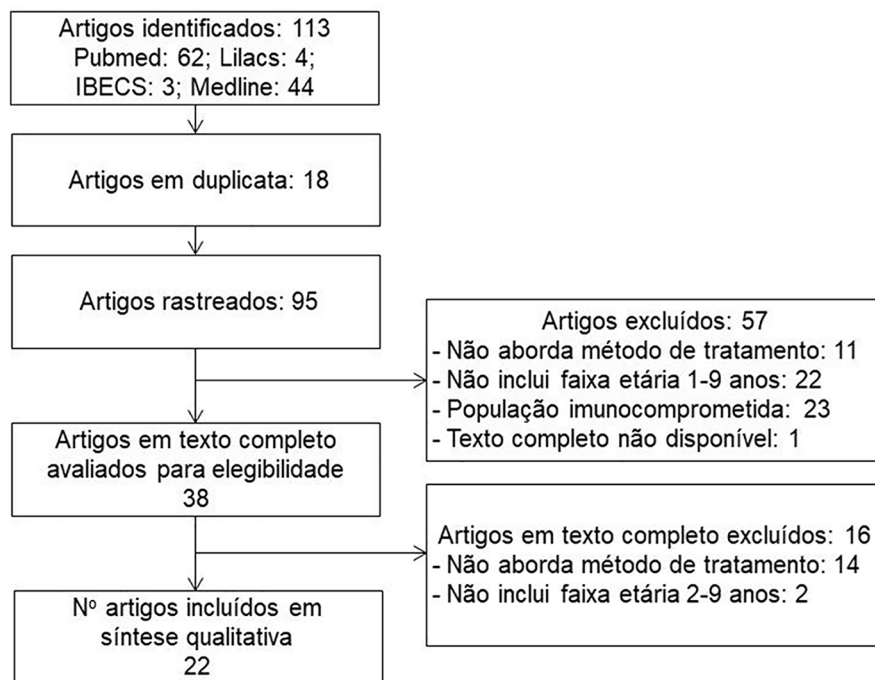


Figura 1. Fluxograma das fases de identificação, triagem e seleção de artigos sobre métodos de tratamento de MC em crianças imunocompetentes de dois a nove anos de idade.

A classificação dos níveis de evidência dos artigos utilizando o sistema GRADE¹² apontou 10 artigos como nível de confiança baixo e 12 como nível de confiança muito baixo.

Características dos estudos relatados nos artigos e a classificação dos mesmos segundo o *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine* e o sistema GRADE estão apresentadas no Quadro 1.

O tratamento de MC pode ser realizado através de métodos químicos, físicos e imunoterápicos.

A curetagem cirúrgica é um método amplamente utilizado, efetivo, com rápida resolução, porém pode apresentar efeitos colaterais como dor local, e não é indicada para lesões em áreas sensíveis como face. Schmitt e Marchiori¹⁴ mostraram que o uso da curetagem em até duas sessões teve uma proporção de cura de 26,6%. Como efeito colateral houve relato de dor intensa e incômodo local. Machado et al.⁹ citaram como benefício a rapidez nos resultados e baixo número de complicações, em um grupo de estudo com seguimento de 90 dias. É um procedimento realizado em apenas um dia, no consultório, com anestésico local, apontando facilidade no tratamento de crianças.

A crioterapia local, outra técnica ainda muito utilizada, mostra-se bastante efetiva. O estudo por Al-Mutairi et al.¹⁵ relatou proporção de cura de 100% com 1 sessão por semana até a cura ou em um máximo de 16 semanas. O tempo de resolução das lesões foi em média três a seis semanas, sendo a técnica mais barata que outros métodos, como o imiquimod. Pode haver recidiva dentro de até seis meses e levar a efeitos colaterais como alteração da pigmentação local, defeitos de cicatrização ou atrofia no local da aplicação.

Em relação ao Laser Pulsado de Contraste (LPC), Swanson e Canty,¹⁶ em sua atualização terapêutica com 20 crianças participantes, relatam que 16 apresentaram resolução completa das lesões com apenas duas sessões. Em revisão sistemática realizada por Griffith et al.,¹⁷ vários autores relatam sucesso de

Quadro 1. Características dos estudos e classificação do nível de evidência dos artigos.

Artigo	Características do estudo	Grau de recomendação e nível de evidência	Nível de evidência GRADE
Na et al., 2014. ⁶	Relato de 2 casos, injeção intralesional da vacina MMR.	C 4	Muito baixo.
Moye et al., 2014. ⁷	Relato de série de casos, n=405, cantaridina.	C 4	Muito baixo.
Machado et al., 2010. ⁹	Ensaio clínico controlado randomizado, n=50, 17 com KOH 10%, 16 com ácido salicílico+ácido láctico e 17 com curetagem, seguimento de 90 dias.	B 2B	Baixo.
Schmitt e Marchiori, 2011. ¹⁴	Ensaio clínico não controlado, n=10 com total de 141 lesões, solução de KOH (após 28 dias restaram 105 lesões que foram curetadas, restando 28).	B 2B	Baixo.
Al-Mutairi et al., 2010. ¹⁵	Ensaio clínico controlado randomizado, duplo-cego, n=74, 37 com imiquimod creme 5% e 37 com crioterapia, seguimento de 6 meses.	B 2B	Baixo.
Swanson e Canty, 2013. ¹⁶	Revisão de literatura, ácido tricloroacético, cantaridina, crioterapia, curetagem, imiquimod creme 5%, injeção intralesional do antígeno da Cândida, laser pulsado de contraste.	D 5	Muito baixo.
Griffith et al., 2014. ¹⁷	Revisão sistemática de literatura, laser pulsado de contraste.	B 2C	Muito baixo.
Falzon et al., 2015. ¹⁸	Relato de 1 caso, exérese cirúrgica.	C 4	Muito baixo.
Katz e Swetman, 2013. ¹⁹	Opinião de especialista, imiquimod creme 5%.	D 5	Muito baixo.
Katz, 2015. ²⁰	Opinião de especialista, imiquimod creme 5%.	D 5	Muito baixo.
Smith et al., 2013. ²²	Relato de 2 casos, imiquimod creme 5%.	C 4	Muito baixo.
Coloe Dosal et al., 2014. ²³	Ensaio clínico controlado randomizado, n=29, 13 com cantaridina e 16 com placebo, seguimento de 2 meses.	B 2B	Baixo.
Moye et al., 2013. ²⁴	Opinião de especialista, cantaridina.	D 5	Muito baixo.
Can et al., 2014. ²⁵	Ensaio clínico não controlado, n=40, solução tópica de KOH 10%, seguimento de 4 semanas.	B 2B	Baixo.
Köse et al., 2013. ²⁶	Ensaio clínico controlado randomizado, n=26, 12 com KOH 10% e 14 com ácido salicílico+ácido láctico, seguimento de 2, 4 e 6 semanas.	B 2B	Baixo.
Stephenson et al., 2014. ²⁷	Observação de resultados terapêuticos, solução de KOH.	B 2C	Muito baixo.
Uçmak et al., 2014. ²⁸	Ensaio clínico controlado randomizado, n=25, 13 com KOH 2,5% e 12 com KOH 5%, seguimento nos dias 0, 15, 30, 45 e 60.	B 2B	Baixo.
Rajouria et al., 2011. ²⁹	Ensaio clínico controlado randomizado, n=50, 25 com KOH 5% e 25 com creme de tretinoína 0,05%, seguimento de 4 semanas.	B 2B	Baixo.
Enns e Evans, 2013. ³⁰	Ensaio clínico não controlado, n=29, injeção intralesional do antígeno da Cândida, 15 meses de seguimento.	B 2B	Baixo.
van der Gaag, 2013. ³¹	Ensaio clínico não controlado, n=7, dieta balanceada.	B 2B	Muito baixo.
Markum e Baillie, 2012. ³²	Ensaio clínico controlado randomizado, n=53, 19 com óleo de <i>Malaleuca alternifolia</i> +óleo de canola+iodo, 18 com óleo de <i>Malaleuca alternifolia</i> +óleo de canola e 16 com iodo, seguimento de 30 dias.	B 2B	Baixo.
Javed e Tying, 2014. ³³	Relato de 1 caso, ingenol mebutate creme.	C 4	Muito baixo.

tratamento, com a proporção de cura entre 67% a 99%, além de fácil e rápida aplicação, que dura cerca de dois a três segundos. Não houve recidivas e como efeitos colaterais foram notados púrpuras e pigmentação transitória da pele durante o procedimento.

Um relato de caso por Falzon et al.¹⁸ traz como opção de tratamento a exérese cirúrgica, a qual levou à resolução do caso em questão. Apesar disso, o artigo não apresenta dados sobre a facilidade do uso, duração do tratamento, recidivas ou efeitos colaterais.

Dentre os métodos químicos, um dos mais utilizados e controversos, é o uso tópico de imiquimod 5% creme. Em um artigo de Katz e Swetman¹⁹ é relatado um estudo envolvendo 323 crianças, com eliminação completa das lesões em 18 semanas em 24% dos doentes tratados com imiquimod e em 26% dos tratados com placebo. Katz²⁰ descreve, em um estudo que envolveu 379 crianças, que a eliminação completa ocorreu em 24% e 28%, respectivamente. Além disso, as crianças apresentaram maior propensão a reações no sítio de aplicação, otite média, conjuntivite, leucopenia, e linfadenopatia. Ainda de acordo com Katz e Swetman,¹⁹ a agência *Food and Drug Administration* (FDA) afirmou em 2007: “Eficácia não demonstrada para MC em crianças com idade entre 2 a 12 anos”, e a aplicação de imiquimod a pelo menos 10% da área de superfície corporal levou a leucopenia ou neutropenia em 40% e 25% dos pacientes, respectivamente.

Swanson e Canty¹⁶ comparam dois estudos sobre o uso do imiquimod. O primeiro²¹ relata certa melhora das lesões após quatro semanas, porém nenhum paciente apresentou resolução completa das mesmas, e o segundo¹⁵ envolvendo 37 pacientes dos quais 22 apresentaram resolução completa das lesões com seis semanas, somando-se 34 com resolução completa ao final de 12 semanas de tratamento com imiquimod tópico.

Os pesquisadores^{15,21} concordam que o método é fácil de ser realizado, apesar de ser um medicamento de custo elevado e que necessita de várias aplicações, podendo ser aplicado em casa e utilizado em regiões sensíveis como face e genitália, providenciando um resultado mais estético. Não houve recidivas, mas foram descritos quadros de reação adversa no local da aplicação - hipopigmentação local, otite média, conjuntivite, leucopenia, linfadenopatia, leucopenia e neutropenia, com efeitos podendo aparecer após a primeira aplicação.

Em Smith et al.,²² o uso de imiquimod 5% creme foi correlacionado com o aparecimento de reação psoríase-like em uma criança de sete anos, após três semanas de uso da medicação, e de ulcerações orais em uma criança de nove anos, após nove dias de uso do medicamento no mento. Em Al-Mutairi et al.,¹⁵ as crianças que foram tratadas com imiquimod creme a 5% apresentaram proporção de cura de 91,8% em 6 a 12 semanas, sem ocorrência de recidivas. Os efeitos colaterais não foram especificados.

O uso da cantaridina também é um método amplamente utilizado na medicina para o tratamento do MC. Swanson e Canty¹⁶ descreveram dor local e erupções cutâneas bolhosas graves. Em Coloe et al.,²³ cantaridina e placebo não se mostraram diferentes com respeito à proporção de alteração na resposta média, que não foi estatisticamente significativa. A proporção estimada foi de 32% menos lesões com cantaridina, enquanto de 21% menos com placebo. Os autores afirmam que os efeitos adversos são mínimos e que não houve boa resposta em dois meses.

Moye et al.⁷ realizaram revisão retrospectiva de prontuários de um dermatologista pediátrico, concluindo pela fácil utilização, tratamento rápido e ausência de dor na aplicação, sendo aprovado por pais

e dermatologistas. Entretanto, os autores não citam proporção de cura, recidiva ou tempo de tratamento. Os efeitos colaterais encontrados foram dor, bolhas, prurido, infecção, irritação, hemorragia.

O artigo de Moye et al.²⁴ cita que 92% dos dermatologistas pediátricos demonstraram satisfação com a cantaridina, por possuir tempo de tratamento rápido, baixa incidência de dor no momento da aplicação e não causar sangramento. Por outro lado, apresentou como desvantagem a utilização exclusiva ao consultório, por ser tóxica. Os efeitos adversos encontrados foram dor, bolhas, prurido, alterações pigmentares e infecção secundária.

O ácido tricloroacético em formulações de 20% ou 35%, segundo Swanson e Canty¹⁶ é aplicado no consultório, com um cotonete, sobre a lesão de MC, até que surja uma camada de congelação sobre o local. Pode levar a um pequeno eritema local, mas apresenta bons resultados curativos.

O uso de solução aquosa de hidróxido de potássio (KOH) 10% se mostrou extremamente custo-efetivo. Método barato, menos agressivo, podendo ser aplicado em domicílio. Em um estudo, Can et al.²⁵ obtiveram 100% de cura ao final de quatro semanas de tratamento, sem que houvesse recidivas em um período de *follow-up* de três meses. No entanto, efeitos colaterais foram relatados: hipopigmentação local, queimação local severa, infecção secundária e surgimento de cicatriz hipertrófica nos locais aplicados.

Em estudo de Köse et al.²⁶ com 26 pacientes, 12 foram tratados com uma solução de KOH a 10% e 14 com combinação de ácido salicílico e láctico durante 6 semanas. Ao final, 83,3% do grupo de KOH demonstraram remissão completa e 16,7% deles apresentaram remissão parcial, mas quatro pacientes (33%) desenvolveram novas lesões durante o estudo. Todos no grupo de combinação de ácido salicílico e láctico (100%) demonstraram a remissão completa ao final de seis semanas, com cinco pacientes (35%) adquirindo novas lesões durante o estudo. Observou-se facilidade de realização, sendo que solução de KOH 10% e combinação de ácido salicílico e láctico foram igualmente eficazes no tratamento de lesões de MC. Como efeitos adversos com uso de KOH 10% foram observadas infecção, hipopigmentação e ardência. A combinação de ácido salicílico e láctico pode apresentar eritema, descamação e ulceração.

O estudo de Machado et al.⁹ também comparou os resultados do uso de KOH 10%, combinação de ácido salicílico e láctico e curetagem, sendo a curetagem mais rápida, porém igualmente eficaz à combinação de ácido láctico e salicílico. A conclusão sobre a eficácia de KOH 10% comparado a ácido salicílico combinado a ácido láctico foi a mesma que em Köse et al.²⁶

Stephenson et al.²⁷ relataram eficácia parecida entre as soluções e fácil aplicação, apresentando resolução de uma a cinco semanas, podendo causar ardor, eritema, prurido, dor, formação de crostas, hiperpigmentação e erosão como efeitos adversos. O estudo de Uçmak et al.²⁸ também mostrou semelhança na efetividade, porém relatou que KOH a 2,5% apresentou melhores resultados em face. Os resultados foram de 44% de cura após 60 dias e a ardência foi o efeito colateral mais comum.

Outro método citado nos artigos foi a tretinoína creme 0,05%, que, comparada ao KOH 5%, apresentou eficácia semelhante, porém com demora na resolução, de acordo com Rajouria et al.²⁹

A injeção intralesional do antígeno da *Cândida* visa a manipulação do sistema imune a fim de atingir uma resposta imune específica, tendo sido realizados estudos prévios envolvendo injeções intralesionais de *Cândida*, caxumba e *trichophyton* em verrugas – utilizados devido as altas taxas de resposta imune corporais a esses patógenos na população em geral.³⁰

O mecanismo exato de ação deste método ainda não é claro. O tratamento é realizado com intervalos de quatro semanas entre as aplicações, com aplicações de 0,3ml do antígeno em uma das pápulas de MC, podendo ser abordadas até 3 pápulas se as lesões forem muito pequenas. Enns e Evans,³⁰ de um total de 29 pacientes, observaram 27 com melhora total ou parcial, com apenas 2 pacientes não apresentando melhora após cerca de seis sessões. Outro estudo apresentado por Swanson e Canty¹⁶ em sua revisão foi realizado com 47 pacientes. Destes, 25 cumpriram o *follow-up*, dos quais 21 apresentaram resolução total ou parcial e quatro não tiveram melhora após quatro sessões. O único efeito adverso apresentado foi desconforto local no momento da injeção.

A imunoterapia com injeção intralesional da vacina MMR é ainda muito recente. Sua realização se dá da mesma maneira que a terapia com o antígeno da Cândida. Na et al.⁶ trazem dois relatos de caso, de uma criança de quatro anos e de uma criança de um ano, que apresentavam lesões de MC em vários sítios corporais, obtendo remissão completa após quatro e duas sessões respectivamente, sem a ocorrência de recidivas ou efeitos adversos. De acordo com os autores, esta pode ser uma técnica mais segura, barata, com menos efeitos colaterais e uma excelente opção à métodos abrasivos que tendem a ser menos aceitos por crianças menores.

Um método interessante apresentado por van der Gaag³¹ é a dieta balanceada, fornecendo à criança alimentos ricos em ferro, zinco, vitaminas A, C e E várias vezes na semana, a fim de melhorar sua imunidade natural e combater o vírus do MC sistemicamente. Essa técnica apresentou uma proporção de cura de 86% dos pacientes em 5 meses, com os 24% restantes apresentando 50% de cura das lesões na mesma época. Nenhum efeito colateral foi relatado.

Pode-se citar também o uso de óleo de *Malaleuca alternifolia* combinado a iodo, relatado por Markum e Baillie,³² que mostrou cura em 48 das 53 crianças avaliadas, após trinta dias. Os efeitos colaterais se restringiram a região avermelhada no local de aplicação.

Javed e Tying³³ fizeram uso de Ingenol Mebutate 0,05% durante 6 dias em uma criança de 4 anos, observando melhora completa da lesão, sem recidiva em 30 dias. Os efeitos adversos foram vermelhidão no sítio de aplicação nos três primeiros dias.

Discussão

A curetagem foi apresentada^{9,14} como uma boa opção, com alto potencial de cura, rápida, trazendo poucos efeitos colaterais - como dor e incômodo locais. Um ponto negativo de seu uso são as lesões muito numerosas ou que se encontram em áreas mais sensíveis, como face e genitália.

A crioterapia local mostrou¹⁵ uma proporção de cura extremamente alta, atingindo 100%. No entanto, houve recidiva das lesões e efeitos colaterais como alteração de pigmentação local, formação de cicatriz e atrofia. Trata-se de um bom método para resolução rápida, desde que o paciente seja esclarecido dos possíveis riscos de comprometimento estético.

A terapia com LPC^{16,17} constitui uma das melhores para o tratamento, com excelente potencial de cura. Não apresentou recidivas e os efeitos colaterais foram inexistentes ou transitórios durante o procedimento. A maior problemática é o elevado custo da máquina, dificultando sua aquisição e encarecendo o tratamento.

A exérese cirúrgica mostrou-se eficaz.¹⁸ No entanto, apesar da cirurgia dermatológica ser extremamente segura e com baixo risco de complicações, os procedimentos cirúrgicos estão sujeitos a infecções, hemorragias, hematomas ou alterações da pressão arterial.³⁴

O imiquimod 5% creme, alvo de grandes discussões e divergências literárias,^{15,16,19-22} não é uma técnica boa ao serem comparados riscos e benefícios, além de ter custo elevado. Apesar de se mostrar efetivo, de fácil aplicação, bons resultados estéticos e não serem comuns recidivas, não resultou grande superioridade em relação ao placebo, que justificasse expor o paciente aos riscos de efeitos colaterais.

A cantaridina não se mostrou eficaz,^{7,16,23,24} apresentando proporção de cura baixa quando comparada ao placebo, recidivas e, por vezes, efeitos colaterais. Acredita-se que sua larga utilização é devido à fácil utilização, falta de dor à aplicação e resolução rápida em certo número de casos, sendo aprovado por pais e dermatologistas.

O ácido tricloroacético a 20% ou 35% é um método efetivo e simples, resultando em poucos efeitos colaterais e boa proporção de cura.¹⁶

O KOH em suas formulações 2,5% (mais indicado para lesões em face), 5% e 10%,^{25,27-29} revelou-se, no geral, uma excelente técnica, de baixo custo, sem recidivas, com alta proporção de cura, resolução rápida das lesões, fácil aplicação, apresentando alguns efeitos colaterais locais. Todas as formulações se mostraram igualmente efetivas. Quando comparada sua eficácia à da formulação de ácido láctico com ácido salicílico²⁶ e à curetagem cirúrgica e à formulação ácida,⁹ a formulação apresentou velocidade de resolução das lesões superior à do KOH, porém mesma efetividade, podendo apresentar efeitos colaterais. A curetagem mostrou-se superior a ambos em tempo de resolução, porém igualmente eficaz. Em comparação com a tretinoína 0,05%, o KOH 5% mostrou ação mais rápida sobre as lesões.²⁹

Os métodos imunoterápicos como a injeção intralesional do antígeno da *Cândida*^{3,30} e a injeção intralesional da vacina MMR⁶ mostraram um grande potencial. São extremamente eficazes, não apresentaram recidivas ou efeitos colaterais, a resolução das lesões foi rápida, de baixo custo, com abordagem não extensa no paciente, sendo necessária a aplicação em no máximo três lesões. No entanto, mais estudos sobre essas terapias fazem-se necessários para que se possa chegar a conclusões mais embasadas.

A dieta balanceada,³¹ o uso do óleo de *Malaleuca alternifolia* combinado a iodo³² e o uso de Ingenol Mebutate 0,05%³³ apresentaram alta proporção de cura. No entanto, estudos mais aprofundados sobre estas metodologias devem ser conduzidos a fim de avaliar a viabilidade de seu uso na prática clínica.

Nesta revisão, assim como na de 2009,⁵ os estudos abordados foram considerados insuficientes para definir qual o melhor método de tratamento para MC. Em relação ao imiquimod creme 5%, esta revisão encontrou resultados diferentes daqueles trazidos pela revisão Cochrane. Em van der Wouden et al.,⁵ o imiquimod creme 5% foi relatado como tendo efeito superior ao placebo, mesmo que em um estudo considerado não estatisticamente efetivo, enquanto que nesta revisão, em todos os estudos recentes, o imiquimod não apresentou efeito superior ao placebo quanto à proporção de cura e tempo de resolução.

Conclusão

Curetagem, LPC, crioterapia, exérese cirúrgica, KOH 2,5%, 5% e 10%, ácido tricloroacético, combinação de ácido láctico e ácido salicílico e tretinoína 0,05% apresentaram bons resultados em relação à proporção de cura, facilidade de realização e tempo de resolução.

Os métodos de injeção intralesional do antígeno da Cândida e dieta balanceada mostraram-se promissores, mas é aconselhável que sejam estudados mais a fundo.

A injeção intralesional da vacina MMR, óleo de *Malaleuca alternifolia* e Ingenol Mebutate 0,05% também necessitam de mais estudos com a finalidade de alcançar resultados mais concretos.

Cantaridina e imiquimod 5% creme não são recomendados como tratamento de escolha.

Por fim, a conduta expectante ainda deve ser uma opção considerada em crianças imunocompetentes, destacando-se que a escolha do método de tratamento deverá ser individualizada para cada paciente.

Ainda se fazem necessários estudos melhor concebidos, prospectivos, randomizados, de duração mais prolongada, com maior número de pacientes, controlados, sobre opções convencionais de tratamento comparadas a placebo. Da mesma forma, são importantes estudos laboratoriais visando buscar técnicas para cultura do vírus do MC e o desenvolvimento de um tratamento sistêmico eficaz contra a infecção, e não apenas das lesões.

Referências

1. Gaspar MA, Pinherio AF, Sanches A. Molusco contagioso – intervenção terapêutica na idade pediátrica. Revisão Baseada na Evidência. Rev Port Med Geral Fam [online]. 2012;28(6):418-26. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v28n6/v28n6a06.pdf>
2. Maluki AH, Kadhum QJ. Treatment of Molluscum Contagiosum by Potassium Hydroxide Solution 20% with and Without Pricking and By Pricking Alone: A Comparative Study with Review of Literature. Int J Dermatol Clin Res [online]. 2015;1(2):31-42. <http://www.peertechz.com/Dermatology-Clinical-Research/pdf/IJDCR-1-111.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.17352/2455-8605.000011>
3. Olsen JR, Gallacher J, Finlay AY, Piguet V, Francis NA. Time to resolution and effect on quality of life of molluscum contagiosum in children in the UK: a prospective community cohort study. Lancet Infect Dis [online]. 2015;15(2):190-5. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(14\)71053-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(14)71053-9)
4. Ianhez M, Cestari SCP, Enokihara MY, Sieze MBPM. Padrões dermatoscópicos do molusco contagioso: estudo de 211 lesões confirmadas por exame histopatológico. An Bras Dermatol [online]. 2011;86(1):74-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962011000100009>
5. van der Wouden JC, van der Sande R, van Suijlekom-Smit LW, Berger M, Butler CC, Koning S. Interventions for cutaneous molluscum contagiosum. Cochrane Database Syst Rev [online]. 2009;(4):CD004767. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004767.pub3>
6. Na CH, Kim DJ, Kim MS, Kim JK, Shin BS. Successful treatment of molluscum contagiosum with intralesional immunotherapy by measles, mumps, and rubella vaccine: a report of two cases. Dermatol Ther [online]. 2014;27(6):373-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/dth.12158>
7. Moye VA, Cathcart S, Morrell DS. Safety of cantharidin: a retrospective review of cantharidin treatment in 405 children with molluscum contagiosum. Pediatr Dermatol [online]. 2014;31(4):450-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/pde.12276>
8. Guan H, Nuth M, Zhukovskaya N, Saw YL, Bell E, Isaacs SN, et al. A novel target and approach for identifying antivirals against molluscum contagiosum virus. Antimicrob Agents Chemother [online]. 2014;58(12):7383-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1128/AAC.03660-14>
9. Machado RB, Leal TF, Bonfá R, Werlang ME, Weber MB. Molusco contagioso em crianças: tratamentos comparativos. Surg Cosmet Dermatol [online]. 2010;2(4):272-5. <http://www.surgicalcosmetic.org.br/detalhe-artigo/94>

10. Lacour M, Posfay-Barbe KM, La Scala GC. Staphylococcus lugdunensis abscesses complicating molluscum contagiosum in two children. *Pediatr Dermatol* [online]. 2015;32(2):289-91. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/pde.12483>
11. Cerri GG, Jatene FB, Nobre MR, Bernardo WM. Introdução. In: Amaral JL, Andrade EO, eds. Projeto Diretrizes [online]. 2008. http://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/texto_introdutorio.pdf
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretrizes metodológicas: Sistema GRADE – Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde [online]. 2014. [acesso 2017 Nov 7]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_sistema_grade.pdf
13. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med* [online]. 2009;6(7):e1000097. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
14. Schmitt JV, Marchiori HZ. Baixa eficácia do uso de solução de hidróxido de potássio a 5% por 28 dias no tratamento de molusco contagioso. *Surg Cosmet Dermatol* [online]. 2011;3(4):368-9. <http://www.surgicalcosmetic.org.br/detalhe-artigo/177>
15. Al-Mutairi N, Al-Doukhi A, Al-Farag S, Al-Haddad A. Comparative study on the efficacy, safety, and acceptability of imiquimod 5% cream versus cryotherapy for molluscum contagiosum in children. *Pediatr Dermatol* [online]. 2010;27(4):388-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1470.2009.00974.x>
16. Swanson A, Cauty K. Common pediatric skin conditions with protracted courses: a therapeutic update. *Dermatol Clin* [online]. 2013;31(2):239-49. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23557653>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.det.2012.12.003>
17. Griffith RD, Yazdani Abyaneh MA, Falto-Aizpurua L, Nouri K. Pulsed dye laser therapy for molluscum contagiosum: a systematic review. *J Drugs Dermatol* [online]. 2014;13(11):1349-52. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25607701>
18. Falzon K, Scotcher S, Parulekar M. Primary Epibulbar Molluscum Contagiosum in an Immunocompetent Child. *J Pediatr* [online]. 2015;167(4):936. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.06.071>
19. Katz KA, Swetman GL. Imiquimod, molluscum, and the need for a better “best pharmaceuticals for children” act. *Pediatrics* [online]. 2013;132(1):1-3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2013-0116>
20. Katz KA. Dermatologists, imiquimod, and treatment of molluscum contagiosum in children: righting wrongs. *JAMA Dermatol* [online]. 2015;151(2):125-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jamadermatol.2014.3335>
21. Myhre PE, Levy ML, Eichenfield LF, Kolb VB, Fielder SL, Meng TC. Pharmacokinetics and safety of imiquimod 5% cream in the treatment of molluscum contagiosum in children. *Pediatr Dermatol* [online]. 2008;25(1):88-95. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1470.2007.00590.x>
22. Smith WA, Siegel D, Lyon VB, Holland KE. Psoriasiform eruption and oral ulcerations as adverse effects of topical 5% imiquimod treatment in children: a report of four cases. *Pediatr Dermatol* [online]. 2013;30(6):e157-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1470.2012.01780.x>
23. Coloe Dosal J, Stewart PW, Lin JA, Williams CS, Morrell DS. Cantharidin for the treatment of molluscum contagiosum: a prospective, double-blinded, placebo-controlled trial. *Pediatr Dermatol* [online]. 2014;31(4):440-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1470.2012.01810.x>
24. Moye V, Cathcart S, Burkhart CN, Morrell DS. Beetle juice: a guide for the use of cantharidin in the treatment of molluscum contagiosum. *Dermatol Ther* [online]. 2013;26(6):445-51. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/dth.12105>
25. Can B, Topaloğlu F, Kavala M, Türkoglu Z, Zindancı I, Sudogan S. Treatment of pediatric molluscum contagiosum with 10% potassium hydroxide solution. *J Dermatolog Treat* [online]. 2014;25(3):246-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/09546634.2012.697988>
26. Köse O, Özmen İ, Arca E. An open, comparative study of 10% potassium hydroxide solution versus salicylic and lactic acid combination in the treatment of molluscum contagiosum in children. *J Dermatolog Treat* [online]. 2013;24(4):300-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/09546634.2011.649690>
27. Potassium hydroxide 5% for the treatment of molluscum contagiosum. *Drug Ther Bull* [online]. 2014;52(10):118-20. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25298120>
28. Uçmak D, Akkurt MZ, Kacar SD, Sula B, Arica M. Comparative study of 5% and 2.5% potassium hydroxide solution for molluscum contagiosum in children. *Cutan Ocul Toxicol* [online]. 2014;33(1):54-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/15569527.2013.796479>

29. Rajouria EA, Amatya A, Karn D. Comparative study of 5% potassium hydroxide solution versus 0.05% tretinoin cream for Molluscum Contagiosum in children. Kathmandu Univ Med J (KUMJ) [online]. 2011;9(36):291-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.3126/kumj.v9i4.6347>
30. Enns LL, Evans MS. Intralesional immunotherapy with Candida antigen for the treatment of molluscum contagiosum in children. Pediatr Dermatol [online]. 2011;28(3):254-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1470.2011.01492.x>
31. van der Gaag E. Molluscum contagiosum clearance following a dietary change. Cutis [online]. 2013;92(4):E3-4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24195099>
32. Markum E, Baillie J. Combination of essential oil of Melaleuca alternifolia and iodine in the treatment of molluscum contagiosum in children. J Drugs Dermatol [online]. 2012;11(3):349-54. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22395586>
33. Javed S, Tyring SK. Treatment of molluscum contagiosum with ingenol mebutate. J Am Acad Dermatol [online]. 2014;70(5):105. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2013.11.046>
34. Pimentel ERA, Oliveira JP, Bloch LD, Niwa ABM. Risco de complicações durante a cirurgia dermatológica: protocolo das exéreses em fuso. An Bras Dermatol [online]. 2005;80(5):493-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962005000600007>

Escola Superior de Ciências da Saúde Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Vitória, ES, Brasil. diana.frauches@emescam.br (*Autora correspondente*); carlacoradinim@gmail.com; thaysfdmata@gmail.com

Exercício físico na prevenção de quedas do idoso da comunidade: revisão baseada na evidência

Physical exercise for preventing falls in elder people living in the community

Ejercicio físico en la prevención de caídas del anciano de la comunidad: revisión basada en la evidencia

Joana Rita Bento, Nadina Duarte Sousa

Resumo

Introdução: A prevenção de quedas do idoso é um urgente desafio de saúde pública. O exercício físico tem-se comprovado uma intervenção preventiva eficaz. **Objetivo:** Rever a evidência científica mais recente, relativa à recomendação do exercício físico na prevenção de quedas do idoso da comunidade. Identificar modalidade física e regimes de frequência com maior benefício. **Métodos:** Efetuou-se uma pesquisa bibliográfica, utilizando os termos MeSH “aged”, “accidental falls/prevention and control” e “exercise”, nas bases de dados PubMed, *Cochrane Library*, *National Guideline Clearinghouse*, *Canadian Medical Association*, *Evidence based Medicine* e *NICE Evidence Search*, nos últimos 5 anos. Foram incluídos artigos que avaliassem o exercício como intervenção isolada na prevenção de quedas do indivíduo da comunidade, com ≥ 60 anos. Resultado avaliado: incidência de quedas. **Resultados:** De 637 potenciais artigos, 4 cumpriam critérios de inclusão: 2 ensaios clínicos aleatorizados controlados (ECACs), 1 estudo coorte e 1 meta-análise (MA). Globalmente, os resultados demonstram um efeito protetor do exercício físico. A MA obteve uma razão de taxas de incidência (RTI) de 0,79 ($p < 0,001$), com o treino de equilíbrio (RTI=0,85, $p=0,04$) e maior dose semanal (RTI=0,77, $p=0,03$) a demonstrarem-se mais efetivos. Contrariamente, um ECAC demonstrou superioridade na marcha. O estudo coorte revelou maior benefício em participações ≥ 3 anos (RTI=0,90; $p=0,03$). **Conclusão:** O exercício físico é efetivo na prevenção de quedas do idoso da comunidade. Treinos de equilíbrio e práticas semanais ≥ 3 horas demonstraram melhores resultados (SORT A). A sua manutenção deve ser incentivada a longo prazo (SORT B).

Palavras-chave:

Acidentes por Quedas
Acidentes por Quedas/
prevenção & controle
Exercício Físico
Idoso

Abstract

Introduction: The prevention of falls among elder people is an urgent public health challenge. Physical exercise has proven an effective preventive intervention. **Objective:** Review the latest scientific evidence, concerning the recommendation of physical exercise in the prevention of falls of the elderly of the community. Identify the optimal type and frequency of exercise with better benefits. **Methods:** A bibliographic search was carried out using the terms MeSH “aged”, “accidental falls/prevention and control” and “exercise”, in PubMed, *Cochrane Library*, *National Guideline Clearinghouse*, *Canadian Medical Association*, *Evidence based Medicine* e *NICE Evidence Search* databases, in the last five years. We included articles evaluating the exercise as an isolated intervention in the prevention of falls of the individual of the community, with ≥ 60 years. Rated result: incidence of falls. **Results:** Of 637 potential articles, 4 fulfilled inclusion criteria: 2 randomized controlled trials (RCT), 1 cohort study and 1 meta-analysis (MA). Overall, the results demonstrate a protective effect of exercise. The MA obtained a ratio of incidence rates (IR) was 0.79 ($p < 0.001$), with the training of balance (IR=0.85, $p=0.04$) and greater weekly dose (IR=0.77, $p=0.03$) has demonstrated more effective. Contrarily, one RCT suggested that hike can be more effective. The cohort study revealed greater benefit in ≥ 3 years participations (IR=0.90; $p=0.03$). **Conclusion:** Physical exercise is effective in preventing falls in the community elder. Balancing training and weekly ≥ 3 hours practices showed better results (SORT A). Its maintenance must be encouraged in the long term (SORT B).

Keywords:

Falls
Falls/prevention & control
Physical Exercise
Aged

Como citar: Bento JR, Sousa ND. Exercício físico na prevenção de quedas do idoso da comunidade: revisão baseada na evidência. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2017;12(39):1-11. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1658](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1658)

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: 19/11/2017.
Aprovado em: 02/01/2018.

Resumen

Introducción: La prevención de caídas del anciano es un urgente desafío de salud pública. El ejercicio físico se ha comprobado una intervención preventiva eficaz. **Objetivo:** Revisar la evidencia científica más reciente, relativa a la recomendación del ejercicio físico en la prevención de caídas del anciano de la comunidad. Identificar modalidad física y regímenes de frecuencia con mayor beneficio. **Métodos:** Se realizó una investigación bibliográfica, utilizando los términos MeSH “aged”, “accidental falls/prevention and control” y “exercise”, en las bases de datos PubMed, *Cochrane Library*, *National Guideline Clearinghouse*, *Canadian Medical Association*, *Evidence based Medicine* y *NICE Evidence Search*, en los últimos 5 años. Se incluyeron artículos que evaluaran el ejercicio como intervención aislada en la prevención de caídas del individuo de la comunidad, con ≥ 60 años. Resultado evaluado: incidencia de caídas. **Resultados:** De 637 potenciales artículos, 4 cumplían criterios de inclusión: 2 ensayos clínicos aleatorizados controlados (ECACs), 1 estudio cohorte y 1 meta-análisis (MA). Globalmente, los resultados demuestran un efecto protector del ejercicio físico. La MA obtuvo una proporción de tasas de incidencia (RTI) de 0,79 ($p < 0,001$), con el entrenamiento de equilibrio (RTI=0,85, $p=0,04$) y la mayor dosis semanal (RTI=0,77, $p=0,03$) se demostraron más efectivos. Contrariamente, un ECAC demostró superioridad en la marcha. El estudio cohorte reveló un mayor beneficio en participaciones ≥ 3 años (RTI=0,90, $p=0,03$). **Conclusión:** El ejercicio físico es efectivo en la prevención de caídas del anciano de la comunidad. Los entrenamientos de equilibrio y las prácticas semanales ≥ 3 horas demostraron mejores resultados (SORT A). Su mantenimiento debe ser incentivado a largo plazo (SORT B).

Palabras clave:

Accidentes por Caídas
Accidentes por Caídas/
prevención & control
Ejercicio Físico
Anciano

Introdução

Registrando-se uma tendência crescente na proporção da população mundial com 65 ou mais anos,¹ o envelhecimento populacional representa um dos fenômenos demográficos mais preocupantes das sociedades modernas.²

Na perspectiva biológica, o envelhecimento está associado à acumulação de danos moleculares e celulares, conduzindo a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, a um aumento do risco de contrair doenças e a um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo; em última instância, resulta no falecimento. Não obstante, essas mudanças não são lineares ou consistentes, e estão apenas vagamente associadas à idade de uma pessoa em anos.³ Em Portugal, consideram-se pessoas idosas os homens e as mulheres com idade igual ou superior a 65 anos.¹ Já no Brasil, esta definição tem início a partir dos 60 anos.⁴

São diversas as síndromes geriátricas, nas quais se destacam as quedas como problema clínico de elevado impacto do idoso.⁵ Esta pertinência é resultado da combinação de uma elevada incidência, com uma elevada suscetibilidade à lesão, dada a prevalência aumentada de doenças crônicas e alterações fisiológicas relacionadas com a idade; ainda, a recuperação da queda em indivíduos idosos é tipicamente retardada, conduzindo a um conseqüente declínio funcional.⁶

As quedas são definidas pela *American Geriatrics Society* (AGS) e pela *British Geriatrics Society* (BGS) como um contato não intencional com a superfície de apoio, resultante da mudança de posição do indivíduo para um nível inferior à sua posição inicial, sem que tenha havido fator intrínseco determinante ou acidente inevitável e sem perda de consciência.⁷ Estima-se que este fenômeno atinja 30% dos adultos com mais de 65 anos e 40% após os 80 anos,⁸ sendo responsável por 87% das fraturas, 50% dos internamentos em idosos, e por um elevado consumo de recursos em saúde.³

Evidência na literatura aponta para a existência de 400 fatores de risco para quedas, que contemplam as dimensões biológica, comportamental, ambiental e socioeconômica e que interagem entre si, aumentando a probabilidade de ocorrência com o aumento do número de variáveis associadas.⁹

A prevenção de quedas e suas conseqüências é um urgente desafio de saúde pública internacional.¹⁰ Várias intervenções têm sido descritas: abordagem multifatorial dos fatores de risco identificados, programas

de exercício físico, revisão terapêutica, correção de deficiências visuais, tratamento da hipotensão postural, abordagem de alterações do ritmo e de frequência cardíaca, tratamento de afecções do pé, modificação de fatores de risco ambientais do domicílio e a educação do indivíduo.⁷

Atualmente, diversos estudos e revisões sistemáticas evidenciam o papel dos programas interventivos na prevenção de quedas. Uma recente revisão sistemática de Cochrane concluiu que as intervenções de exercício físico compostas por diferentes tipos de exercícios, em grupo, ou individuais, praticadas no domicílio, reduzem o risco e incidência de quedas (Razão de taxas de incidência (RTI) de 0,71 e 0,68, respectivamente); especificamente, para a modalidade de Tai Chi, o seu benefício parece ser superior nos indivíduos sem elevado risco de queda.¹¹ Já em 2010, a AGS e a BGS recomendavam, com uma força de recomendação A, oferecer ao idoso em risco de queda um programa de exercício físico que incorporasse treino de equilíbrio, marcha e de fortalecimento; adicionalmente, treinos de flexibilidade e resistência poderiam ser oferecidos, ainda que não de forma isolada.⁷

Este estudo tem como objetivo rever a evidência científica mais recente, relativa à recomendação do exercício físico na prevenção de quedas do idoso da comunidade, procurando identificar a modalidade física, duração, intensidade e regimes de frequência com maior benefício.

Métodos

Efetou-se uma pesquisa bibliográfica, em 7 de outubro de 2017, utilizando os termos MeSH “aged”, “accidental falls/prevention and control” e “exercise”. Pesquisaram-se normas de orientação clínica, estudos coorte, ensaios clínicos aleatorizados controlados (ECACs), meta-análises (MA) e revisões sistemáticas publicadas nos últimos 5 anos, nas línguas portuguesa e inglesa, nas bases de dados PubMed, *Cochrane Library*, *National Guideline Clearinghouse*, *Canadian Medical Association*, *Evidence based Medicine* e *NICE Evidence Search*.

Foram incluídos artigos que avaliassem ou recomendassem o exercício físico como intervenção para a prevenção de quedas do indivíduo da comunidade, com idade igual ou superior a 60 anos. O resultado avaliado foi a incidência de quedas. Constituíram critérios de exclusão os artigos em que a incidência de quedas não correspondesse ao *outcome* primário, que não avaliassem o exercício físico como intervenção isolada, populações residentes em lar, hospitalizados ou em programas de reabilitação pós-internamento, idosos que padecem de morbilidades específicas: demências e deterioração cognitiva, fragilidade, fratura do colo do fêmur, doença neuromuscular, musculoesquelética ou cardiovascular graves, e artigos com metodologia de menor qualidade. A presença prévia de queda não constituiu um critério de exclusão.

Para avaliação dos níveis de evidência e atribuição de forças de recomendação, foi utilizada a escala *Strenght of Recommendation Taxonomy* (SORT) da *American Academy of Family Physicians*.

Resultados

Da pesquisa bibliográfica resultou um total de 637 potenciais artigos, dos quais apenas 4 cumpriam os critérios de inclusão: 2 ECACs, 1 estudo coorte e uma MA (Figura 1). A descrição dos artigos encontra-se resumida nos Quadros 1, 2 e 3, respectivamente.

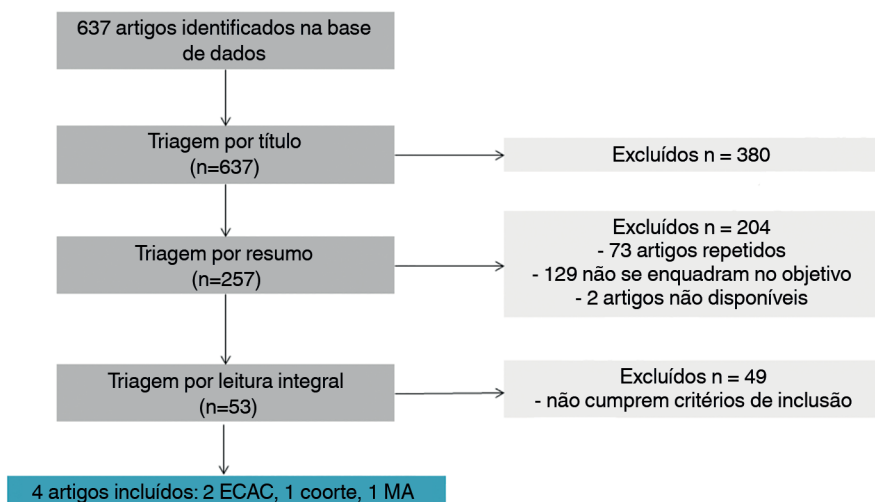


Figura 1. Fluxograma de seleção dos estudos incluídos. ECAC: ensaio clínico aleatorizado controlado; MA: meta-análise.

Quadro 1. Ensaios clínicos controlados aleatorizados.

Referência	Metodologia	Resultados	Conclusões	NE
Gawler et al. ¹² (2016)	Estudo prospectivo, Inglaterra 1256 indivíduos da comunidade, com idade [65-94] anos; 84% <80 anos 62% sexo feminino - Programa de exercício FaME (n=387) - Programa de exercício OEP (n=411) - CH (n=458) Resultados avaliados: incidência de quedas e razão de taxas, aos 12 e 24 meses	Taxa de incidência (quedas/pessoa-ano): 12 meses >FaME: 0,53 >OEP: 0,53 >CH: 0,69 24 meses >FaME: 0,42 >OEP: 0,53 >CH: 0,46 Comparação da taxa de incidência em relação ao grupo de CH: 12 meses >FaME: RTI=0,74, 95% IC 0,55-0,99, p=0,04 >OEP: RTI=0,76, 95% IC 0,53-1,09, p=0,14 24 meses >FaME: RTI=0,94, 95% IC 0,62-1,41, p=0,76 >OEP: RTI=1,04, 95% IC 0,69-1,55, p=0,86	A intervenção FaME parece exercer um efeito protetor de quedas, além do período de intervenção de 24 semanas. Este efeito é perdido ao segundo ano de seguimento, pelo que a manutenção de atividade física moderada a intensa deve ser incentivada na prevenção de quedas a longo prazo.	2
Okubo et al. ¹³ , (2016)	Estudo prospectivo Japão Indivíduos [65-79] anos e baixo risco de queda (n=90) - Grupo marcha (n=50): - Grupo treino de equilíbrio (n=40) Resultados primários: - N° quedas - N° tropeços Follow-up: 3 meses de exercício supervisionado, seguido de 13 meses de exercício não supervisionado	Comparação da taxa de incidência de quedas do grupo de marcha com o grupo de treino de equilíbrio, segundo exposição: >RTI=0,38 quedas/pessoa ativa/dia, 95% IC 0,19-0,77, p=0,008 >RTI=0,47 quedas/passos/por pessoa, 95% IC 0,26-0,85; p=0,012 Comparação da taxa de incidência de tropeços do grupo de marcha com o grupo de treino de equilíbrio, segundo exposição: >RTI=1,66 pessoa-ano, 95% IC 1,34-2,05, p<0,0001 >RTI=1,50/pessoa ativa/dia, 95% IC 1,12-2,00, p=0,008	A marcha pode ser mais efetiva na prevenção de quedas que o treino de equilíbrio, nos idosos da comunidade. Contudo, pode induzir mais tropeços, pelo que não deve ser recomendada no idoso com elevado risco de queda.	2

FaME: Falls management exercise; OEP: Otago exercise program; CH: Cuidados habituais; RTI: Razão de taxas de incidência.

Quadro 2. Estudo coorte.

Referência	Metodologia	Resultados	Conclusão	NE
Wurzer et al. ¹⁴ (2014)	N=207; 91,3% sexo feminino População: idosos da comunidade ≥65 anos Intervenção: SAYGO Resultado avaliado: incidência de quedas <i>Follow-up</i> de 12 meses	>Taxa de incidência de quedas: 0,75 pessoa-ano Comparação das taxas de incidência entre os grupos com participações ≥ 3 anos, com grupo com participações mais curtas: >RTI=0,90; 95% IC, 0,82-0,99; p=0,03	O programa de exercício SAYGO parece ser efetivo na prevenção de quedas, apresenta elevada adesão. Taxas de incidência de quedas inferiores são encontradas nos indivíduos com participações mais longas.	2

SAYGO: *Steady as You Go*.**Quadro 3.** Meta-análise.

Referência	Metodologia	Resultados	Conclusão	NE
Sherrington et al. ¹⁵ (2017)	N=61 (ECAC), 69 comparações População: indivíduos idosos ≥65 anos (n=15 773) Intervenção: exercício físico como intervenção isolada na prevenção de quedas vs. grupo controle Resultados avaliados: taxa de incidência de quedas	RTI=0,79, 95% IC 0,73-0,85, p<0,001, I ² 47% ECACs com treino de equilíbrio de elevada dificuldade: RTI=0,85, 95% IC 0,73- 0,995, p=0,04, 28% da heterogeneidade explicada ECACs com ≥3h de exercício semanais: RTI=0,77, 95% IC 0,65-0,91, p=0,03, 61% da heterogeneidade explicada	O exercício físico, como intervenção única, previne as quedas no idoso. Programas de exercício que contemplem treinos de equilíbrio e uma dose maior apresentam melhores resultados.	1

ECAC: Ensaio clínico aleatorizado controlado; RTI: Razão de taxas de incidência.

Ensaio clínico aleatorizado controlado

Gawler et al.¹² realizaram um ensaio clínico randomizado por *cluster*, multicêntrico, intitulado “ProAct65+”, que avaliava dois programas de exercício – “*Falls management exercise*” (FaME) e “*Otago exercise program*” (OEP), na prevenção de quedas do indivíduo idoso, inativo, de baixo risco, recomendados no Reino Unido pelo *Department of Health Preventing Package*.

Ambos são desenhados para aplicação na comunidade, em indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos: o primeiro, um exercício de grupo realizado sob orientação de um instrutor, assenta em exercícios de *fitness* e nos princípios de programas orientados para o idoso (ex: aquecimento, mobilidade alongamentos, força e equilíbrio, resistência e arrefecimento). O OEP é realizado no domicílio, inclui um pequeno aquecimento e exercícios de força e equilíbrio adequados à idade, tendo-se comprovado custo-efetivo nos grupos etários acima dos 80 anos.

Mil duzentos e cinquenta e seis pacientes entre os 65 e 94 anos foram recrutados e randomizados no grupo FaME (n=387), OEP (n=411) e num grupo de cuidados habituais (CH) (n=458), em que era permitido que praticassem outros exercícios, tal como fariam fora do contexto do estudo. Com uma duração de 24 semanas, a intervenção FaME consistia uma sessão semanal de 1 hora, com um instrutor, suplementada com 30 minutos de exercícios no domicílio; na OEP eram praticados 30 minutos de exercício no domicílio, 3 vezes por semana. Aos idosos, era solicitado o preenchimento de um diário de quedas, ao longo da intervenção; nos 2 anos seguintes, eram contactados trimestralmente, para que reportassem as quedas decorridas nos 3 meses prévios.

Aos 12 meses de *follow-up* após suspensão da intervenção, verificou-se uma redução de 26% das quedas no grupo FaME relativamente ao grupo de cuidados habituais (RTI=0,74, IC 95% 0,59-0,99; p=0,04) e uma redução não significativa de 24% no grupo OEP (RTI=0,76, IC 95% 0,53-1,05; p=0,14). Aos 2 anos pós-intervenção, o efeito verificado foi perdido (FaME: RTI=0,94, IC 95% 0,62-1,41; p=0,76; OEP: RTI=0,76, IC 95% 0,53-1,05; p=0,14).

Uma análise *post-hoc* efetuada para investigação desta perda de efeito no grupo FaME revelou, quando da comparação de indivíduos deste grupo que mantinham a prática de 150 minutos semanais de exercício físico moderado a vigoroso aos 2 anos após intervenção, com idosos que já não mantinham a prática de exercício físico, a persistência de resultados estatisticamente significativos (RTI=0,49, IC 95% 0,30-0,79; p=0,004).

Com este trabalho, os autores demonstraram que o programa de exercício FaME reduz a incidência de quedas no indivíduo idoso da comunidade, sendo que este efeito é perdido aos 2 anos pós-intervenção, se níveis de atividade física moderados a intensos não forem mantidos. Já o programa OEP parece ser menos efetivo nesta população de baixo risco de queda.

Uma revisão de Sherrington et al.,¹⁰ que incluía 44 ECACs, demonstrou um risco aumentado de quedas com a prática de exercícios de marcha, contudo, esta população incluía indivíduos com elevado risco de queda, pelo que Okubo et al.¹³ conduziram um estudo que testou a hipótese da utilização de exercício de caminhada na prevenção de quedas do indivíduo de baixo risco, no ambulatório. Para esse efeito, selecionaram um total de 90 indivíduos com idades compreendidas entre os 65 e 79 anos, que aleatorizaram num programa de caminhada (n=50) e num programa de treino de equilíbrio (n=40) inicialmente supervisionados por um período de 3 meses, seguido de um período de 13 meses não vigiado, no Japão.

Os programas de intervenção consistiam em sessões semanais, com 2 horas de duração, ao longo de 12 semanas. O exercício primário no grupo de caminhada era composto por marcha rápida numa estrada pedonal, com aumento gradual da distância e velocidade; era ainda recomendada a prática de caminhada no domicílio, 30-50 min, 3-5 dias por semana, em todo o período de estudo. O idoso registrava num diário a atividade realizada (contagem de passos e duração da caminhada) medida por pedômetros. Já o programa do outro braço de estudo consistia em exercícios de treino de equilíbrio, fortalecimento muscular dos membros inferiores (baseados no programa de Otago) e Tai Chi; também este grupo foi instruído à prática destes exercícios no domicílio 3-5 dias por semana, e ao seu registro em diário.

O número de quedas e tropeços era ainda registrado. Os resultados foram apresentados por período de tempo e por grau de exposição (número de dias fisicamente ativos e contagem de passos): o grupo de marcha demonstrou uma redução no risco de queda, medida em quedas/pessoa ativa/dia (RTI=0,38, IC 95% 0,19–0,77) e em quedas/passos/por pessoa (RTI=0,47, IC 95% 0,26–0,85) em relação ao grupo de treino de equilíbrio.

Contrariamente, o número de eventos em que se verificou tropeçar por pessoas/ano aumentou significativamente na caminhada (RTI=1,66, IC 95% 1,34–2,05). Estes resultados sugerem que treinos de marcha podem ser mais efetivos na prevenção de quedas, quando comparados com os treinos de equilíbrio, no indivíduo da comunidade, mas que não deverá ser recomendado aos indivíduos frágeis ou com elevado risco de queda, uma vez que induz mais episódios de tropeço.

Estudo coorte

Um estudo de coorte¹⁴ prospectivo investigou o impacto da participação em classes preventivas de quedas “*Steady as You Go (SAYGO)*”, na incidência de quedas. Esta classe consiste numa modificação do programa de exercício no domicílio Otago, liderada por um par, que foi identificado e eleito pelos colegas, após dez semanas iniciais ministradas por um instrutor.

Este estudo utiliza uma amostra de indivíduos da comunidade com idade igual ou superior a 65 anos, enviesada para o sexo feminino (189 mulheres vs. 18 homens), que participam nas classes semanais, com duração de 45 minutos. Os resultados obtidos demonstram uma taxa bruta de incidência de 0,75 quedas/pessoa/ano, sendo a incidência aos 12 meses inferior nos indivíduos que frequentavam o programa há 3 ou mais anos, em comparação os indivíduos com participações mais curtas (1 a 2 anos), (RTI=0,90, IC 95% 0,82-0,99; p=0,03).

Da população de estudo, cinco idosos experienciaram mais de cinco quedas no período de seguimento, sendo que o resultado da taxa de incidência, após exclusão destes indivíduos, foi de 0,62 quedas/pessoas/ano. Aos 12 meses, a participação na classe de exercício teve uma adesão de 69%. Assim, o principal achado deste estudo foi a verificação de uma menor taxa de incidência de quedas nos indivíduos com participações nas classes SAYGO, por um prazo mais longo.

Meta-análise

Em 2016, Sherrington et al.¹⁵ atualizaram uma meta-análise prévia de avaliação do exercício na prevenção de quedas no idoso, contemplando estudos mais recentes. Os resultados reunidos indicaram um efeito do exercício na incidência de quedas no idoso da comunidade, expresso por RTI de 0,79 (IC 95% 0,73-0,85; p<0,001; I²=47%). Este efeito manteve-se sobreponível em todas as análises de sensibilidade, mas a heterogeneidade diminuiu para 30%, quando apenas estudos com baixo risco de viés (pontuação PEDro ≥7) foram incluídos.

Efeitos mais significativos foram verificados nos estudos que incluíam intervenções com exercícios de treino de equilíbrio (RTI obtido pela meta-regressão de 0,85 (IC 95% 0,73-0,995; p=0,04) e para uma duração semanal igual ou superior a 3 horas durante o período do programa implementado (RTI=0,77, IC 95% 0,65-0,91, p=0,003, I² 61%).

Setenta e seis por cento da heterogeneidade foi explicada pela combinação destas duas variáveis, numa análise por meta-regressão. O efeito modelado nas quedas de programas de exercício que não contemplam o treino de equilíbrio e uma duração semanal superior a 3 horas foi de 0,90 (IC 95% 0,82-0,99; p=0,53) e na presença de ambas, de 0,61 (IC 95% 0,53-0,72; p<0,001), portanto, estimando uma redução da incidência de quedas em 39%.

Em suma, os autores concluíram que o exercício como intervenção isolada pode prevenir quedas no idoso da comunidade, sendo que exercícios de treino de equilíbrio e maiores períodos de duração terão efeitos superiores, pelo que emitem as seguintes recomendações para esta população: os programas de exercício devem ter como objetivo treinos de equilíbrio de elevado grau de dificuldade, serem praticados por um período mínimo de 3h semanais; que a continuidade na participação destes programas é necessária para que os benefícios se mantenham; o exercício pode ser realizado em grupo ou de forma individual no domicílio, exercícios de fortalecimento e marcha podem ser adicionados, mas esta última não está recomendada no idoso com elevado risco de queda.

Discussão

A elevada prevalência de utentes idosos nas listas de família, e o reconhecimento das quedas como importante causa de morbimortalidade, motivou as autoras à realização desta revisão, sobre a intervenção do exercício físico na prevenção de quedas neste grupo populacional.

Encontrando-se uma grande heterogeneidade clínica entre os indivíduos idosos, este trabalho foi dirigido ao utente sedentário, sem fragilidade, sem morbidade grave, no contexto dos cuidados de saúde primários, isto é, em ambulatório, por caracterizar a maioria dos utentes deste grupo etário, nas listas de família.

Ao aplicarem-se rigorosamente os critérios de exclusão na seleção de estudos, é escassa a literatura publicada nos últimos 5 anos, exclusiva a esta população, o que justifica o número de estudos incluídos nesta revisão.

Quanto à análise dos resultados obtidos, todos os trabalhos selecionados mediam como resultado primário a incidência de quedas, o que traduz, logo à partida, um resultado orientado para o paciente, segundo a classificação SORT.

No que concerne à avaliação dos ECACs, o estudo ProAct65+ apresenta como limitações uma amostra inferior a 10% da população elegível e uma perda de seguimento de 53% aos 2 anos de *follow-up*, ainda que semelhante nos vários braços, pelo que a generalização dos resultados deve ser cuidadosa.

Todavia, os participantes voluntariamente recrutados apresentavam à partida uma predisposição à prática de exercício físico, pelo que serão com probabilidade representativos de uma população que frequentaria tais programas de exercício, se disponíveis. Ainda que indivíduos mais saudáveis e com melhor condicionamento físico fossem mais facilmente atraídos, note-se que cerca de um quarto dos participantes tinha história prévia de uma ou duas quedas.

Outra consideração deve ser tida em conta na interpretação dos resultados, uma vez que indivíduos com episódios de queda teriam menor probabilidade de entregar os seus diários, mas também esta percentagem de devoluções foi semelhante nos vários grupos de intervenção, pelo que o benefício demonstrado no grupo FaME não é atribuível a uma baixa notificação.

No braço OEP, não houve uma progressão suficiente da intensidade dos exercícios, o que pode explicar os resultados não significativos. É um ensaio metodologicamente bem desenhado, com análise de resultados por intenção de tratar, e um longo *follow-up*, atribuindo-se um nível de evidência 2.

O ECAC de Okubo et al.¹³ apresenta como limitações uma amostra pequena, a ausência de ocultação, e de uma análise por intenção de tratar, o que pode sobrestimar os resultados; ainda, um efeito preventivo significativo não seria encontrado se a análise não fosse realizada segundo a exposição. Estas variáveis – dias fisicamente ativos e número de passos – não refletem a evolução ao longo do período de seguimento, por terem sido medidas no momento pós-intervenção. Segundo a classificação SORT, este estudo é classificado com um nível de evidência 2.

Como pontos fortes, o estudo de coorte “SAYGO” mede uma intervenção “no mundo real”, em contraste com a grande maioria dos ensaios clínicos randomizados. A taxa de incidência de quedas obtida é elevada, mas este resultado parece estar enviesado pelos cinco idosos que apresentaram quedas recorrentes, pois uma vez não contemplados, verifica-se uma diminuição da taxa de incidência para 0,62.

Os autores defendem também que estes valores elevados são esperados, uma vez que a população de estudo apresenta elevado risco de queda, pela idade, antecedentes de queda, multimorbilidade e polifarmácia. Quanto à tendência demonstrada na redução de quedas com prática de exercício mais persistente, note-se que, após ajuste de variáveis confundidoras como sexo, idade e número de fármacos, indivíduos que frequentaram as classes por um período igual ou superior a 3 anos, apresentavam a 10% menos probabilidade de queda.

Constituem ainda limitações metodológicas: o resultado primário de número de quedas ser recolhido por autorreporte, potenciando erros e viés de memória, a ausência de um grupo de controle, o reduzido tamanho amostral, com baixo poder para avaliação de quedas como *outcome* primário, e a generalização, por enviesamento da amostra para o sexo feminino; ainda o regime de frequência semanal de 45 minutos parece ser escasso, e um regime de frequência bissemanal poderia ter resultado numa incidência inferior. Pelas razões enumeradas, é atribuído um nível de evidência 2.

A revisão sistemática com meta-análise fornece uma forte evidência do exercício como intervenção única, na prevenção de quedas do idoso da comunidade. Os autores identificam como limitações a estimativa do efeito na meta-regressão, ter como base comparações não randomizadas entre estudos e uma interpretação potencialmente errada do tipo de exercício físico descrito nos estudos, para subsequente codificação.

Contudo, a confiança nos resultados obtidos é suportada pela estabilidade do efeito, quando meta-análise com modelo de efeito-fixe e testes de sensibilidade são realizados. Apesar da interpretação do gráfico em funil e teste de Egger sugerir a presença de viés, por influência de estudos de pequenas amostras, esses dados não são suportados pelos resultados da análise de sensibilidade na exclusão dos mesmos. Contemplando esta revisão estudos de 62 países diferentes, ainda que países subdesenvolvidos tenham menor representação, os resultados obtidos são suscetíveis de extrapolação para a generalidade desta população. Dada a consistência de resultados, a esta revisão sistemática atribuiu-se um nível de evidência 1.

Numa perspetiva global, os resultados deste trabalho demonstram o exercício físico como intervenção isolada efetiva na prevenção de quedas, que parece ser superior nos exercícios de treino de equilíbrio, realizados em grupo, com maior intensidade e por períodos mais longos. Ainda que o estudo de Okubo et al.¹³ demonstre uma superioridade da marcha relativamente aos treinos de equilíbrio, é o estudo com maiores limitações metodológicas, pelo que os seus resultados devem ser apreciados com alguma crítica.

Examinando as conclusões obtidas, especialmente segundo uma vertente da aplicabilidade na prática clínica, é essencial que as modalidades e regimes de exercício sejam adequados à realidade local.

O Tai Chi corresponde à modalidade mais frequentemente estudada no treino de equilíbrio, contudo, num ponto de vista cultural, não estará tão facilmente acessível em Portugal como nos países asiáticos ou até mesmo no Brasil. A marcha é um exercício sem custos, facilmente acessível à população, e culturalmente muito enraizada, pelo que se torna mais exequível.

Permanecendo alguma controvérsia relativa ao aumento de quedas com a prática deste exercício, determinada pela exposição ambiental, parece consensual que este aumento é verificado em indivíduos com elevado risco de queda, para os quais se encontra desaconselhada, mas que pode ser prescrita de forma criteriosa aos restantes indivíduos, de preferência em associação aos treinos de equilíbrio.

A implementação de programas de exercício na comunidade acarreta custos, que serão indubitavelmente mais elevados se cumpridas as 3 horas semanais, como recomendado na meta-análise acima descrita, pelo que a prática e reprodução de exercícios no domicílio deverá ser fomentada, no sentido de alcançar a maior dose de exercício possível. Também a adesão a longo prazo pode ficar comprometida, sendo necessário encontrar um equilíbrio entre regimes de frequência e promoção de adesão. O estudo segundo o modelo SAYGO demonstrou que intervenções entre pares, semanais, podem otimizar adesão e dedicação a longo prazo.

Conclusão

O exercício físico é efetivo na prevenção de quedas no idoso da comunidade como intervenção única. Programas de exercício que contemplem treinos de equilíbrio e práticas semanais com duração igual ou superior a 3 horas apresentam melhores resultados (SORT A).

A manutenção de exercício físico moderado a intenso deve ser incentivado na prevenção de quedas a longo prazo (SORT B).

Referências

1. Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias e da População. O envelhecimento em Portugal - Situação demográfica e sócio-econômica recente das pessoas idosas. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2002
2. Instituto Nacional de Estatística. Censos 2011 Resultados Definitivos – Portugal. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2012
3. World Health Organization. WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. [Internet]. Geneva: WHO; 2007 [acesso 07 Out 2017]. Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do idoso. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
5. Rubenstein LZ. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age Ageing*. 2006;35-S2:ii37-ii41. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afl084>
6. Guideline for the prevention of falls in older persons. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. *J Am Geriatr Soc*. 2001;49(5):664-72.
7. Panel on Prevention of Falls in Older Persons, American Geriatrics Society and British Geriatrics Society. Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59(1):148-57. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03234.x>
8. Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric syndromes: clinical, research and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55(5):780-91. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01156.x>
9. Falsarella GR, Gasparotto LPR, Coimbra AMV. Quedas: conceitos, frequências e aplicações à assistência ao idoso. Revisão da literatura. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(4):897-910. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13064>
10. Sherrington C, Tiedemann A, Fairhall N, Close JC, Lord SR. Exercise to prevent falls in older adults: an updated meta-analysis and best practice recommendations. *N S W Public Health Bull*. 2011; 22(3-4):78-83.
11. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(9):CD007146.
12. Gawler S, Skelton DA, Dinan-Young S, Masud T, Morris RW, Griffin M, et al. Reducing falls among older people in general practice: The ProAct65+ exercise intervention trial. *Arch Gerontol Geriatr*. 2016;67:46-54.

13. Okubo Y, Osuka Y, Jung S, Rafael F, Tsujimoto T, Aiba T, et al. Walking can be more effective than balance training in fall prevention among community-dwelling older adults. *Geriatr Gerontol Int.* 2016;16(1):118-25. DOI: 10.1111/ggi.12444
14. Wurzer B, Waters DL, Hale LA, Leon de la Barra S. Long-term participation in peer-led fall prevention classes predicts lower fall incidence. *Arch Phys Med Rehabil.* 2014;95(6):1060-6. DOI: 10.1016/j.apmr.2014.01.018
15. Sherrington C, Michaleff ZA, Fairhall N, Paul SS, Tiedemann A, Whitney J, et al. Exercise to prevent falls in older adults: an updated systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med.* 2017;51(24):1750-8. DOI: 10.1136/bjsports-2016-096547

USF Santiago, ACeS Pinhal Litoral. Portugal.
jobento13@hotmail.com (*Autora correspondente*); nadinasousa@gmail.com

Úlcera crônica tratada com gel de papaína 10% na Estratégia Saúde da Família: relato de experiência

Chronic ulcer treated with 10% papain gel by Family Health Strategy: experience report

Úlcera crônica tratada con papaína gel al 10% en Estrategia Salud de la Familia: informe de experiencia

Maria Cristina Almeida de Souza^a, Renata Oliveira Melhem Franco^a, Paula Souza Cruz de Oliveira^a, Edsneider Rocha Pires de Souza^a

Resumo

As úlceras em membros inferiores são um problema de saúde pública em razão da significativa incidência, do elevado custo e de frequente recidiva. Frequentemente, a equipe da Estratégia Saúde da Família é o primeiro contato do portador de úlcera, necessitando estar atualizada acerca das opções terapêuticas. Um produto tópico utilizado no tratamento das úlceras cutâneas é o gel de papaína a 10%, devido às suas propriedades bactericida, bacteriostática e desbridante de tecidos necrosados, bem como acelerador de crescimento tecidual. Descreve-se a experiência da equipe da Estratégia Saúde da Família com a utilização de gel de papaína a 10% no tratamento de úlcera cutânea, que regrediu após o uso do gel, destacando-se o matriciamento pelo especialista para a resolutividade do caso.

Abstract

Lower body ulcers are a public health problem due to the significant incidence, high cost and frequent recurrence. Often, the Family Strategy Unit team provides first contact care with the ulcer carrier, so is a requirement for the team to be updated about treatment options. A topical product used for treatment of cutaneous ulcers is 10% papain gel, due to its antibacterial and debridant characteristics of necrotic tissues and the promotion of tissue renovation. This report describes the experience of Family Strategy Unit team using 10% papain gel in the treatment of cutaneous ulcers, which regressed after thirty days of this use, with emphasis on the support by the specialist for the resolution of the case.

Resumen

Las úlceras en las piernas son un problema de salud pública debido a las repercusiones significativas del alto costo y la recurrencia frecuente. A menudo, el personal de la Estrategia Salud de la Familia es el contacto inicial. El equipo necesita saber sobre los nuevos tratamientos. El producto tópico utilizado en el tratamiento de úlceras de la piel es el gel de papaína 10% debido a sus propiedades bactericidas, bacteriostáticos y desbridamiento de tejido necrótico y acelerador de crecimiento del tejido. Se describe la experiencia del equipo de Salud de la Familia con el utilización de gel de papaína 10% en el tratamiento de úlceras de la piel, que se resolvió después de usar el gel, la matriz destacando el experto para la resolución del caso.

Palavras-chave:

Papaína
Úlcera da Perna
Cicatrização
Atenção Primária à Saúde

Keywords:

Papain
Leg Ulcer
Wound Healing
Primary Health Care

Palabras clave:

Papaína
Úlcera de la Pierna
Cicatrización de Heridas
Atención Primaria de Salud

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
CAAE: 61232116.8.0000.5290
(USS), aprovado 23/12/2016.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.

Recebido em: 18/07/2016.
Aprovado em: 30/12/2016.

Como citar: Souza MCA, Franco ROM, Oliveira PSC, Souza EPR. Úlcera crônica tratada com gel de papaína 10% na Estratégia Saúde da Família: relato de experiência. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-8. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1355](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1355)

Introdução

Úlceras crônicas dos membros inferiores afetam 5% da população adulta, causando significativo impacto nos aspectos físicos, emocionais e sociais do paciente.¹ Sua etiologia, multifatorial, está associada à doença venosa crônica, doença arterial periférica, neuropatia, hipertensão arterial, trauma físico, infecções cutâneas e neoplasias. Indivíduos com diabetes mellitus, quando portadores de úlceras cutâneas nos membros inferiores – principalmente nos pés – ficam mais propensos à amputação do membro afetado, com consequente invalidez e piora da qualidade de vida.²

Entre os diversos tipos de úlceras, citam-se a neurotrófica, a diabética de pressão, a hipertensiva, a arterial e a venosa,³ cujos diagnósticos precisos são fundamentais para a instituição do tratamento.

As úlceras crônicas manifestam-se principalmente no terço inferior dos membros,⁴ aumentam com a idade, são relativamente comuns na população adulta e causam significativo impacto social e econômico. Representam um problema de saúde pública em razão da significativa incidência, do elevado custo, da frequente recidiva e das repercussões na qualidade de vida do paciente nos aspectos físicos, emocionais e sociais, podendo levar à perda da capacidade laboral e ao aumento das aposentadorias precoces.⁵⁻⁸

Em um grande número de casos, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o primeiro serviço a ser acessado pelos portadores de úlceras. A equipe de saúde necessita, portanto, estar atualizada acerca das opções terapêuticas e ciente da possibilidade, em casos resistentes ao tratamento, da existência do apoio matricial pelo especialista da média complexidade, a fim de prestar um cuidado resolutivo.

Vários produtos tópicos para o tratamento de úlceras crônicas estão disponíveis no mercado, porém muitos com um custo ainda muito elevado, o que influencia na escolha dos usuários do Sistema Único de Saúde que tenham baixo poder aquisitivo. Há necessidade, portanto, de uma alternativa terapêutica que seja efetiva, de baixo custo e com poucos efeitos colaterais.

Assim, entre as terapias tópicas que dispensam alta densidade tecnológica, a papaína se destaca pelo seu baixo custo e facilidade de uso.⁹ A papaína provém do mamoeiro *Carica papaya*, encontrado comumente no Brasil. Devido às suas propriedades bactericida, bacteriostática e desbridante de tecidos necrosados, bem como aceleradora do crescimento tecidual, a papaína na forma de gel vem sendo pesquisada nas últimas décadas como recurso terapêutico auxiliar dos processos de cicatrização.

Este gel, uma mistura complexa de enzimas proteolíticas e peroxidases de origem vegetal, com ação granulativa de desbridação de tecido de liquefação e de tecido necrótico, auxilia na remoção de exsudatos inflamatórios e de elementos necróticos, sendo capaz de promover reparação tecidual.

Possui a propriedade de não prejudicar o tecido sadio que circunda a lesão devido à α_1 -antitripsina, uma globulina presente apenas no tecido sadio, que é capaz de promover a inativação de proteases e, desse modo, impedir a degradação do tecido não lesionado. Sua eficácia se deve à redução do pH local, com consequente estímulo à produção de citocinas, que tornam o meio desfavorável à proliferação de microrganismos patogênicos.¹⁰

No desbridamento químico caracteriza-se por provocar, em doses diminutas, a proteólise, isto é, a dissociação de uma quantidade importante de proteínas em moléculas mais simples, e finalmente, em aminoácidos. Seu uso promove ainda a liquefação da secreção purulenta, ativando o processo de

regeneração tecidual e encurtando o período de cicatrização. Em feridas de cicatrização por segunda intenção, facilita a contração e a junção de seus bordos, facilitando o retorno à estrutura original.

Alguns estudos, contudo, não registraram vantagens no processo de cura das úlceras com o uso de gel de papaína a 8% quando comparados a outros produtos tópicos.¹¹

Objetiva-se neste relato de caso, descrever a utilização de gel de papaína a 10% no tratamento de úlcera crônica em membro inferior de usuária cadastrada na Unidade Estratégia Saúde da Família “Doutor Mário Branco”, no município de Vassouras, Estado do Rio de Janeiro.

Detalhamento do caso

O caso relatado foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Severino Sombra (CAAE 61232116.8.0000.5290), em 23/12/2016.

Paciente do gênero feminino, 73 anos, aposentada, parda, usuária da Unidade “Doutor Mário Branco”, em Vassouras, Sul do Estado do Rio de Janeiro, portadora de doença de base diabetes mellitus tipo 2, fazendo uso de hipoglicemiante metformina, com taxas de hemoglobina glicada (HbA_{1c}) de 6%, glicemia de 125mg/dl, evidenciando o controle deste agravo crônico. Na consulta, apresentou como queixa principal a presença de extensa úlcera crônica no membro inferior direito, em seu terço distal.

Na anamnese, negou histórico de tabagismo ou de hipertensão arterial e relatou que, cerca de oito meses anteriores à consulta na ESF, ocasião do surgimento da lesão ulcerada, realizou tratamento com uso tópico de sulfadiazina de prata 1%, aplicada duas vezes ao dia, por duas semanas, cujos resultados foram insatisfatórios. Descreveu, também, a existência de sintomatologia dolorosa, dificuldade para deambular, vermelhidão no local, limitação funcional e inchaço do membro inferior. O exame clínico evidenciou eczema, hiperemia, úlcera com tecido fibrinoso, necrose tecidual, consistência cremosa.

Baseado neste relato, o médico da ESF suspendeu o uso tópico do medicamento sulfadiazina de prata 1% e prescreveu a pomada Kollagenase com cloranfenicol® associada à antibioticoterapia com amoxicilina 500 miligramas de 8 em 8 horas, via oral, durante 10 dias. A dificuldade de deambulação da paciente, devido à dor e ao edema no membro inferior, demandou a realização de curativos diários pelo enfermeiro da ESF em seu domicílio, a fim de evitar que possíveis iatrogenias na sua execução retardassem a cura, tendo em vista inexistência de pessoa na família para realizá-lo.

Adicionalmente, a paciente foi orientada sobre a necessidade de adotar cuidados com o curativo ao tomar banho, bem como a relevância do controle alimentar para manter a glicemia controlada, haja vista que a prática de atividade física estava temporariamente suspensa. Foi-lhe informada a necessidade de manter repouso e de elevar os membros inferiores em cerca de 30 centímetros acima do quadril, a fim de facilitar o retorno venoso e acelerar o processo de cura.

Com o objetivo de acompanhar a evolução do processo de cicatrização, a mensuração semanal da úlcera foi realizada com uma régua, registrando-se no prontuário, em centímetros, a região de maior comprimento e largura, bem como a descrição dos tecidos envolvidos nas diversas camadas da pele. O bom estado geral de saúde da paciente contraindicou suplementação nutricional. Decorridos 10 dias, a mensuração da úlcera permitiu constatar a incipiente regressão da lesão, decidindo-se então pela manutenção da pomada Kollagenase com cloranfenicol® por mais 60 dias, com supressão da antibioticoterapia.

Decorrido este prazo, o agravamento da lesão foi constatado pela presença de esfacelo, bordas irregulares e edemaciadas, presença de focos de necrose, lipodermatose/esclerose, odor, pele ao redor da ferida hiperpigmentada denotando dermatite. Foi, então, solicitado apoio matricial ao dermatologista da média complexidade. Assim, em um processo de construção compartilhada, profissionais da ESF e especialista criaram uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica que otimizou a resolatividade do caso e contribuiu para a qualificação do cuidado prestado.

Em um compartilhamento de saberes, na unidade ESF, a equipe da Atenção Primária à Saúde e o especialista em dermatologista decidiram pela aplicação, em alternância com pomada Kollagenase com cloranfenicol®, do concentrado de papaína a 10%, na forma de gel, com indicação de aplicação uma vez ao dia, por quatro semanas, orientando a usuária sobre a necessidade de armazenar o gel de papaína na geladeira para evitar o comprometimento de suas propriedades terapêuticas.

Assim, pela manhã, o enfermeiro realizava os curativos com Kollagenase com cloranfenicol® e à tarde, com gel de papaína a 10% (Figura 1). O custo pela aquisição do gel de papaína coube à usuária, visto que o medicamento não integra a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Como diferenciais do produto, em relação aos tratamentos tópicos disponíveis no SUS, destacam-se a promoção de cicatrização em curto período, a ação sobre diversas cepas bacterianas, além de não prejudicar o tecido sadio ao redor da lesão.



Figura 1. Ferida previamente ao tratamento com gel de papaína.

O caso entrou na pauta de discussão das reuniões de equipe, que semanalmente relatava ao especialista a evolução do caso. Decorridos 15 dias, foi realizada uma interconsulta no consultório do dermatologista para que avaliasse o estado da úlcera no membro inferior, ocasião em que observou sua regressão.

O desfecho primário, decorridos quatro semanas, foi a redução da área da lesão. Os desfechos secundários foram a redução de tecido desvitalizado no leito da úlcera e a redução da quantidade de exsudato, avaliada em ausente, de acordo com a classificação proposta pelo Ministério da Saúde.³

O acompanhamento realizado por meio de Visitas Domiciliares pela equipe da ESF permitiu constatar a cicatrização da úlcera decorridas quatro semanas do início do uso do concentrado de gel de papaína a 10%, especialmente entre a terceira e quarta semana do tratamento, com aumento expressivo da quantidade de epitelização no leito da lesão (Figura 2).



Figura 2. Cicatrização após uso de gel de papaína.

DISCUSSÃO

A equipe da Estratégia Saúde da Família constatou a epitelização e cicatrização da ferida com uso do gel na concentração de 10%. E, ainda que não haja um consenso quanto à concentração do gel de papaína, a opção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família pela indicação do gel a 10% se baseou no definido pelo Ministério da Saúde que, em casos de úlcera necrótica, indica esta concentração.⁷

Cabe destacar que a concentração do gel é considerada um diferencial na promoção do fechamento da úlcera, pois a avaliação da atividade antibacteriana *in vitro* de géis com diferentes concentrações de papaína demonstrou que apenas aqueles a 10% foram capazes de inibir o crescimento do *Staphylococcus aureus* e de duas cepas de *Pseudomonas aeruginosa*.⁷ Quando há tecido necrótico abundante, recomenda-se a utilização de papaína na concentração de 10%.^{9,10}

Em casos de feridas secas ou com tecido de granulação, a indicação na literatura é de que as concentrações de papaína variem de 2% e 4%. Quando da presença de exsudato purulento e/ou de infecções, estas concentrações devem variar de 4% a 6%.¹⁰ A apresentação em gel é vantajosa quando

se trata de terapêutica de feridas, uma vez que mantém seu ambiente úmido, evita o inconveniente do seu preparo no momento da aplicação, distribui-se facilmente, não excedendo os limites da lesão e apresenta ainda a vantagem de ser facilmente removida da lesão por meio da lavagem com solução fisiológica.⁹

No Brasil, Monetta¹² foi a primeira pesquisadora a reportar cientificamente os resultados da utilização da papaína no tratamento de feridas, utilizando inicialmente a fruta *in natura* e, posteriormente, a solução de papaína. No entanto, o uso de papaína já é habitual na literatura internacional desde a década de 50 e tem sido realizado com papaína em várias concentrações, independentemente da fase de cicatrização, e em diversos tipos de feridas de pacientes de diferentes faixas etárias, com resultados positivos na estimulação do processo de cicatrização.

Diversos autores^{2,4,7,10,12} defendem o uso de papaína no tratamento de úlceras crônicas, porém tais recomendações baseiam-se em estudos não controlados ou relatos de caso.

Prochnow *et al.*,² em um estudo exploratório e prospectivo com uso de solução de papaína em nove pacientes, constataram que, em 55% dos casos, as feridas cicatrizaram na primeira semana de uso. Ressaltaram, contudo, que o reduzido número de pacientes participantes do estudo não permitiu generalizações.

Rodrigues *et al.*,⁴ ao avaliarem a efetividade do gel de papaína a 2% comparada àquela promovida pelo gel de carboximetilcelulose a 2% no tratamento de úlceras venosas crônicas, observaram que a papaína apresentou maior efetividade quanto à redução da área das lesões.

Ribeiro *et al.*,⁷ em estudo quase-experimental, verificaram redução média de 50% do tamanho de úlceras em 90 dias, constatando assim a efetividade dos géis de papaína a 2% e 4% no reparo tecidual de úlceras. O percentual de feridas cicatrizadas foi de 20%, com tempo médio para cicatrização de 56 dias.

Uma revisão sistemática da literatura, realizada por Leite *et al.*,⁸ com base em 17 trabalhos sobre papaína, registrou predomínio de estudos descritivos, exploratórios, estudos e relatos de caso (88%). A análise desses trabalhos revelou que a papaína, usada desde 1987, foi utilizada em feridas de diversas etiologias, nas diferentes fases do processo de cicatrização, em pacientes de várias faixas etárias e em concentrações que variaram de 2% a 10%, sem registro de contraindicações. Foi citado uso da papaína sob a forma de polpa, pó, gel e em creme.

A análise de estudos descritivos e de relatos de casos mostrou consenso quanto ao uso da papaína no tratamento de feridas devido à promoção da estimulação de cicatrização, ainda que não se tenham observado evidências científicas decorrentes de estudos experimentais clínicos randomizados e controlados ou até mesmo de estudos em humanos.⁹

Estudo de Brito Junior e Ferreira¹⁰ constatou que a papaína auxiliou na modulação do processo inflamatório, formação e amadurecimento do tecido de granulação, organização das fibras colágenas e aceleração da proliferação da epiderme em feridas contaminadas registrando os efeitos cicatrizantes da papaína sobre feridas contaminadas.

Alguns estudos, contudo, não registraram vantagens no processo de cura das úlceras com o uso de gel de papaína a 8% quando comparados a outros produtos tópicos.¹¹ Assim, há necessidade da realização de pesquisas científicas com maior rigor metodológico a fim de apontar evidências científicas que subsidiem a tomada de decisões relativas ao uso da papaína, tendo em vista que a maior parte dos estudos sobre papaína está representada por estudos de baixo rigor metodológico.⁸

Tanto o diagnóstico como o tratamento das úlceras crônicas são possíveis de serem realizados na ESF, cuja equipe multidisciplinar, se necessário, pode solicitar o apoio do especialista por meio do matriciamento. Neste sentido, tornam-se relevantes as ações de educação permanente e de apoio matricial às equipes multiprofissionais, especialmente às que atuam na ESF, por usualmente representarem o primeiro contato do usuário com a Rede de Atenção à Saúde.

Neste relato de caso, a participação do matriciador foi fundamental para a definição e execução de uma proposta de intervenção que contribuísse para a resolutividade do cuidado prestado. Tornam-se imprescindíveis também a mobilização dos gestores públicos de saúde e a sensibilização das equipes da ESF para a operacionalização do matriciamento, especialmente em casos refratários à terapia convencional e naqueles atípicos.

Embora haja ausência de muitos estudos com forte evidência do efeito terapêutico da papaína em feridas, e não exista unanimidade quanto à concentração ideal, este produto configura-se como uma opção de baixo custo, sem contraindicações específicas e de fácil utilização, principalmente pelos profissionais que utilizam tecnologias do cuidado de baixa densidade tecnológica, como os que atuam na Atenção Primária em Saúde.

Assim, a utilização deste produto pode se constituir em uma potente estratégia terapêutica para aumentar a resolutividade do cuidado prestado aos usuários, qualificando a assistência e contribuindo para a qualidade de vida da população adstrita à unidade. Destaca-se, porém, a necessidade de estudos controlados e com maior rigor metodológico para avaliar com maior precisão a eficácia do gel de papaína na cicatrização de feridas.

Referências

1. Abbade LP, Lastória S. Venous ulcer: epidemiology, physiopathology, diagnosis and treatment. *Int J Dermatol*. 2005;44(6):449-56. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-4632.2004.02456.x>
2. Prochnow AG, Carneiro M, Ethur ABM. Aplicação tópica de papaína em úlceras cutâneas de pessoas com diabetes. *Nursing (São Paulo)*. 2000;3(27):26-9.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. Manual de Condutas para Úlceras Neurotróficas e Traumáticas. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
4. Rodrigues ALS, Oliveira BGRB, Futuro DO, Secoli SR. Efetividade do gel de papaína no tratamento de úlceras venosas: ensaio clínico randomizado. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;23(3):458-65. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0381.2576>
5. Malaquias SG, Bachion MM, Sant'ana SM, Dallarmi CC, Lino Junior Rde S, Ferreira PS. People with vascular ulcers in outpatient nursing care: a study of sociodemographic and clinical variables. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(2):302-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200006>
6. Dias TYAF, Costa IKF, Salvetti MG, Mendes CKTT, Torres GGV. Influences of health care services and clinical characteristics on the quality of life of patients with venous ulcer. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(6):529-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000600004>
7. Ribeiro APL, Oliveira BGRB, Soares MF, Barreto BMF, Futuro DO, Castilho SR. Efetividade dos géis de papaína a 2% e 4% na cicatrização de úlceras venosas. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(3):395-402. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000300006>
8. Leite AP, Oliveira BGRB, Soares MF, Barrocas DLR. Uso e efetividade da papaína no processo de cicatrização de feridas: uma revisão sistemática. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012;33(3):198-207. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000300026>

9. Ferreira AM, Oliveira KA, Vieira LC, Rol JL. Revisão de estudos clínicos de enfermagem: utilização de papaína para o tratamento de feridas. Rev Enferm UERJ. 2005;13(3):382-9.
10. Brito LC Jr, Ferreira PL. Cicatrização de feridas contaminadas tratadas com papaína. Medicina (Ribeirão Preto). 2015;48(2):168-74. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v48i2p168-174>
11. Araújo IC, Defune E, Abbade LP, Miot HA, Bertanha M, Carvalho LR, et al. Fibrin gel versus papain gel in the healing of chronic venous ulcers: A double-blind randomized controlled trial. Phlebology. 2016 Oct 4. [Epub ahead of print]
12. Monetta L. O uso da papaína nos curativos feitos pela enfermagem. Rev Bras Enferm. 1987;40(1):66-73. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71671987000100012>

^a Universidade Severino Sombra (USS). Vassouras, RJ, Brasil.
mcas.souza@uol.com.br (*Autora correspondente*); renatamelhem@hotmail.com;
paula_sco@hotmail.com; edsneidermed@yahoo.com.br

Exérese de lipoma gigante na Clínica da Família: um relato de caso

Giant lipoma excision in the Family Clinic: a case report

Escisión de lipoma gigante en la Clínica Familiar: reporte de un caso

Roberto Wallace Dias Lacerda^a, Cássio Battisti Serafini^b, Pedro Miño Vianna^c, Leandro Jácomo Maria^b, Giulia Garcia Regattieri^c

Resumo

A realização de procedimentos cirúrgicos na Unidade Básica de Saúde é preconizada e descrita na literatura. No entanto, tal prática vem sendo cada vez menos aplicada na atenção primária. Em um contexto de superlotações de hospitais terciários e consequente inoperação de cirurgias eletivas, é de extrema importância a realização desses procedimentos na Clínica da Família. Nesse trabalho, apresenta-se um caso de um paciente submetido à exérese de lipoma gigante incapacitante, na fossa poplíteia esquerda, com 12 anos de evolução e com tentativa frustrada de resolução cirúrgica em um hospital terciário.

Abstract

The implementation of surgical procedures in the Basic Health Unit is recommended and described in the literature. However, such practice has been less and less applied in primary care. In a context of overcrowding of tertiary hospitals and consequent inoperability of elective surgical procedures it is of utmost importance and resolutivity carrying out these procedures in the Family Clinic/Basic Health Unit. In this article, we present a case of a patient who underwent excision of a crippling giant lipoma in the left popliteal fossa, with 12 years of evolution and unsuccessful attempts of surgical resolution in a tertiary hospital.

Resumen

Los procedimientos quirúrgicos en la Unidad Básica de Salud se recomiendan y se describen en la literatura. Sin embargo, esta práctica se está convirtiendo en una menor aplicación en atención primaria. En un contexto de hacinamiento en hospitales de tercer nivel de atención y dando como resultado la inoperabilidad de las cirugías menores electivas, es extremadamente importante realizar estos procedimientos en la Clínica de la Familia/Unidad Básica de Salud. En este trabajo, se presenta un caso de un paciente que se sometió a la extirpación de incapacitante lipoma gigante en la fosa poplíteica izquierda con 12 años de evolución y frustra resolución quirúrgica en un hospital de tercer nivel.

Palavras-chave:

Lipoma
Procedimentos Cirúrgicos
Ambulatoriais
Integralidade em Saúde
Sistema Único de Saúde
Estratégia Saúde da Família

Keywords:

Lipoma
Ambulatory Surgical
Procedures
Integrity in Health
Unified Health System
Family Health Strategy

Palabras clave:

Lipoma
Procedimientos Quirúrgicos
Ambulatorios
Integralidad em Salud
Sistema Único de Salud
Estrategia de Salud Familiar

Como citar: Lacerda RWD, Serafini CB, Vianna PM, Maria LJ, Regattieri GG. Exérese de lipoma gigante na Clínica da Família: um relato de caso. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-10. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1294](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1294)

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
não se aplica.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.

Recebido em: 01/04/2016.
Aprovado em: 27/12/2016.

Introdução

O SUS foi criado em 1988 com a proposta de reorientar o modelo de saúde vigente no país, seguindo os preceitos de Universalidade, Integralidade e Equidade. Na Lei 8080, de 1990, que organizou os princípios do SUS, além das três características já citadas, incluíram-se hierarquização, complementariedade, participação popular e resolubilidade aos atributos desse sistema público.^{1,2} É nesse contexto que a especialização em Medicina de Família e Comunidade (MFC) traz como habilidades do médico de família a realização de pequenos procedimentos cirúrgicos, na própria unidade de saúde. Tais atributos também são preconizados em outros países, nos quais a Medicina de Família é bem estruturada.³

Entende-se que a Estratégia Saúde da Família (ESF) deve ser porta de entrada para o Sistema, oferecendo atendimento longitudinal à população territorialmente adscrita, com criação de vínculo, e ter abordagem Integral ao paciente. Pode-se perceber o atributo de Resolubilidade do SUS dentro da ESF quando se diz que esta trabalha com elevada complexidade e baixa densidade.⁴

Na Clínica da Família Zilda Arns (CFZA), localizada no Complexo do Alemão - Rio de Janeiro (Brasil), desde maio de 2015 se tem acumulado experiência com pequenos procedimentos cirúrgicos, no âmbito de assistência à população, treinamento de médicos residentes em MFC e ensino a graduandos de universidades conveniadas. Dentre os procedimentos já realizados, se destacam: drenagem de abscessos, suturas, cantoplastias, exérese de lipomas, cistos sebáceos, fibroma mole, nevos, retiradas de corpos estranhos, lobuloplastias, cauterizações de verrugas, vasectomias, paracenteses de alívio, toracocenteses diagnósticas e, infiltrações de corticóide intra-articular. No ano de 2016 foram realizadas, 107 lipomas simples, 5 postectomias, 5 excisões cirúrgicas de lipomas gigantes, dentre outros, totalizando cerca de 400 procedimentos cirúrgicos.

Dentre as patologias cirúrgicas realizadas na CFZA, o lipoma se mostrou prevalente na casuística do referido período, representando 107 casos dos aproximados 400 procedimentos documentados. Sabe-se que o lipoma é definido com um tumor benigno de células adiposas maduras, sendo o tumor benigno mesenquimal de tecidos moles mais frequente na população. Sua prevalência é maior em indivíduos entre 40 a 60 anos de idade e pode estar presente em qualquer área do corpo em que há tecido adiposo (pescoço, dorso, nádegas, extremidades, bem como visceral - apresentação incomum).⁵⁻⁷

Possui crescimento lento e insidioso, sem invasão local e, na maioria das vezes, é assintomático. Uma apresentação clínica comum é um nódulo regular ou bocelado, subcutâneo, extremamente móvel e indolor. No entanto, quando apresenta grandes volumes, pode evoluir com dor local e compressão de estruturas vasculo-nervosas adjacentes, gerando sintomatologia mais exuberante como dor neuropática, parestesias, paresia, trombose venosa. Para ser caracterizado como lipoma gigante, deve apresentar mais de 10cm ou mais de 1000g.⁸

O diagnóstico dos lipomas inicialmente é clínico, porém, exames complementares de imagem são úteis para excluir malignização. Ultrassonografia de partes moles ou ressonância magnética podem revelar septos espessos, áreas nodulares não adiposas ou redução do percentual de tecido gorduroso em sua composição, denotando malignidade.⁹

O tratamento de escolha consiste na exérese cirúrgica, para alívio de sintomas, bem como para diagnóstico definitivo histopatológico.¹⁰ A lipoaspiração é uma alternativa descrita na literatura, porém sua indicação em lipomas gigantes é controversa, devido ao seu risco de malignização.

Os pacientes devem ser seguidos a longo prazo, visto que existe tendência à recidiva dessas lesões.

Objetivo

O presente trabalho é um relato de caso de exérese de lipoma gigante realizado em uma Clínica da Família da Zona Norte do Rio de Janeiro, com a participação de preceptores da Residência de Medicina de Família e Comunidade do Município do Rio de Janeiro (RMFC-Rio), residentes em Medicina de Família, e acadêmicos de Medicina em Estágio supervisionado.

Pretende-se relatar a experiência dos Médicos de Família desta unidade e trazer a público a discussão sobre a realização de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais na Estratégia Saúde da Família, sua aplicabilidade prática e o impacto sobre o sistema de saúde.

Detalhamento do caso

Paciente masculino, 65 anos, natural do Pará (Brasil), residente do Rio de Janeiro, profissional autônomo, mora com a esposa e 3 de seus 8 filhos. Hipertenso e diabético em uso de ácido acetilsalicílico, anlodipino, atenolol, losartana, metformina e glibenclamida. Apresentou acidente vascular encefálico isquêmico (AVEi) em 2009, evoluindo com hemiparesia à direita e disartria. Após três meses de tratamento fisioterápico, apresentou melhora importante, com atual força grau V nos membros superior e inferior esquerdos, e grau IV em membros superior e inferior direitos, e disartria residual. Negava cirurgias prévias, alergias ou transfusões sanguíneas.

Ao exame físico, apresentava massa regular fibroelástica em subcutâneo de região poplíteia esquerda, de aproximadamente 17cm, ligeiramente móvel, dolorosa à palpação e durante a marcha (Figura 1). Relatava que essa massa foi percebida há 12 anos (2003) e apresentou crescimento lento durante todo o período. O paciente deambulava com auxílio de muletas e se encontrava com o humor deprimido pois, segundo o mesmo, teve que abandonar o trabalho de pintor, já que sua perna não acometida pelo AVEi agora apresentava uma tumoração dolorosa, que o incapacitava para sua atividade laboral, além de prejuízo estético.



Figura 1. Lipoma gigante na região poplíteia esquerda.

Relatava também internação prévia em um Hospital Geral (terciário) da região para ser submetido à exérese da lesão, no entanto, após duas semanas de investigação diagnóstica e diversas remarcações de sua cirurgia, foi concedida alta hospitalar sem o tratamento definitivo de sua patologia.

Foi proposto o tratamento cirúrgico na própria Clínica da Família. Para isso, foi realizado ultrassonografia de partes moles que revelou tecido celular subcutâneo com nódulo ecogênico com linhas e calcificações de permeio, contorno irregular, medindo aproximadamente 178x90mm, sugestivo de lipoma.

Foi então agendada biópsia incisional/excisional, a depender dos achados do peroperatório.

Após assepsia/antisepsia com clorexidina degermante e alcoólica, foi realizada a anestesia local perilesional (infiltração do anestésico nas margens laterais e inferior da lesão) com cloridrato de lidocaína 2% com vasoconstrictor, foram colocados campos estéreis e realizada incisão transversal seguindo as linhas de tensão muscular da região da panturrilha esquerda (Figura 2). Após dissecação por planos, foi encontrada a massa com plano de clivagem em todas as suas bordas (Figura 3).

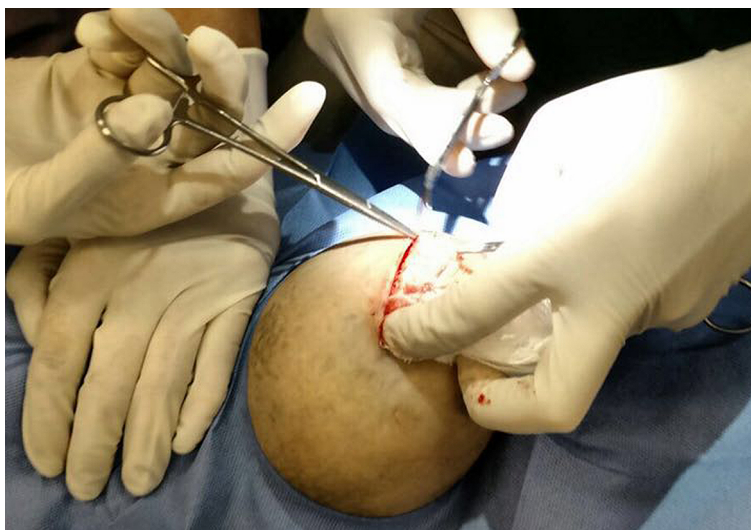


Figura 2. Incisão transversal seguindo as linhas de tensão muscular da região da panturrilha esquerda.

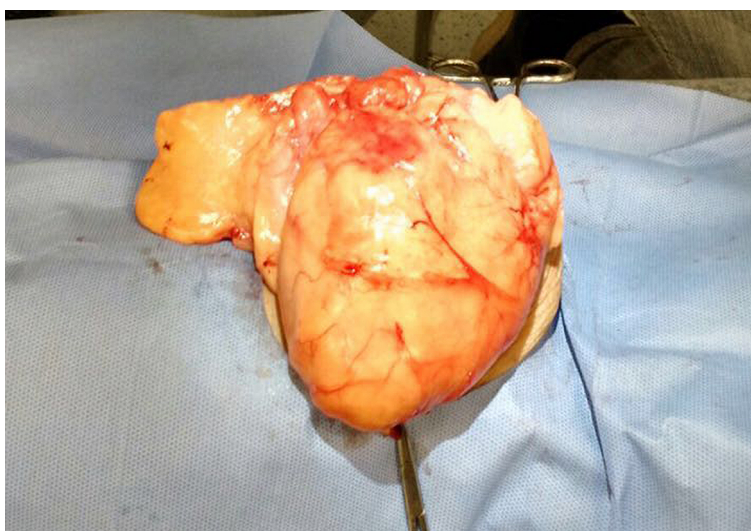


Figura 3. Exposição da massa tumoral.

Devido à facilidade técnica e aspecto macroscópico sugestivo de benignidade (ausência de áreas de degeneração, necrose, focos de sangramento importantes ou pedículo vascular próprio), optou-se pela realização de exérese total da massa. O procedimento durou aproximadamente duas horas.

Após a enucleação do tumor foi realizada revisão hemostática com eletrocoagulação e ligadura de vasos dissecados com Categut 4.0. Foi realizado fechamento por planos com fio Nylon 3.0, com ponto hemostático de Donatti e fixação de dreno de Penrose na loja tumoral. Realizado curativo compressivo com gase e compressas estéreis, prescrito ibuprofeno VO por 5 dias e gelo tópico.

A peça cirúrgica apresentava 17,5 cm e 650 gramas, lobulada e homogênea, com aspecto de tecido adiposo e foi encaminhada para análise histopatológica após fragmentação em três peças, para facilitar transporte e armazenamento.

Laudo histopatológico revelo-se compatível com lipoma gigante:

Macroscopia: Três fragmentos de tecido brancacento-amarelado, homogêneo, lobulado e elástico, de, respectivamente, 5,5cm x 4,5cm; 5,5 x 4cm; 6,5 x 6,5cm, sem áreas de endurecimento ou degeneração aparente.

Microscopia: Tecido adiposo maduro típico entremeado por traves de tecido conjuntivo e capilares de permeio nas três peças analisadas. Sem sinais de degeneração sarcomatosa, esteatonecrose ou infiltrado inflamatório.

O dreno foi retirado com 48 horas de pós-operatório (Figura 4). O paciente não apresentou febre ou demais sinais de infecção de sítio cirúrgico, sendo acompanhado com retornos a cada três dias na própria clínica, com progressiva melhora. As suturas foram retiradas com 15 dias de pós-operatório.



Figura 4. Ferida operatória após retirada do dreno - 48 horas após o procedimento.

O paciente se mostrou satisfeito com o resultado nas consultas de revisão, com ganhos em sua aparência, autoconfiança, autonomia nas atividades diárias e, inclusive, retorno às suas atividades laborais. Relatou não depender mais de muletas para deambular ter melhora substancial na qualidade de vida.

Materiais necessários para o procedimento:

1. Clorexidina degermante - 1 frasco
2. Clorexidina alcoólica - 1 frasco
3. Cloridrato de lidocaína 2% com vasoconstrictor - 2 frascos
4. Soro fisiológico 0,9% - 500ml
5. Campo estéril fenestrado
6. EPI - Máscara, touca, óculos, capote e luva estéril - 1 por integrante da equipe
7. Compressa de gaze estéril - 10 pacotes
8. Kit cirúrgico completo:
 - Cabo de bisturi n.3;
 - Lamina de bisturi n.11;
 - Pinça Adson 14cm 1x2 dentes - 2 unidades;
 - Pinça Halstead mosquito 12cm curva - 2 unidades;
 - Pinça Kelly curva 14cm - 4 unidades;
 - Porta agulha Mayo Hegar 14cm;
 - Tesoura Mayo Stille reta 15cm;
 - Farabeuf;
 - Metzenbaum 16cm.
9. Fio de sutura Catgut 4.0 - 2 unidades
10. Fio de sutura Nylon 3.0 - 3 unidades
11. Dreno de Penrose - 1 unidade

Descrição Cirúrgica

Caso necessário e o paciente se mostre ansioso com o procedimento, administrar um comprimido de diazepam de 10mg com horas de antecedência, se não houver contraindicação. Neste relato não houve necessidade.

1. Assepsia;
2. Antissepsia;
3. Colocação de campo estéril fenestrado;
4. Aplicação de anestesia local em base lesional (8ml em quatro pontos diferentes);
5. Aplicação de anestesia local na linha de incisão;
6. Incisão fusiforme sobre a lesão de acordo com a linha de tensão;
7. Diérese do tecido lipomatoso do tecido subcutâneo tomando cuidado com possíveis vasos e hemostase imediata caso necessária;
8. Durante a diérese foram realizadas três hemostasias de pequenos vasos com catgut 4.0;
9. Exérese do tecido lipomatoso de forma circular;
10. Revisão hemostática;
11. Sutura com ponto em Donatti;

12. Colocação de dreno de Penrose;
13. Compressão com gaze estéril e curativo com atadura;
14. Revisão diária nos primeiros 3 dias.

Discussão

O caso supracitado foi um entre os muitos exemplos de sucesso de procedimentos cirúrgicos realizados por Médicos de Família e comunidade capacitados, residentes e acadêmicos em formação sob supervisão na Clínica da Família Zilda Arns.

O paciente apresentava um lipoma gigante com 12 anos de evolução, que gerava importante impacto em sua vida, sob os pontos de vista orgânico, psíquico e social. Chegou a realizar exames pré-operatórios e foi internado em um hospital terciário para realizar a cirurgia, porém não teve sua doença tratada por gargalos administrativo-operacionais do Sistema Único de Saúde vigente.

Entende-se que a CF, por fazer parte da Estratégia Saúde da Família, deve ser resolutiva e, por isso, capaz de reduzir ao máximo o número de referenciamentos para especialistas ou unidades hospitalares. Ao realizar procedimentos como o descrito neste estudo, Médicos de Família se tornam capazes de desempenhar medicina de alta complexidade com a baixa densidade tecnológica, atuando de forma incisiva no manejo da integralidade do cuidado, aumentando sua autoconfiança e sendo cada vez mais atuantes no processo terapêutico de seus pacientes.^{3,11,12}

A abrangência da atuação do médico de família no que se refere a procedimentos cirúrgicos ambulatoriais é muito ampla e varia desde os mais simples (drenagem de abscesso, retirada de corpo estranho nasal e auricular, cantoplastia) até os mais complexos e inusitados (toracocentese, paracentese, redução de luxações).¹³ Essas técnicas requerem normalmente anestésico locais e apresentam poucos riscos e complicações.^{14,15}

Na Clínica da Família em questão os procedimentos são realizados no período da tarde em três dias da semana (segundas, quartas e sextas-feiras), sendo os procedimentos mais complexos realizados às quartas-feiras. Foi criada uma agenda única de procedimentos, em que os médicos da família podem agendar os procedimentos cirúrgicos de acordo com a complexidade dos mesmos e com a disponibilidade de horários da sala de procedimentos.

Como se trata de uma Unidade Escola, com residência e internato, organizamos esses horários distribuídos ao longo da semana para que todos participem, porém é viável a sua replicação, já que reservamos não mais do que duas horas para estas atividades por dia, que poderia ser ajustado dentro de uma única equipe em um turno para procedimentos ou horários pequenos, distribuído na agenda de acordo com o procedimento realizado.

Na unidade, nos anos de 2015 e 2016, foram realizados aproximadamente 400 procedimentos cirúrgico-ambulatoriais/ano. Assim como o paciente discutido, outros tantos se beneficiaram com a realização dos procedimentos propostos no currículo baseado em competência da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

A capacitação desses médicos para procedimentos cirúrgicos ambulatoriais é preconizada e vantajosa por diversos motivos.^{16,17} Reduz os custos do sistema, já que essas enfermidades podem ser

tratadas em fases iniciais, com menores complicações;^{11,18,19} reduz o tempo de espera dos pacientes pelo procedimento;^{20,21} e, a taxa de satisfação dos usuários é maior quando os procedimentos são realizados na Atenção Primária.^{3,11,12}

A proporção de complicações cirúrgicas descrita na literatura é similar entre os procedimentos realizados por Médicos de Família e Especialistas;^{11,22} dessa forma, permite que patologias cirúrgicas ambulatoriais sejam tratadas sem referência para especialistas, o que reduz a superlotação hospitalar.^{3,11,12} Na literatura é observada concordância entre o diagnóstico clínico e anatomopatológico.²³⁻²⁶

Na literatura é descrito que os Médicos de Família executam e ensinam mais procedimentos ambulatoriais em adultos do que os Médicos Internistas, por receberem mais treinamento e se sentirem mais confiantes em suas habilidades.^{16,17} Sua confiança esteve relacionada a executar ou participar de um mesmo procedimento pelo menos 10 vezes/ano.²⁷

O avanço na realização de pequenos procedimentos cirúrgicos depende de mais Médicos de Família treinados, executando procedimentos cirúrgicos ambulatoriais e de novos relatos de casos e estudos demonstrando a aplicabilidade destas práticas com suas referidas taxas de sucesso.^{16,17,24} A autonomia dos Médicos de Família pode ser ampliada, além de beneficiar acadêmicos de Medicina que estagiam em ESF, que estão cada vez mais precocemente inseridos nesse contexto de aprendizagem.^{4,18}

A partir do presente estudo, pode-se perceber que a realização de cirurgias de caráter ambulatorial em Clínicas da Família é factível. Para isso, porém, é necessário que haja estrutura física, material e treinamento/capacitação para que os Médicos de Família possam atuar da melhor maneira para o paciente e para o sistema de saúde como um todo.

Os atuais desafios para a diversificação dessa prática são bem documentados na literatura internacional, em que se destacam a falta de habilidade/treinamento atualizado e a falta de tempo.²⁸ A aplicação de cursos práticos pode encorajar Médicos de Família a realizar pequenas cirurgias em suas clínicas e, conseqüentemente, ampliar o número de serviços realizados na atenção primária.²⁹

Referências

1. Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, orgs. Ensino-Trabalho-Cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO; 2006. 180 p.
2. Costa JRB, Romano VF, Costa RR, Vitorino RR, Alves LA, Gomes AP, et al. Formação médica na estratégia de saúde da família: percepções discentes. *Rev Bras Educ Med.* 2012;36(3):387-400.
3. Serra M, Arévalo A, Ortega C, Ripoll A, Giménez N. Minor surgery activity in primary care. *JRSM Short Rep.* 2010;1(4):36. DOI: <http://dx.doi.org/10.1258/shorts.2009.090035>
4. Ferreira RC, Silva RF, Aguer CB. Formação do Profissional Médico: a Aprendizagem na Atenção Básica de Saúde. *Rev Bras Educ Med.* 2007;31(1):52-59. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022007000100008>
5. Singh M, Saxena A, Kumar L, Karande SK, Kolhe Y. Giant lipoma of posterior cervical region. *Case Rep Surg.* 2014;2014:289383.
6. Brandler TI. Large fibrolipoma. *Br Med J.* 1894;1:574.
7. Terzioglu A, Tuncali D, Yuksel A, Bingul F, Aslan G. Giant lipomas: a series of 12 consecutive cases and a giant liposarcoma of the thigh. *Dermatol Surg.* 2004;30(3):463-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00042728-200403000-00033>
8. Sanchez MR, Golomb FM, Moy JA, Potozkin JR. Giant lipoma: case report and review of the literature. *J Am Acad Dermatol.* 1993;28(2 Pt 1):266-8. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0190-9622\(08\)81151-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0190-9622(08)81151-6)

9. Yakubu AA, Edino ST, Mohammed AZ, Sheshe AA, Alhassan SU. Giant and complicated subcutaneous lipoma of the neck. *West Afr J Med*. 2008;27(1):44-6.
10. Leuzzi G, Cesario A, Parisi AM, Granone P. Chest wall giant lipoma with a thirty-year history. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2012;15(2):323-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/icvts/ivs159>
11. George S, Pockney P, Primrose J, Smith H, Little P, Kinley H, et al. A prospective randomised comparison of minor surgery in primary and secondary care. The MiSTIC trial. *Health Technol Assess*. 2008;12(23):iii-iv, ix-38. DOI: <http://dx.doi.org/10.3310/hta12230>
12. Godfrey E, Watkiss M, Schnieden H. Initiation and evaluation of a pilot scheme for minor surgery in general practice. *Health Trends*. 1990;22(2):57-9.
13. Kelly BF, Sicilia JM, Forman S, Ellert W, Nothnagle M. Advanced procedural training in family medicine: a group consensus statement. *Fam Med*. 2009;41(6):398-404.
14. Friedlich M, MacRae H, Oandasan I, Tannenbaum D, Batty H, Reznick R, et al. Structured assessment of minor surgical skills (SAMSS) for family medicine residents. *Acad Med*. 2001;76(12):1241-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00001888-200112000-00019>
15. Menon NK. Minor surgery in general practice. *Practitioner*. 1986;230(1420):917-9.
16. Arroyo A, Andreu J, García P, Jover S, Arroyo M, Fernández A, et al. Analysis of a programme of direct referral between primary and specialist care in potential surgery patients. *Aten Primaria*. 2001;28(6):381-5.
17. Stainforth J, Goodfield MJ. Cost effectiveness of minor surgery in general practice. *Br J Gen Pract*. 1992;42(360):302-3.
18. Foulkes A. Minor surgery in general practice. *BMJ*. 1993;307(6905):685. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.307.6905.685>
19. Brown JS, Smith RR, Cantor T, Chesover D, Yearsley R. General practitioners as providers of minor surgery--a success story? *Br J Gen Pract*. 1997;47(417):205-10.
20. Pockney P, George S, Primrose J, Smith H, Kinley H, Little P, et al. Impact of the introduction of fee for service payments on types of minor surgical procedures undertaken by general practitioners: observational study. *J Public Health (Oxf)*. 2004;26(3):264-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/pubmed/fdh152>
21. Tárraga López PJ, Marín Nieto E, García Olmo D, Celada Rodríguez A, Solera Albero J. Economic impact of the introduction of a minor surgery program in primary care. *Aten Primaria*. 2001;27(5):335-8. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)79377-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(01)79377-8)
22. Nunes PAL, Tambelli RA. A realização de pequenas cirurgias na Atenção Primária à Saúde. In: *Anais do 12o Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade*. 2013 29 Maio 29-Jun 2; Belém, PA, Brasil. p. 268.
23. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33(1):159-74. DOI: <http://dx.doi.org/10.2307/2529310>
24. O'Cathain A, Brazier JE, Milner PC, Fall M. Cost effectiveness of minor surgery in general practice: a prospective comparison with hospital practice. *Br J Gen Pract*. 1992;42(354):13-7.
25. McWilliam LJ, Knox F, Wilkinson N, Oogarah P. Performance of skin biopsies by general practitioners. *BMJ*. 1991;303(6811):1177-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.303.6811.1177>
26. Vaquero Martínez JJ, García Aparicio JM, Díaz Gómez J, Blasco Paredes D. Efficiency of minor surgery in primary care according to the costs. *Aten Primaria*. 2002;30(2):86-91.
27. Wickstrom GC, Kolar MM, Keyserling TC, Kelley DK, Xie SX, Bognar BA, et al. Confidence of graduating internal medicine residents to perform ambulatory procedures. *J Gen Intern Med*. 2000;15(6):361-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1525-1497.2000.04118.x>
28. Sempowski IP, Rungi AA, Seguin R. A cross sectional survey of urban Canadian family physicians' provision of minor office procedures. *BMC Fam Pract*. 2006;7:18. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-7-18>
29. Gmajnić R, Pribić S, Lukić A, Ebling B, Cupić N, Marković I. Effect of surgical training course on performance of minor surgical procedures in family medicine physicians' offices: an observational study. *Croat Med J*. 2008;49(3):358-63. DOI: <http://dx.doi.org/10.3325/cmj.2008.3.358>

^a Residência de Medicina de Família e Comunidade do Rio de Janeiro (Clínica da Família Zilda Arns). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. diaslacerda@gmail.com (*Autor correspondente*)

^b Universidade Estácio de Sá/RJ (UNESA/RJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. cassiobserafini@gmail.com; leoj86@hotmail.com

^c Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. pedromivianna@gmail.com; giulia.regattieri@hotmail.com

Dermatomiosite juvenil – papel do médico de família na abordagem de uma doença rara

Juvenile dermatomyositis – role of the family physician in the approach of a rare disease

Dermatomiositis juvenil - papel del médico de familia en el abordaje de una enfermedad rara

Marisa Loio, André Salgueiro, Helena Cruz

Resumo

A dermatomiosite juvenil (DMJ) é uma doença rara, autoimune, multissistêmica, caracterizada por uma vasculite da pele e do músculo estriado. Em idade pediátrica é a miopatia inflamatória idiopática mais frequente. Este caso consiste numa paciente do sexo feminino, de 11 anos de idade, que recorreu ao médico de família e comunidade (MFC) por erupção maculopapular da superfície dorsal das articulações metacarpo-falângicas e interfalângicas das mãos, eritema da região malar, lesões maculares da superfície extensora dos cotovelos e joelhos e diminuição da força muscular dos membros. O fato do MFC ter estado atento a estas manifestações clínicas e ter referenciado a paciente precocemente para Reumatologia por suspeita de dermatomiosite permitiu uma rápida instituição terapêutica e redução do impacto da doença. Após estabelecimento do diagnóstico, o MFC continua com um papel ativo na identificação de complicações da doença e na avaliação do seu impacto na dinâmica familiar.

Abstract

Juvenile dermatomyositis (JDM) is a rare, multisystem, autoimmune disease, characterized by skin and striated muscle vasculitis. In children is the most frequent idiopathic inflammatory myopathy. This case consists in an 11-year old female patient consulted her Family and Community Physician (FCP) with maculopapular rash of the dorsal surface of the metacarpophalangeal and interphalangeal joints of the hands, malar erythema, macular lesions on the extensor surface of the elbows and knees, and reduced muscle strength of the limbs. The fact that the FCP have been aware of these clinical manifestations and made an early referral to Rheumatology for suspected dermatomyositis, allowed a prompt treatment, and a decrease impact of the disease. After making a diagnosis, FCP continues with an active role in the identification of the disease complications and assessing their impact on family dynamics.

Resumen

La dermatomiositis juvenil (DMJ) es una enfermedad rara, autoinmune, multisistémica, caracterizada por una vasculitis de la piel y del músculo estriado. En los niños es la miopatía inflamatoria idiopática más frecuente. En este caso se presenta una paciente de sexo femenino, de 11 años, que consultó a su médico de familia y de la comunidad (MFC), por tener erupción maculopapular de la superficie dorsal de las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas de las manos, eritema de la región malar, lesiones maculares de la superficie extensora de los codos y rodillas, y disminución de la fuerza muscular de los miembros. El hecho de que el MFC estaba atento a estas manifestaciones clínicas y de tener prontamente referenciado la paciente a la Reumatología por sospecha de dermatomiositis permitió la rápida institución terapéutica y la reducción del impacto de la enfermedad. Tras establecer este diagnóstico, el MFC continúa con un papel activo en la identificación de las complicaciones de la enfermedad y en la evaluación de su impacto en la dinámica familiar.

Como citar: Loio M, Salgueiro A, Cruz H. Dermatomiosite juvenil – papel do médico de família na abordagem de uma doença rara. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-8. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1418](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1418)

Palavras-chave:

Dermatomiosite
Atenção Primária à Saúde
Doenças Raras

Keywords:

Dermatomyositis
Primary Health Care
Rare Diseases

Palabras clave:

Dermatomiositis
Atención Primaria de Salud
Enfermedades Raras

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: 10/11/2016.
Aprovado em: 14/11/2017.

Introdução

A dermatomiosite juvenil (DMJ) é uma doença rara, multissistêmica, com etiologia autoimune que se caracteriza pela presença de vasculite da pele e do músculo estriado. Na idade pediátrica é a miopatia inflamatória idiopática mais frequente.^{1,2}

A incidência anual é de 3,2 casos por milhão de crianças, com diferenças entre grupos étnicos, sendo três vezes mais comum no sexo feminino. A idade média de início é de 7 anos, contudo, normalmente a doença tem uma apresentação bimodal, com um pico aos 5-6 e outro aos 10 anos.²⁻⁴

As manifestações mais típicas são cutâneas, musculares e sintomas constitucionais. No entanto, pode haver envolvimento cardiopulmonar e gastrointestinal, sendo nestes casos potencialmente fatal.²⁻⁵ Ao contrário do que acontece no adulto, a DMJ não está associada a aumento de risco de neoplasias.

As manifestações cutâneas principais são o edema periorbitário, o eritema heliotropo (erupção violácea palpebral, da cor da planta heliotropo), o sinal de *Gottron* (erupção violácea nas mãos, cotovelos e joelhos), as pápulas de *Gottron* (lesões violáceas liquenificadas sobre as articulações metacarpo-falângicas e interfalângicas) e as telangiectasias periungueais e na orla gengival.^{2,5} A fraqueza muscular afeta todo o corpo, sendo mais evidente na região pélvica, escapular e nos músculos flexores anteriores do pescoço e do tronco. Os músculos afetados encontram-se dolorosos, edemaciados e endurecidos.¹

O tempo médio para o diagnóstico da doença é de 12 meses. Em 1975, Bohan e Peter estabeleceram os critérios de diagnóstico: 1) lesões cutâneas características, 2) fraqueza muscular proximal e simétrica, 3) elevação das enzimas musculares, 4) eletromiografia (EMG) sugestiva de miopatia e 5) biópsia muscular compatível com miosite inflamatória.^{6,7} O diagnóstico é definitivo perante lesões cutâneas típicas (heliotropo, pápulas de *Gottron*, telangiectasias periungueais), associadas a três dos restantes critérios; é provável se associadas a apenas dois critérios.^{8,9}

Detalhamento do caso

Jovem do sexo feminino, de 11 anos, caucasoide, estudante. Pertencia a uma família nuclear na fase V do ciclo de *Duvall* (casal com filhos adolescentes), classe III de *Graffar* (classe média), tendo um irmão mais velho. Relativamente aos antecedentes familiares, apresentava um irmão com diabetes *mellitus* tipo 1 diagnosticada em 2014, avô materno e duas tias-avós maternas com carcinoma gástrico. Sem história familiar de doença reumatológica.

Em 16 de dezembro de 2015 recorreu à consulta com a sua médica de família e comunidade (MFC) referindo lesões cutâneas das mãos, joelhos e cotovelos não pruriginosas, com cerca de 4 meses de evolução (Figura 1). Negava outros sintomas associados, nomeadamente mialgias ou fadiga muscular. Ao exame objetivo, apresentava erupção maculo-papular da superfície dorsal das articulações metacarpo-falângicas e interfalângicas das mãos, eritema da região malar, edema e eritema periorbitário e lesões maculares da superfície extensora dos cotovelos e joelhos. Foi solicitado hemograma, creatinina, ureia, glicose, creatina cinase (CK), transaminases, velocidade de hemossedimentação (VHS), proteína C reativa (PCR), anticorpos antinucleares (ANA), anticorpo antiDNAs e análise sumária de urina.



Figura 1. Erupção maculo-papular da superfície dorsal das articulações metacarpo-falângicas e interfalângicas (16 de dezembro de 2015).

Em 8 de fevereiro de 2016 recorreu à consulta com a sua MFC, fazendo-se acompanhar dos resultados do estudo analítico, que evidenciava CK no limite superior do normal (168U/L), ANA e anticorpo antiDNAs negativos. Clinicamente, apresentava agravamento das lesões cutâneas (Figura 2). Referia ainda mialgias da face posterior da coxa e região gemelar bilateralmente e noção de perda de força dos membros superiores e inferiores (força muscular grau 4). Negava sinais ou sintomas de outros órgãos e sistemas. As alterações cutâneas e a sintomatologia motivaram referência urgente à consulta de Reumatologia por suspeita de dermatomiosite.



Figura 2. Agravamento das lesões cutâneas (8 de fevereiro de 2016).

A primeira consulta na Reumatologia ocorreu em 24 de fevereiro de 2016. De acordo com os registros do processo clínico realizados pela médica Reumatologista, a paciente apresentava pápulas de *Gotttron*, sinal de *Gotttron*, eritema heliotropo, edema periorbitário, bem como as queixas musculares. Foi solicitado estudo analítico, provas funcionais respiratórias (PFR), radiografia de tórax, EMG. Foi ainda pedida avaliação da paciente em consulta de Cardiologia Pediátrica.

Em 25 de fevereiro de 2016, foi realizado o estudo analítico solicitado, encontrando-se descritas as seguintes alterações analíticas: LDH=359U/L; CK=199U/L; aldolase=25,2U/L; com AST e ALT dentro dos parâmetros normais. Neste contexto, foi colocado o diagnóstico provável de DMJ. A paciente foi medicada com prednisolona 50mg, esomeprazol 20mg, cálcio e vitamina D, aconselhada a fazer proteção solar e vacinação antipneumocócica. Foi pedido novo estudo analítico para reavaliação e solicitada consulta de Medicina Física e de Reabilitação (MFR) para iniciar tratamento fisiátrico.

A EMG mostrou traçados com características miopáticas nos músculos proximais dos membros superiores (deltoides) e distais dos membros inferiores (tibiais anteriores), achados compatíveis com miosite em contexto de dermatomiosite. Os exames pulmonares (radiografia de tórax e PFR) e cardíacos (eletrocardiograma e ecocardiograma) não mostraram acometimento destes órgãos.

Na consulta de Reumatologia de 9 de março de 2016 referia melhora das mialgias e da capacidade funcional. Ao exame objetivo, apresentava melhora da força muscular e das lesões cutâneas. Analiticamente, apresentava normalização das enzimas musculares, com LDH=231U/L, CK=54U/L e aldolase=8U/L. Foi diminuída a dose de prednisolona para 40mg e iniciado tratamento com metotrexato 15mg e ácido fólico. Por manutenção de resposta clínica e analítica favorável, foi diminuída a dose de prednisolona progressivamente nas consultas subsequentes até 15mg e iniciada hidroxicloroquina 200mg. Houve surgimento de acne facial exuberante, pelo que foi solicitada colaboração de Dermatologia e iniciado tratamento tópico com clindamicina e peróxido de benzoíla.

Existe possibilidade de aceder ao processo clínico informatizado das instituições públicas onde o paciente é seguido. Tendo em conta o elevado índice de suspeição diagnóstico quando da referenciação da paciente, o MFC foi acompanhando a evolução da situação clínica na Unidade de Saúde, através da consulta destes registos clínicos informatizados. Em 19 de maio de 2016 a paciente foi convocada à consulta da sua MFC para avaliar a sua adaptação e da família à doença e a necessidade de mobilizar recursos de apoio. Veio à consulta acompanhada pela mãe e pelo irmão, que se encontravam bem informados, mas referiam que o pai da paciente apresentava dúvidas em relação ao impacto da doença.

Nesta altura, a paciente apresentava melhora clínica (Figura 3), sem limitação da capacidade funcional no desempenho das atividades de vida diárias. A sua maior preocupação residia nas alterações da imagem corporal (acne facial papulo-pustuloso e aumento ponderal de cerca de 5Kg desde o início do tratamento), que referia não ter repercussão na vida escolar e social. Foi prestado aconselhamento relativamente às alterações da imagem corporal, prescritos tratamentos de MFR, administrada vacina antipneumocócica e agendado o seguimento.



Figura 3. Melhoria das lesões cutâneas após tratamento (19 de maio de 2016).

Discussão

Este caso reúne pelo menos quatro dos cinco critérios de diagnóstico estabelecidos por Bohan e Peter (Quadro 1).^{6,7}

Quadro 1. Critérios de diagnóstico de Bohan e Peter.^{6,7}

1. Alterações cutâneas típicas:

- Eritema heliotropo com edema periorbitário
- Erupção violácea nas articulações das mãos, cotovelos e joelhos (Sinal de Gottron)
- Lesões violáceas sobre as articulações metacarpo-falângicas e interfalângicas (Pápulas de Gottron)
- Telangiectasias periungueais e na orla gengival

2. Fraqueza muscular proximal e simétrica dos músculos das cintura pélvica e escapular, e dos flexores anteriores do pescoço e tronco

3. Elevação das enzimas musculares, como a CK, AST, ALT, LDH e Aldolase

4. Eletromiografia típica de miopatia

5. Biópsia muscular compatível com miosite inflamatória

CK: Creatina cinase; AST: Aspartato aminotransferase; ALT: Alanina aminotransferase; LDH: Lactato desidrogenase.

A paciente apresentava alterações dermatológicas típicas (eritema heliotropo, pápulas de *Gottron*, sinal de *Gottron* e edema periorbitário), alterações musculares (fraqueza muscular proximal simétrica), aumento das enzimas musculares e eletromiografia típica compatível com miosite. Além disso, o quadro clínico inicial é consistente com a apresentação mais comum da doença, visto que o aparecimento de queixas musculoesqueléticas e de alterações cutâneas típicas são os achados iniciais mais frequentes. Neste caso não foi necessária a realização de biópsia muscular, uma vez que o diagnóstico estava já estabelecido com base na presença de alterações cutâneas típicas e 3 critérios adicionais.

Contudo, existem diagnósticos diferenciais a ter em conta, principalmente quando as alterações dermatológicas típicas não estão presentes (Quadro 2).⁵

Quadro 2. Principais diagnósticos diferenciais de Dermatomiosite Juvenil.

Diagnóstico Diferencial de Dermatomiosite Juvenil
Doenças Reumáticas Sistêmicas
Lupus Eritematoso Sistêmico
Esclerodermia
Artrite Juvenil Idiopática
Vasculite Sistêmica
Doenças com alterações dermatológicas semelhantes
Psoríase
Eczema
Alergia
Outras formas de miopatias inflamatórias idiopáticas
Polimiosite Juvenil
Miosite Granulomatosa
Miosite Eosinofílica
Miopatias Infeciosas
Vírica
Bacteriana e parasitária
Miopatias não inflamatórias
Distrofias musculares
Miopatias mitocondriais
Endocrinopatias
Trauma
Toxinas
Induzida por fármacos

Adaptado de Rider et al.⁵

Os ANA podem estar presentes em mais de 70% dos casos, ao passo que o fator reumatoide e restantes autoanticorpos raramente estão presentes.

Na DMJ, os corticoides constituem o tratamento de primeira linha. Nas apresentações mais graves ou caso haja má resposta à corticoterapia, está preconizado o recurso a agentes modificadores de doença (como o metotrexato, a ciclosporina ou a azatioprina), agentes biológicos ou imunoglobulinas.¹⁰ Para limitar a toxicidade da utilização do metotrexato, a criança deve receber suplementação de ácido fólico. A resposta ao tratamento é avaliada pela melhoria das enzimas musculares, da força muscular e das alterações dermatológicas.

Como terapêuticas adjuvantes está preconizada a utilização regular de protetor solar (lesões cutâneas são fotossensíveis), corticoides tópicos (na doença cutânea localizada) e suplementação com cálcio e vitamina D (1000mg/dia e 600U/dia, respectivamente, para prevenir a osteoporose induzida pelos corticoides).¹¹ É também importante a referenciação para a consulta de MFR, com o intuito de iniciar fisioterapia e treino físico, que deverão ser mantidos ao longo do tratamento e reforçados após a completa recuperação.

O curso natural da doença segue geralmente três padrões típicos: monocíclico (episódio da doença responde ao tratamento *standard* sem recidiva), policíclico (múltiplas remissões e recidivas) ou crônico contínuo (com complicações permanentes), que ocorrem em 37%, 3% e 60% dos casos, respectivamente.¹² Por esta razão, o prognóstico funcional da dermatomiosite é variável. Contudo, a instituição da terapêutica numa fase precoce pode limitar a dermatomiosite ao seu padrão monocíclico, ou seja, com melhor prognóstico.

O tempo médio até ao diagnóstico de DMJ é de cerca de 12 meses, sendo este atraso na maior parte dos casos devido ao predomínio de sintomas constitucionais inespecíficos que precedem às alterações dermatológicas ou musculares típicas. Assim, o MFC não tem um papel facilitado no diagnóstico desta entidade clínica rara e complexa, já que na grande maioria das vezes é o primeiro a quem o paciente ou família recorrem quando surgem os sinais e sintomas iniciais. No entanto, se o MFC conhecer as características das lesões cutâneas desta afecção poderá realizar um diagnóstico mais célere. Neste caso clínico, a pronta suspeita do diagnóstico e a rápida referência e resposta dos Cuidados Secundários, permitiu que a paciente obtivesse a terapêutica adequada numa fase precoce da doença, conseguindo uma melhoria significativa da sintomatologia, o que faz antever um bom prognóstico.

O papel do MFC estende-se a todas as fases e aspectos de vida dos seus pacientes. Em todas as consultas, a paciente e a família devem ser alertados para os efeitos secundários da terapêutica mais frequentes e para o aparecimento de novos sinais e sintomas que devem levar a consultar um médico.

Para além disto, deve ser reforçada a importância do cumprimento do tratamento instituído e avaliada a presença de eventuais complicações da doença. De referir a relevância da avaliação sequencial do crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes afetados, devendo ser sempre avaliados o peso e altura na consulta, a presença e regularidade dos ciclos menstruais e o estágio puberal de Tanner, se aplicáveis.¹² Por último, o MFC deve realizar avaliação psicológica regular do paciente, tendo em conta o elevado impacto desta patologia.

Os membros de famílias com crianças com DMJ têm um risco aumentado de doenças autoimunes, particularmente de lúpus eritematoso sistêmico e diabetes *mellitus* tipo 1, o que sugere a partilha de fatores predisponentes, nomeadamente genéticos.¹³ No presente caso clínico o irmão da paciente tem o diagnóstico recente de diabetes *mellitus* tipo 1. Assim, visto o agregado familiar comportar dois adolescentes com doença crônica autoimune, o MFC deve estar atento a sinais precoces de disfunção familiar e atuar em conformidade quando necessário. É fundamental avaliar se houve alteração de papéis no seio familiar, nomeadamente no que se refere ao irmão da paciente. Relativamente aos pais, o MFC tem um papel importante na identificação de crenças, expectativas e esclarecimento de dúvidas em relação à doença. Os pais estão sujeitos a elevada pressão psicológica, pelo que o MFC deve manter-se atento a sinais de psicopatologia.

Conclusão

O MFC aborda habitualmente problemas com elevada prevalência e incidência na comunidade. No entanto, algumas doenças raras possuem aspectos clínicos muito característicos, que se forem conhecidos pelo MFC poderão ser prontamente identificados, aumentando o nível de suspeição para o diagnóstico destas afecções.

A DMJ é uma doença rara e cujo diagnóstico é predominantemente clínico. O seu reconhecimento numa fase inicial e a instituição precoce do tratamento adequado são de valiosa importância na redução da morbidade da doença. Após o estabelecimento do seu diagnóstico, o papel do MFC não se torna mais fácil, nem menos essencial, pois tem que zelar não só pela saúde e bem-estar do paciente como de toda a sua família, assegurando que o equilíbrio se mantém, apesar do impacto que uma doença como a DMJ pode ter na dinâmica familiar quer a nível económico, psicológico e funcional.

Referências

1. Compeyrot-Lacassagne S, Feldman BM. Inflammatory myopathies in children. *Pediatr Clin North Am.* 2005;52(2):493-520. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcl.2005.01.004>
2. Escorial Briso-Montiano M, Solís Sánchez P, Baeza Velasco M, Alonso Rubio A, de Gregorio Alvarez Z. Dermatomiositis amiopática juvenil y calcinosis. *An Pediatr (Barc).* 2005;62(3):286-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1157/13071846>
3. Pachman ML. Juvenile Dermatomyositis. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. *Nelson Textbook of Pediatrics.* 17th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2005. p. 813-6.
4. Pilkington C. Juvenile Dermatomyositis. In: Cimaz R, Lehman T, eds. *Handbook of Systemic Autoimmune Diseases.* Oxford: Elsevier; 2008. p. 89-98.
5. Rider LG, Lindsley CB, Miller FW. Juvenile dermatomyositis. In: Petty RE, Laxer RM, Lindsley CB, Wedderburn LR. *Textbook of Pediatric Rheumatology.* 7th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2016. p. 351-83.
6. Bohan A, Peter JB. Polymyositis and dermatomyositis (first of two parts). *N Engl J Med.* 1975;292(7):344-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM197502132920706>
7. Bohan A, Peter JB. Polymyositis and dermatomyositis (second of two parts). *N Engl J Med.* 1975;292(8):403-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM197502202920807>
8. Wedderburn LR, Li CK. Paediatric idiopathic inflammatory muscle disease. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2004;18(3):345-58. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.berh.2004.01.003>
9. Feldman BM, Rider LG, Reed AM, Pachman LM. Juvenile dermatomyositis and other idiopathic inflammatory myopathies of childhood. *Lancet.* 2008;371(9631):2201-12. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60955-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60955-1)
10. Iorizzo LJ 3rd, Jorizzo JL. The treatment and prognosis of dermatomyositis: an updated review. *J Am Acad Dermatol.* 2008;59(1):99-112. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2008.02.043>
11. Buckley L, Guyatt G, Fink HA, Cannon M, Grossman J, Hansen KE, et al. 2017 American College of Rheumatology Guideline for the Prevention and Treatment of Glucocorticoid-Induced Osteoporosis. *Arthritis Rheumatol.* 2017;69(8):1521-37. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/art.40137>
12. Ruperto N, Ravelli A, Murray KJ, Lovell DJ, Andersson-Gare B, Feldman BM, et al.; Paediatric Rheumatology International Trials Organization (PRINTO); Pediatric Rheumatology Collaborative Study Group (PRCSG). Preliminary core sets of measures for disease activity and damage assessment in juvenile systemic lupus erythematosus and juvenile dermatomyositis. *Rheumatology (Oxford).* 2003;42(12):1452-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/keg403>
13. Niewold TB, Wu SC, Smith M, Morgan GA, Pachman LM. Familial aggregation of autoimmune disease in juvenile dermatomyositis. *Pediatrics.* 2011;127(5):e1239-46. DOI: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2010-3022>

Interna de Formação Específica na USF Santa Clara. Portugal. mloio.rodriques@gmail.com
(*Autora correspondente*); andre.usfstaclara@gmail.com; belinhacru@gmail.com

Quando o antígeno específico da próstata nos leva ao Balint: um relato de caso

When prostate-specific antigen takes us to Balint: a case report

Quando el antígeno específico de la próstata conduce a Balint: relato de un caso

Cristina Isabel Duarte Silva

Resumo

O benefício do rastreio do câncer da próstata na redução da mortalidade continua controverso. O risco de intervenção médica excessiva, diagnóstica e terapêutica, é significativo, pelo que não devem ser descurados os princípios éticos da prevenção quaternária. A decisão deverá ser sempre partilhada. Mas, para que isto aconteça, é fundamental uma boa comunicação/relação médico-doente. O caso que se descreve aborda estes e demais aspectos, pondo em causa a não utilidade do rastreio. Trata-se de um homem jovem com adenocarcinoma da próstata metastizado que, anos antes, já apresentava uma elevação do antígeno específico da próstata (PSA) que não foi valorizada. Um doente por si só já difícil e cujo diagnóstico desafiou ainda mais a tentativa de criação de uma relação empática. Obstáculo que acabou por ser ultrapassado com sucesso depois do médico de família participar num grupo Balint.

Abstract

The benefit of prostate cancer screening in reducing mortality remains controversial. The risk of excessive medical, diagnostic and therapeutic intervention is significant, reason why ethical principles of quaternary prevention should not be overlooked. A shared-decision should be in order. But for this to happen, good communication/doctor-patient relationship is critical. The case described here under addresses these and other issues, questioning the non-usefulness of the screening. The case relates to a young man with metastatic prostate adenocarcinoma who, years before, presented already an increase of prostate-specific antigen (PSA) that was not valued. A difficult patient, whose diagnosis made it even harder to create an empathic relationship between doctor and patient. This situation was successfully overcome further to a participation of the family doctor in a Balint group.

Resumen

El beneficio de la detección del cáncer de próstata en la reducción de la mortalidad sigue siendo controvertido. El riesgo de la excesiva intervención médica, diagnóstica y terapéutica es significativo, por lo cual no se deben olvidar los principios éticos de la prevención cuaternaria. La decisión debe siempre ser compartida y para que eso ocurra es esencial una buena comunicación/relación médico-paciente. El caso que se describe trata estos y otros aspectos, cuestionándose la inutilidad de la detección. Se trata de un hombre joven con metástasis de adenocarcinoma de la próstata que, años antes, ya presentaba un incremento del antígeno específico de la próstata (PSA) que no fue valorado. Un paciente en sí difícil y cuyo diagnóstico desafió aún más el intento de crear una relación empática. Ese obstáculo fue por fin sobrepasado con éxito después del médico de familia participar en un grupo Balint.

Palavras-chave:

Antígeno Específico da Próstata
Câncer
Prevenção Quaternária
Psicoterapia de Grupo
Empatia

Keywords:

Prostate-Specific Antigen
Cancer
Quaternary Prevention
Psychotherapy Group
Empathy

Palabras clave:

Antígeno Específico de la Próstata
Cáncer
Prevenición Cuaternaria
Psicoterapia de Grupo
Empatía

Como citar: Silva CID. Quando o antígeno específico da próstata nos leva ao Balint: um relato de caso. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-6. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1518](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1518)

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: 14/04/2017.
Aprovado em: 14/01/2018.

Introdução

O câncer prostático é um dos problemas médicos mais importantes no homem. Atualmente, não existe evidência científica suficiente que suporte o rastreio. Contudo, o PSA poderá ser prescrito a doentes que o solicitem, após informação sobre os benefícios e riscos.¹ Esta decisão partilhada e esclarecida depende, em parte, das características biopsicossociais do doente, com o qual nem sempre é fácil dialogar, e constitui, por si só, um paradigma da medicina centrada na pessoa.² A empatia é, por isso, um instrumento fundamental na comunicação médico-doente e deve ser treinada.³

O grupo Balint surge como um facilitador desta aprendizagem. O caso clínico que se descreve, de forma narrativa e recorrendo a perguntas retóricas encadeadas, enfatiza o papel do grupo Balint como motor de transformação da prática clínica de um médico de família (MF) que sente a sua competência comunicacional desafiada não só pelas controvérsias em torno do rastreio do câncer prostático, mas também da própria prevenção quaternária.

Detalhamento do caso

Identificação

Homem branco de 48 anos. Natural de Lisboa. Reside com sua mãe de 86 anos. Divorciado há 10 anos, sem filhos. Desempregado. Trabalhava em artes gráficas. Ex-fumante de 24 unidades maço/ano, há 10 anos. Etilista ocasional (30g de álcool puro por semana).

Antecedentes Pessoais

Disfunção sexual erétil (DE) com 8 anos de evolução, pouco abordada pelo doente em consulta, personalidade hipocondríaca com várias consultas por queixas somáticas do aparelho musculoesquelético.

Antecedentes Familiares

Mãe com diabetes *mellitus* tipo 2 e hipertensão arterial essencial. Pai falecido por causa desconhecida. Filho mais novo, tem um irmão e uma irmã, com os quais tem pouco contato. Sem antecedentes familiares oncológicos ou urológicos.

História da Doença Atual

O recipiente com urina

Em outubro de 2015, numa consulta com o MF refere quadro intermitente, com um ano de evolução, de nictúria, diminuição do jato urinário e dificuldade em iniciar a micção. Preocupado, quase indignado, por nunca ter realizado o rastreio do câncer prostático, verbaliza de forma rude que “já deveria ter feito há muito tempo, desde os 40 anos”. Embora não havendo uma acusação direta, é nesta fase que o MF começa a sentir os seus conhecimentos técnico-científicos postos em causa.

O médico, conhecendo a personalidade ansiogênica do doente, relativiza aquele comentário. Tranquiliza-o, explica as evidências atuais do rastreamento do câncer prostático e porque ainda não tinha sido realizado. Esclarece que, uma vez sintomático, a investigação pode ser pertinente. Contudo, o doente recusa toque retal.

Em janeiro de 2016, visivelmente ansioso, traz um frasco de mel com urina concentrada que, na sua interpretação, constituía um sinal suspeito. Traz um PSA total de 77ng/ml e uma ecografia prostática transretal com uma glândula de 40cm³, contornos ligeiramente indefinidos e bosselados, assimétrica à custa do lobo direito, onde se esboça nódulo com 12mm hipocogênico, associado à redução do ângulo vesicoprostático. Ecografia vesical com espessamento parietal difuso (~8,4mm) e resíduo pós-miccional de 62cm³. Com aquela atitude, o MF, perplexo, prevê, pela primeira vez, as dificuldades relacionais que iriam surgir no futuro, especialmente se o desfecho fosse maligno. Referencia-se urgentemente a consulta hospitalar de urologia e inicia tansulosina para controle sintomático.

As consultas hospitalares

Em abril de 2016, na primeira consulta de urologia, refere um PSA total prévio em 2009 de 7ng/ml, cuja informação era desconhecida pelo MF atual. Especula-se que aquela análise teria sido prescrita por outro médico na sequência das queixas de DE e cujo resultado não foi valorizado pelo doente nem por esse médico. Autoriza toque retal, palpando-se próstata de contornos irregulares e consistência dura à direita.

Agenda-se biópsia prostática transretal, cujo exame anatomopatológico revela um adenocarcinoma acinar Gleason 9 (4+5) com angio e neuroinvasões tumorais, pelo que inicia bloqueio androgênico completo. Documenta-se, por cintigrafia óssea, metastização de pequenas dimensões na região parietal direita, escápula e gradil costal esquerdos. Inicia quimioterapia, num total de 6 ciclos mensais, que decorreram sem intercorrências. Último em outubro de 2016. Atualmente, com um PSA normal e melhorado dos sintomas miccionais.

“A vitória”

Paralelamente, em junho de 2016, após alguns meses de ausência no MF, vem dar conhecimento do diagnóstico, acompanhado pela irmã. Durante a consulta, objetiva-se uma dissociação entre a gravidade da situação e o estado emocional do doente, o qual não esboça sinais ou sintomas de tristeza, revolta ou negação, que seriam expectáveis, mas um quadro clínico sentido pelo médico como uma satisfação por provavelmente ter conseguido demonstrar que afinal sofria de uma doença grave.

Ao contrário das consultas anteriores, o doente apresentava-se calmo, com fâcias eufímicas, um discurso organizado, de timbre delicado, intercalado com sorrisos, sem heteroagressividade, destacando-se citações como “Eu bem lhe disse que tinha alguma coisa grave”, como se estivesse satisfeito por provar que os médicos erraram ou fizeram o diagnóstico com atraso.

Mais uma vez, o MF sente-se acusado de negligência e ambivalente quanto ao comportamento do doente. Seria hipocrisia? Ou estaria genuinamente tranquilo? Tranquilo por saber o que tinha? Para ele seria um diagnóstico mais importante que o seu prognóstico? A presença da irmã, que se sabe não ser próxima do doente, vem, precisamente por isso, reforçar este sentimento de culpa e erro.

Grupo Balint

Previa-se, pelo curso da doença, um acompanhamento próximo do MF, que não conseguia empatizar com aquele doente. Assim, surgiu, pela primeira vez, a necessidade deste MF procurar um grupo Balint, como forma de desabafo e busca de aconselhamento sobre como “chegar mais próximo” daquele doente difícil, provocador e desconfiado.

O grupo, de acesso livre e destinado a MF, decorria mensalmente nas instalações da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. Um dos conselhos sugeridos pelo grupo foi “redirecionar o foco”, ou seja, o MF debruçar-se mais sobre os sentimentos do doente, em vez de se focar somente nos seus e na interpretação que atribuía a cada palavra ou gesto do doente.

Finalmente, em setembro de 2016, procura-se explorar os sentimentos do doente em relação ao seu estado de doença. Responde “Até estou impressionado comigo. Pensei que reagisse pior. Acho que ainda não interiorizei a gravidade da situação. Parece um quadro gripal. O meu único receio é sofrer. Como ainda não estou a sofrer estou a reagir bem”.

Procurou-se saber, também, como estava a funcionar a sua rede de suporte, designadamente, a reação dos familiares, ao que responde “A minha mãe está como eu. Só tenho receio que ela sofra se alguma coisa me acontecer. A minha irmã preocupou-se no início quando soube. Até me queria levar a um bruxo para que com os seus poderes sobrenaturais me curasse do câncer. Mas também nunca mais se aproximou de mim”.

Esta conversa foi frutífera porque despertou em ambos um comportamento diferente nas consultas subsequentes. O discurso do doente sentido pelo MF passou de censura a desabafo e a postura de inquietação para serenidade. Em relação ao MF, outrora centrado em si, passa a adotar uma escuta ativa e reconsidera a viabilidade das suas interpretações feitas em consultas anteriores.

Nunca houve uma acusação direta. Haveria, de fato, uma acusação implícita nas palavras do doente? Ou teria o MF sobrevalorizado essas palavras, em parte pela própria personalidade, e em parte pela ambivalência de se sentir responsável por um doente e simultaneamente incapaz de o ajudar perante um tema que lhe suscitava incertezas?

Nas consultas seguintes continuou-se a pôr em prática algumas estratégias sugeridas no grupo. Com o tempo, verificou-se o desenvolvimento progressivo de uma relação empática de parte a parte, e um crescimento pessoal e profissional do MF.

Discussão

O papel do grupo Balint

O MF, pela longitudinalidade, continuidade e holismo dos seus cuidados biopsicossociais, requer uma forte competência comunicacional. Haverá sempre doentes “difíceis”, quer pela sua personalidade quer pelas situações clínicas que os envolvem. E são estes casos que nos desafiam a adaptar a forma como comunicamos. A necessidade de formação em comunicação é, pois, fundamental na prática médica e devia ser mais valorizada.⁴

No caso descrito, o grupo Balint foi um impulsionador de mudança. Centrou-se nos sentimentos, bloqueios relacionais e emocionais do médico, mas também no que isso podia indicar quanto aos sentimentos do doente, assim ajudando o médico a “desconstruir” o caso e a permitir que ao doente fosse reconhecida a possibilidade de expressar as suas emoções.

Assim que o médico começou a explorar os sentimentos do doente, verificou uma maior abertura sua; que as pessoas têm as suas estratégias de *coping* e gestão das emoções, por vezes contrárias àquelas socialmente consideradas como adequadas; sentiu-se mais aliviado e apercebeu-se que a atitude do doente não se prendia com a conduta do médico, mas com a forma como ele próprio percecionava o seu estado de doença. Como dizia Michael Balint, o grupo induziu “uma mudança limitada, embora considerável, na personalidade do médico”.⁵

O papel da investigação adicional

Este caso não é um exemplo de rastreio em indivíduo assintomático. Desde o início, o doente apresenta sintomas do trato geniturinário, pelo que se justificava investigação. Em 2009 (com 40 anos), por queixas de DE, realiza um PSA de 7ng/ml, que não foi valorizado por nenhum dos intervenientes e a investigação não avançou.

O MF atual desconhecia esta avaliação prévia, mas tinha conhecimento, ainda que pouco explorado, da DE. Na verdade, o doente encontrava-se divorciado, sem atividade sexual desde então, pelo que nunca sentiu necessidade em abordar aquele assunto, nem o MF considerou relevante aprofundá-lo, pelo que o mesmo terá caído no esquecimento.

Anos depois, o doente refere sintomas intermitentes do trato urinário. Analisando o comentário sobre o dever do rastreio “há muito tempo, desde os 40 anos”, se se tratasse de um doente assintomático e não havendo fatores de risco, a deteção precoce, à luz da evidência atual, não tinha fundamento. Mas o doente tinha sintomas. É, contudo, pertinente refletir se, ainda assim, a investigação se justificava. Não seria legítimo pensar numa patologia benigna, medicar, monitorizar e investigar apenas se ausência de melhoria clínica?

Repare-se que a hiperplasia benigna da próstata pode afetar alguns homens precocemente, a partir dos 40 anos. Sucede que este doente tinha também sintomas de DE com início em idade jovem e, sobretudo, um PSA prévio de 7ng/ml. Possivelmente, se o MF conhecesse aquela avaliação não teria relutância em investigar nem percecionaria o comportamento do doente como uma afronta aos seus conhecimentos científicos. E se o MF já fosse “balintiano” naquele momento, em vez de se concentrar nas suas incertezas, teria averiguado o motivo daquele comentário. Nas entrelinhas, o doente quis partilhar que tinha razões (a DE e o PSA elevado) que suportavam a investigação adicional logo aos 40 anos.

Prevenção quaternária – sim ou não?

Nem todos os atos médicos beneficiam as pessoas da mesma forma. Muitos podem originar prejuízo e morbidade, violando o primado do *primum non nocere*. Um exemplo é o excesso de programas de rastreio.⁶ Um dos princípios que justifica ou não um rastreio é a efetividade das medidas preventivas na redução da morbimortalidade e na melhoria da qualidade de vida.

De fato, são limitadas as evidências que indicam que a detecção e tratamento precoces do câncer prostático têm melhores resultados na mortalidade. O mesmo já não se pode dizer da morbidade provocada pelo câncer metastático. Uma sub-análise do *European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer* (ERSPC) de 2012 revelou que o rastreio diminuía o risco de desenvolver metástases em 30%.⁷

Este estudo continua em curso, pelo que se especula que se acentuem as diferenças não só na qualidade de vida, mas também na mortalidade específica da doença. Posto isto, pensa-se que se este doente tivesse sido devidamente investigado em 2009, quando o PSA era de 7ng/mL, o câncer ainda estaria confinado ao órgão e a morbidade atual não se verificava.

Conclusão

Neste caso, afiguram-se dois protagonistas: um doente difícil que, motivado por resultados clínicos e analíticos anteriores, acredita ter uma doença grave; e um médico que, desconhecendo esses resultados, identifica uma dificuldade empática que entende resultar do temperamento do doente e da doença controversa que é o câncer prostático.

A participação no grupo Balint provou que pequenas mudanças na estratégia comunicacional podem fazer diferença na relação com o doente e, através desta, na abordagem da doença. A evidência quanto ao custo-efetividade do rastreio do câncer prostático persiste e o mesmo deverá ser decidido de forma partilhada, informada e adaptada às expectativas do doente.

A evidência quanto ao custo-efetividade da investigação prévia a um tratamento empírico em doentes sintomáticos, deverá ser, também, analisada caso a caso e está dependente de uma anamnese completa e um exame físico dirigido. Na opinião do autor, prevenção quaternária sim, mas adaptada às características biopsicossociais do homem que se senta à nossa frente.

Referências

1. Barreira JF, Moreira AC, Silva MI, Pinto N. Prevenção do cancro da próstata: o dilema do “excesso” ou do “defeito”. *Patient Care*. 2016;21(225):21-4. Disponível em: <http://www.admedic.pt/arquivo/o-papel-do-medico-de-familia-na-abordagem-do-tremor-no-adulto.html>
2. Santos JA. Rastreio do cancro prostático: o actual paradigma da medicina centrada na pessoa. *Rev Port Med Geral Fam*. 2014;30(2):122-8. [acesso 2018 Fev 19]. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/11286>
3. Baptista S. A empatia na intersubjectividade da relação clínica. *Rev Port Clin Geral*. 2012;28(3):224-6. [acesso 2018 Fev 19]. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10944>
4. Silva PR. A comunicação na prática médica: seu papel como componente terapêutico. *Rev Port Clin Geral*. 2008;24(4):505-12. [acesso 2018 Fev 19]. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10531>
5. Brandão J. Relação médico-doente: sua complexidade e papel dos grupos Balint. *Rev Port Clin Geral*. 2007;23(6):733-44. [acesso 2018 Fev 19]. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10430>
6. Melo M. A prevenção quaternária contra os excessos da Medicina. *Rev Port Clin Geral*. 2007;23(3):289-93. [acesso 2018 Fev 19]. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10361>
7. Schröder FH, Hugosson J, Carlsson S, Tammela T, Määttänen L, Auvinen A, et al. Screening for prostate cancer decreases the risk of developing metastatic disease: findings from the European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC). *Eur Urol*. 2012;62(5):745-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2012.05.068>

USF Ars Medica - ACES Loures Odivelas. Lisboa, Portugal. cristina.ds88@gmail.com
(Autora correspondente)

Intervenção na prevenção e controle de câncer de colo uterino e mama numa unidade básica de saúde do nordeste do Brasil

Intervention on cervical and breast cancer prevention and control in a basic health unit in the northeast of Brazil

Intervención en la prevención y control del cáncer de cuello uterino y mama en una unidad básica de salud del nordeste de Brasil

Luis Sauchay Romero^a, Guilherme Barbosa Shimocomaqui^b, Ana Beatriz Rebêlo Medeiros^c

Resumo

Trata-se de uma experiência realizada na unidade básica de saúde São Miguel II, Miguel Alves, Piauí, com o foco na prevenção e controle dos cânceres de colo de útero e de mama. Foram desenvolvidas ações em quatro eixos: organização e gestão, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica. Após 12 semanas de intervenção, os indicadores de cobertura de atenção do câncer de colo de útero e do câncer de mama aumentaram, respectivamente, para 56,6% e 88,1%. Já em relação aos indicadores de qualidade, 73,3% obtiveram amostras satisfatórias do exame colpocitológico de colo de útero, 73,3% e 23% mantiveram os registros adequados, respectivamente, das colpocitologias e das mamografias em registros específicos, 97,7% das mulheres entre 25 e 64 anos foram avaliadas sobre sinais de alerta para câncer de colo e 98% das mulheres entre 50 e 69 anos foram avaliadas sobre risco para câncer de mama.

Abstract

This work is on an experience developed in the Sao Miguel II health unit, in Miguel Alves, state of Piaui, addressing the prevention and control of cervical and breast cancer. Actions were developed in four processes: organization and management, monitoring and assessment, public engagement and practical clinic qualification. After 12 weeks of intervention, coverage indicators of attention on cervical and breast cancer increased to 56.6% and 88.1%, respectively. With respect to the quality indicators, 73.3% of satisfactory samples of pap smears were obtained, 73.3% of pap smears and 23% of mammographies were adequately registered in specific records, 97.7% of women aged between 25 and 64 were assessed on warning signs of cervical cancer and 98% of women aged between 50 and 69 were assessed on breast cancer risk.

Resumen

Se presenta una experiencia realizada en la unidad de salud São Miguel II, en Miguel Alves, Piauí, enfocada a la prevención y control de los cánceres de cuello uterino y mama. Se desarrolló en cuatro ejes temáticos: organización y gestión, seguimiento y evaluación, compromiso público y calificación de la práctica clínica. Después de 12 semanas de intervención, los indicadores de cobertura de atención al cáncer de cuello uterino y al cáncer de mama aumentaron para 56,6% y 88,1%, respectivamente. Ya en relación a los indicadores de calidad, 73,3% obtuvieron las muestras satisfactorias del examen de Papanicolau, 73,3% y 23% mantuvieron los registros adecuados, respectivamente, de las citologías cervicovaginales y de las mamografías en registros específicos, así como 97,7% de las mujeres entre 25 y 64 años fueron evaluadas sobre los señales de alerta para el cáncer de cuello uterino y 98% de las mujeres entre 50 y 69 años fueron evaluadas sobre el riesgo para el cáncer de mama.

Como citar: Romero LS, Shimocomaqui GB, Medeiros ABR. Intervenção na prevenção e controle de câncer de colo uterino e mama numa unidade básica de saúde do nordeste do Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-9. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1356](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1356)

Palavras-chave:

Atenção Primária à Saúde
Saúde da Mulher
Programas de Rastreamento
Neoplasias do Colo do Útero
Neoplasias da Mama

Keywords:

Primary Health Care
Women's Health
Mass Screening
Uterine Cervical Neoplasms
Breast Neoplasms

Palabras clave:

Atención Primaria de Salud
Salud de la Mujer
Tamizaje Masivo
Neoplasias del Cuello Uterino
Neoplasias de La Mama

Fonte de financiamento:

declaram não haver.

Parecer CEP:

OF. 15/12 (UFPel), aprovado em 08/03/2012.

Conflito de interesses:

declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:

revisado por pares.

Recebido em: 18/07/2016.

Aprovado em: 16/08/2017.

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta os cânceres de colo uterino e mama como os tipos mais frequentes na mulher no mundo e no Brasil.¹ O Instituto Nacional do Câncer (INCA) “José Alencar Gomes da Silva” estima que haverá 596.070 novos casos de câncer no Brasil no ano 2016, sendo os de pele, próstata e mama os mais incidentes.

Entre os homens, são esperados 295.200 novos casos e, entre as mulheres, 300.870. Entre as mulheres, as maiores incidências serão o câncer de mama (57.960), cólon e reto (17.620), colo do útero (16.340), pulmão (10.860), estômago (7.600), corpo do útero (6.950), ovário (6.150), glândula tireoide (5.870) e linfoma não Hodgkin (5.030).² Desse modo, 11.190 novos casos de câncer de mama e 5.630 de câncer de colo de útero serão diagnosticados na região Nordeste do país, sendo que 580 de mama e 410 de colo de útero no estado de Piauí (PI).²

Estudos indicam aumento da sua incidência tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento;³ assim, o câncer de colo de útero é o terceiro tumor mais frequente na população feminina, atrás do câncer de mama e do colorretal, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil.¹ A causa principal desse último tipo é a infecção persistente por alguns tipos do Papilomavírus Humano (HPV), chamados também vírus oncogênicos. A infecção genital por este vírus é muito frequente e não causa doença na maioria das vezes.⁴

A Atenção Primária é o primeiro contato com o sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população ao longo do tempo. É desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas,⁵ que se justifica e propicia a implementação de estratégias efetivas de controle no nível comunitário orientadas à prevenção primária dessas doenças.

Assim, considerando a elevada morbimortalidade por câncer de mama e colo de útero, bem como as grandes possibilidades de promoção, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento na atenção básica, o presente relato de experiência apresenta como objetivo melhorar a cobertura e a qualidade da atenção do programa de controle do câncer de colo de útero e de mama na área de abrangência da unidade básica de saúde São Miguel II, em Miguel Alves-PI.

Relato da experiência

O presente estudo faz parte do trabalho de conclusão de curso de especialização em saúde da família (maio 2015-abril 2016) de um profissional estrangeiro do Programa Mais Médico para o Brasil, na modalidade educação a distância (EaD), da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), em parceria com a UNASUS, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa dessa mesma instituição.

A experiência que será relatada consiste em uma intervenção desenvolvida por 12 semanas na área de abrangência da equipe de atenção básica (EAB) da Unidade Básica de Saúde (UBS) São Miguel II, por meio de ações de organização e gestão do serviço, engajamento público, qualificação da prática clínica e monitoramento e avaliação com o foco na prevenção e controle do câncer de colo de útero e de mama.

O município de Miguel Alves-PI, onde a UBS está localizada, possui uma população de 32.289,⁶ sendo que 47% é do sexo feminino. A UBS se encontra localizada dentro do bairro São Miguel, na parte sul de

Miguel Alves-PI (aproximadamente 110 km de Teresina, capital do estado), fundado como Vila em 24 de maio de 1912 com o nome em homenagem a seu fundador. Hoje com uma extensão territorial de 1.393,714 km², tem 67% da população morando na zona rural.⁶ O SUS local compõe-se de 16 estabelecimentos de saúde administrados pela Prefeitura Municipal.

O foco da intervenção foi definido não apenas devido à verificação da baixa cobertura de atenção ao câncer de colo de útero (16%) das mulheres entre 25 a 64 anos e ao câncer de mama (3%) das mulheres de 50 a 69 anos, mas também por causa da não utilização de protocolos nacionais e as dificuldades da EAB quanto ao seu processo de trabalho.

No momento da intervenção, o número total da população cadastrada na UBS era de 2.641, sendo 1.264 do sexo feminino.⁷ Destas, 636 e 238, respectivamente, são mulheres com idades entre 25 e 64 anos e 50 e 69 anos.

Para nortear e sustentar cientificamente a intervenção, utilizaram-se como referências os seguintes protocolos: Caderno da Atenção Básica Nº 13 - Controle dos cânceres do colo de útero e de mama do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (2 edição, 2013), Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero (INCA, 2011) e Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama (INCA, 2011).

Também foram utilizadas a planilha de objetivos (6), metas (13), indicadores (13) e ações para a elaboração e análise das ações da intervenção, assim como a planilha de coleta de dados (PCD) eletrônica e impressa para registro, armazenamento, monitoramento e avaliação da informação obtida de cada usuária. Essas planilhas que foram elaboradas e fornecidas pela UFPel.

Com o objetivo geral de melhorar a prevenção e o controle dos cânceres de colo de útero e de mama das mulheres residentes na área de abrangência da UBS São Miguel II, durante as 12 semanas de intervenção, foram estabelecidas metas de cobertura e de qualidade da atenção.

Quanto às primeiras, foram definidas em 50% as metas de cobertura da atenção ao câncer de colo de útero e de mama. Os critérios utilizados para essa definição basearam-se de acordo com as condições estruturais da unidade de saúde, a viabilidade, bem como o processo de trabalho da equipe. Já em relação às metas de qualidade, estas foram definidas em 100%, considerando o princípio da integralidade da atenção.

Entre as metas de qualidade estabelecidas, encontram-se: obter 100% de coleta de amostras satisfatórias dos exames colpocitológicos; identificar 100% das mulheres com exame colpocitológico e mamografia alterados que não retornaram para conhecer o resultado; registrar 100% das mulheres atendidas; avaliar os sinais de alerta do câncer de colo de útero e de mama e orientar sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para o câncer de colo de útero e de mama em 100% das mulheres atendidas. Todos esses objetivos e metas garantiram mapear as mulheres de risco nesses tipos de cânceres, e apoiar as atividades de promoção de saúde na área de abrangência.

De acordo com o projeto pedagógico do curso de especialização, e considerando os objetivos definidos previamente, planejaram-se o desenvolvimento de ações que englobaram quatro eixos temáticos básicos, avaliadores da qualidade da intervenção, e, por conseguinte, também do serviço da equipe no sentido da prevenção e o controle de ambos cânceres: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica (Quadro 1).

Quadro 1. Ações desenvolvidas na intervenção, segundo eixos temáticos.

Eixo temático	Ações	Controle/Profissional responsável
Organização e gestão do serviço	1. Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática.	Primeira semana/Médico
	2. Obtenção por meio do gestor de preservativos para distribuição na UBS.	Primeiras 4 semanas/Enfermeira
	3. Divulgação na UBS de quadros e folders sobre prevenção de câncer de mama.	Primeiras 4 semanas/Técnica de enfermagem
	4. Acolhimento das usuárias de 25 a 69 anos de idade que demandem o serviço de prevenção.	Permanente/EAB
	5. Cadastramento em planilha de coleta de dados.	Permanente/Médico
	6. Recebimento e registro dos resultados colpocitológico e mamografia.	Permanente/Técnica de Enfermagem
	7. Leitura individual dos resultados dos exames.	Permanente/Médico-Enfermeira
	8. Encaminhamento ao nível secundário de atenção dos casos com resultados positivos.	Permanente/Médico
	9. Elaboração de lista das usuárias faltosas.	Permanente/Médico-Enfermeira
Monitoramento e avaliação	10. Verificação da adequabilidade das amostras colpocitológicas e mamografias.	Permanente/Médico-Enfermeira
	11. Avaliação individual dos resultados dos exames.	Permanente/Médico-Enfermeira
	12. Identificação das mulheres com maior risco de câncer.	Permanente/Médico-Enfermeira
	13. Monitoramento da cobertura de detecção precoce de câncer, dos resultados de todos os exames e do cumprimento e periodicidade.	Semana 4 e 12/Médico-Enfermeira
	14. Monitoramento da avaliação de risco e do número de usuárias que receberam orientações.	Semana 4 e 12/Médico-Enfermeira
	15. Monitoramento dos registros de todas as usuárias acompanhadas na UBS.	Semana 12/Médico-Enfermeira
	16. Monitoramento das usuárias faltosas.	A cada 4 semanas/Médico-Enfermeira
17. Monitoramento dos casos de prevenção de câncer de colo e câncer de mama.	A cada 2 semanas/Médico-Enfermeira	
Engajamento público	18. Esclarecimento e informação na comunidade sobre a importância da realização, periodicidade, tempo de retorno e busca dos resultados colpocitológicos e da mamografia	Permanente/ACS-resto da EAB
	19. Esclarecimento e informação na comunidade sobre fatores de risco para câncer de colo de útero e de mama.	Permanente/ACS-resto da EAB
	20. Esclarecimento e informação na comunidade sobre seu direito de manutenção dos registros de saúde no serviço, inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via de opinião médica, se necessário.	Permanente/ACS-resto da EAB
	21. Orientações à população sobre os sinais de alerta de câncer de colo de útero e de mama e incentivo ao uso de preservativos.	Permanente/ACS-resto da EAB
	22. Compartilhamento sobre a qualidade dos exames coletados e das condutas esperadas para que possam exercer o controle social.	Permanente/EAB
	23. Valorizar as sugestões da comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das mulheres.	Permanente/ACS-resto da EAB
Qualificação da prática clínica	24. Capacitação dos profissionais da equipe sobre o programa de prevenção, fatores de risco, diagnóstico, tratamento e controle de câncer de colo de útero e mama.	Primeira semana/Médico
	25. Capacitação dos profissionais da equipe sobre acolhimento.	Primeira semana/ Médico
	26. Capacitação e treinamento dos profissionais da equipe sobre o sistema de registros.	Primeira semana/ Médico
	27. Disponibilizar protocolo técnico atualizado para consulta sobre o manejo dos resultados dos exames.	Primeira semana/Médico-Gestor

ACS: agentes comunitários de saúde; EAB: equipe de atenção básica; UBS: unidade básica de saúde.

É importante destacar que foram desenvolvidos momentos de educação permanente com a equipe antes de iniciar a intervenção, incorporando conhecimento atualizado do funcionamento dos programas de prevenção precoce, contribuindo com melhores resultados no trabalho comunitário dos agentes comunitários de saúde (ACS) da equipe de atenção básica e no acolhimento das usuárias.

Os momentos de educação permanente e a disponibilidade digital e impressa dos protocolos técnicos qualificou a prática clínica dos profissionais, além de possibilitar a reorganização do processo de trabalho e ampliou o escopo de ação, passos decisivos no avanço na integralidade da atenção na busca da qualidade, baseados nos princípios e diretrizes da Atenção Primária e do SUS.

Considerando que na UBS havia 636 mulheres com idades entre 25-64 anos, e que foi estabelecida uma meta de cobertura de atenção ao câncer de colo de útero de 50%, o indicador de cobertura da atenção ao câncer de colo de útero atingido foi de 56,6%, uma vez que, no final intervenção, 90 mulheres nessa faixa etária foram atendidas, das 159 projetadas nas 12 semanas de intervenção.

Já em relação ao indicador de cobertura de atenção ao câncer de mama, ao final da intervenção foi atingido 88,1%, uma vez que na UBS havia 238 mulheres com idades entre 50-69 anos, e que foi estabelecida uma meta de cobertura também de 50%, sendo que no final da intervenção 52 mulheres dessa faixa etária foram atendidas, das também 59 projetadas nas 12 semanas de intervenção.

Apenas 23% (12) dessas mulheres realizaram mamografias em dia no final da intervenção, porcentagem extremamente baixa, devido ao déficit de agendamentos na Secretaria Municipal de Saúde para a realização do exame em Teresina, onde três mamógrafos nas instituições que prestam serviço ao município estavam quebrados desde o mês anterior do início da intervenção, mantendo-se sem solução técnica até depois do encerramento.

Ademais, fatores econômicos também influenciaram de maneira significativa nesse resultado, pois era necessário efetuar o pagamento do serviço pela realização das mamografias. Este processo, informado e debatido oportunamente com o gestor, provocou dias de espera por agendamento e inúmeras idas e vindas das usuárias à Secretaria de Saúde pela procura do agendamento.

A porcentagem de mulheres atendidas com amostras satisfatórias do exame colpocitológico foi de 73,3%. Não foi possível alcançar essa meta devido ao fato de que até o final da intervenção os resultados finais dos exames colpocitológicos de 24 mulheres não tinham sido emitidos. Durante a intervenção, não houve mulheres com exames colpocitológicos alterados, assim, não foi necessário realizar a busca ativa.

Os indicadores relacionados aos registros adequados dos resultados dos exames colpocitológicos atingiram 73,3% (66) das mulheres, levando-se em consideração apenas aquelas mulheres com exames e resultados completos, descartando-se as 24 mencionadas anteriormente pelo mesmo motivo.

As pesquisas de sinais de alertas para o câncer de colo de útero atingiram 97,7% (88) das mulheres. Esse mesmo resultado também foi alcançado para os indicadores de qualidade relacionados com a orientação sobre DST e fatores de riscos para o câncer de colo de útero. Apenas dois casos não foram pesquisados nem orientados devido à falha no atendimento da equipe ao começo da intervenção.

Quanto aos registros adequados nos prontuários dos resultados das mamografias, de acordo com o *Breast Image Reporting and Data System* (BI-RADS), também são proporcionalmente baixos, devido aos fatores externos anteriormente mencionados, sendo igualmente de 12 casos. A avaliação do risco para o câncer de mama, as orientações sobre DST e fatores de riscos para este câncer tiveram resultados similares, sendo que 98% (51) delas, não sendo erradamente avaliada 1 só usuária, considerado como pouco significativo, quase atingindo a meta projetada.

De maneira geral, embora sem atingir os resultados desejados, e visando abranger ao longo do ano um maior número de usuárias que não acessaram o atendimento, a intervenção proporcionou o aumento significativo da cobertura direcionada ao diagnóstico precoce dessas doenças, melhoria dos registros e qualificação da atenção. Indicadores específicos como exame de mamografia em dia, amostras satisfatórias de citologia e registro adequado de colpocitologia e mamografia que mostraram resultados mais baixos dependiam do retorno dos resultados das provas, fato que limitou o alcance.

Outras situações ou fatores interferentes internos foram a falta de comunicação de trabalho entre os membros da equipe no início da intervenção e as poucas atividades coletivas que se realizaram pela equipe na UBS. Apenas três ações de educação em saúde foram desenvolvidas durante os três meses de intervenção.

Entre as situações ou fatores externos que também interferiram negativamente, destacam-se a demora pelo gestor na entrega dos quadros e *folders* para divulgação das ações, a entrega dos preservativos para distribuição, a suspensão pelo gestor da ACS responsável pela maior microárea de abrangência da EAB a partir da terceira semana de desenvolvimento da intervenção, assim como também os ACS ficaram afastados durante duas semanas atuando no município no combate ao mosquito *Aedes aegypti* e na campanha de vacinação contra a raiva animal.

Além disso, observou-se um elevado intervalo de tempo (mais de 30 dias) para a obtenção dos resultados das colpocitologias com amostras tomadas, prolongando o tempo de espera das usuárias e fazendo-as voltarem à UBS várias vezes para conhecer os resultados.

Embora não tenha sido particularmente orientado no curso, focados na análise estratégica e elaboração do projeto de intervenção, aplicaram-se os princípios da análise DAFO, em função de identificar os principais problemas, limitações, dificuldades, fatores ou elementos negativos internos e externos. Esses elementos negativos internos mostraram as fragilidades da EAB na área escolhida. Também se identificaram fatores ou elementos positivos internos e externos (Quadro 2).

Conclusão

O processo de gestão para reduzir o risco de câncer de colo uterino e mama na área de abrangência da EAB da UBS São Miguel II se desenvolveu paralelamente aos princípios da atenção primária de saúde, que são inteiramente compatíveis.

Durante esse alinhamento e integração de ações concretas em função de fortalecer o processo da prevenção primária, a equipe estreitou ainda mais as relações com o gestor, a quem foi apresentado um relatório expondo os elementos considerados pendentes, expressados como negativos não apenas para a UBS, mas também para o sistema de saúde local.

Quadro 2. Fatores internos e externos, limitadores e favorecedores no desenvolvimento do programa de prevenção e controle dos cânceres de colo de útero e mama na UBS São Miguel II.

Aspecto	Descrição
Debilidades (Fatores negativos internos da EAB que limitaram o desenvolvimento do programa de prevenção e controle na UBS)	<ul style="list-style-type: none"> • Atualização insuficiente da EAB sobre os protocolos de manejo, diagnóstico, tratamento e controle do câncer de colo de útero e mama. • Capacidade e interação de trabalho da EAB insuficientemente focada no programa de prevenção e controle do câncer de colo de útero e mama. • Sistemas de registro de informação insuficiente. • Falta de monitoramento periódico do programa de prevenção e controle dos cânceres de colo de útero e mama. • Falta de planejamento e de realização de atividades educativas dirigidas à prevenção do câncer de colo de útero e mama. • Falta de propagandas em folders e quadros educativos na UBS relacionados à prevenção do câncer de colo de útero e mama. • Ausência temporal de algum membro da equipe. • Perda de resultados de colpocitologias e mamografias.
Ameaças (Fatores negativos externos à EAB que limitaram o desenvolvimento do programa de prevenção e controle na UBS)	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit temporal de alguns dos materiais para a realização das provas de colpocitologia. • Déficit temporal de modelos de requisições. • Impossibilidade ou demora no agendamento da consulta em Teresina (110 km de Miguel Alves) para realização da mamografia ou para levar as amostras de exames citológicos. • Pobreza e baixo nível de escolaridade da população alvo. • *Bairros Centro e Coheb afastados de 1,5 a 2 km da UBS, limitando a assistência das usuárias à realização da colpocitologia e mamografia. • *Número indeterminado de usuárias moradoras no bairro Centro que são atendidas pelo plano de saúde e acabam não assistindo à UBS. • *Demora na atenção especializada dos casos de mamografia ou colpocitologia que resultarem positivos. • *Perda de resultados de colpocitologias ou mamografias. • *Não adesão ao tratamento.
Fortalezas (Fatores positivos internos da EAB que favorecem o desenvolvimento do programa de prevenção e controle na UBS)	<ul style="list-style-type: none"> • EAB completa. • EAB sensibilizada. • ACS competentes, com experiência e conhecimento da área de abrangência.
Oportunidades (Fatores positivos externos à EAB que favorecem o desenvolvimento do programa de prevenção e controle na UBS)	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento pelo Ministério da Saúde do câncer entre as principais causas de morbimortalidade no Brasil. • Reconhecimento pela OMS e o Ministério da Saúde do câncer como um problema de saúde. • Existência de uma Política Nacional de Saúde para a redução da morbimortalidade por câncer de colo de útero e mama. • Existência de protocolos e diretrizes do Ministério da Saúde e INCA para a prevenção e controle do câncer de colo de útero e mama. • Potencialização da atenção primária de saúde através do Programa Mais Médico para Brasil. • Desenvolvimento do curso de Especialização em Saúde da Família - UNASUS/UFPel (modalidade EaD) da UFPel.

ACS: agentes comunitários de saúde; EAB: equipe de atenção básica; INCA: Instituto Nacional do Câncer; OMS: Organização Mundial da Saúde; UBS: unidade básica de saúde; UFPel: Universidade Federal de Pelotas; * Fatores identificados durante a implementação da intervenção.

As relações interpessoais e de trabalho da equipe igualmente se estreitaram, integraram-se às funções dos profissionais e agregaram-se às ações da intervenção à rotina de trabalho do serviço, priorizando na prática aquelas que ajudam a continuar ampliando com qualidade a cobertura e atenção. Da mesma maneira, fortaleceu o compromisso e engajamento público, aprendeu-se ainda mais a escutar, discutir em coletivo, pensar, refletir em equipe e definir pontos de vistas e perspectivas de trabalho, para alcançar metas e objetivos comuns, em conformidade com as políticas de saúde e necessidades do Brasil.

O impacto também se notou em atividades gerais do serviço tais como: acolhimento, organização e agendamento, controle e monitoramento. O serviço ganhou em qualidade de atenção com as ações de qualificação da prática clínica e na implantação de estratégias de monitoramento e avaliação que se fizeram periodicamente, avançando-se na concretização de avaliações, registros e agendamentos, reajustando as condutas nas consultas médicas e de enfermagem com novos arranjos de trabalho, assim como viabilizando a otimização da agenda para a atenção a demanda espontânea.

O trabalho comunitário dos ACS foi outro elemento que ficou fortalecido ao se estabelecer métodos e objetivos de trabalho mais intencionalmente direcionados, permitindo mapear as mulheres de maior risco, e ao mesmo tempo ensinar e compartilhar com os seus membros múltiplas informações sobre o foco da intervenção.

A combinação desses aspectos na comunidade e a ampliação do seu conhecimento sobre periodicidade, sistematicidade, tempo de retorno para busca dos resultados colpocitológicos e da mamografia, fatores de risco, sinais de alerta e sobre seu direito de manutenção dos registros de saúde no serviço, inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via de opinião médica se necessário, facilitaram o exercício de controle social das usuárias atingidas.

Isso demonstrou a ampliação da conscientização e valorização das mulheres da área de abrangência, respeito aos seus problemas de saúde, o que pouco a pouco iria-se reproduzir entre elas como o efeito da bola de neve, potencializado pela estabilidade e orientação da EAB.

A intervenção como parte do curso de especialização também constituiu uma grande experiência no tipo de aprendizado para o autor principal deste trabalho, particularmente pelo formato de ensino a distância. Os momentos de qualificação da prática clínica e engajamento público recebido por meio do desenvolvimento do curso, impulsionou o conhecimento sobre o SUS, necessário para desenvolver um melhor trabalho nele, e também ampliou os conhecimentos na área da prática da medicina de família e comunidade no Brasil.

Finalmente, em relação aos resultados concretos deste trabalho, a EAB enxergou novas e atualizadas perspectivas de trabalho, pretendendo de antemão viabilizar os seus esforços em direção ao desenvolvimento de ações programáticas nos programas de atenção ao pré-natal e puerpério, saúde da criança, atenção ao idoso, hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Referências

1. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. INCA e Ministério da Saúde apresentam estimativas de câncer para 2014. Rio de Janeiro: INCA; 2014. [acesso 2016 Jul 5]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2013/inca_ministerio_saude_apresentam_estimativas_cancer_2014
2. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.

3. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Tipos de câncer: Mama. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. [acesso 2016 Jul 5]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>
4. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Tipos de câncer: Colo de útero. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. [acesso 2016 Jul 5]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio
5. Portal da saúde SUS. Tipos de câncer: PNAB - Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Departamento de Atenção Básica. [acesso 2016 Jul 5]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>
6. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Internet]. Piauí. Miguel Alves; [acesso 2016 Jul 5]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/pi/miguel-alves/panorama>
7. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Piauí. Miguel Alves 2016. [Internet]. [acesso 2016 Jul 5]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=220620&idtema=16&search=Ils%EDntese-das-informa%E7%F5es>

^a Programa Mais Médicos para o Brasil; Equipe de Atenção Básica São Miguel II. Miguel Alves, PI, Brasil. lusaurom@gmail.com

^b Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). São Leopoldo, RS, Brasil. g.shimocomaqui@gmail.com (*Autor correspondente*)

^c Equipe de Atenção Básica São Miguel II. Miguel Alves, PI, Brasil. anabeatriz6996@gmail.com

Teleconsulta: nova fronteira da interação entre médicos e pacientes

Teleconsultation: new frontier of the interaction between doctors and patients

Teleconsulta: nueva frontera de la interacción entre médicos y pacientes

Carlos André Aita Schmitz^a, Marcelo Rodrigues Gonçalves^a, Roberto Nunes Umpierre^a, Ana Célia da Silva Siqueira^b, Otávio Pereira D'Ávila^b, Cynthia Goulart Molina Bastos^b, Rafael Gustavo Dal Moro^b, Natan Katz^b, Erno Harzheim^a

Resumo

A teleconsulta, uma ação de telessaúde, apesar de ser regulamentada em vários países, ainda não é permitida no Brasil. O presente texto explora a situação da teleconsulta na América do Norte, na Europa e em outros países, fazendo um paralelo com a situação nacional dentro da medicina e de outras profissões da saúde. Ao final, por meio do referencial utilizado, é construída uma argumentação de forma a assumir um posicionamento favorável à regulamentação da teleconsulta no país.

Abstract

Teleconsultation, a telehealth action, although regulated in several countries, is still not allowed in Brazil. This text explores the topic of teleconsultation in North America, Europe and other countries, parallel to the national reality in medicine and other health professions. Finally, from the theoretical framework analyzed, an argument is built to assume a favorable position to the regulation of teleconsultation in the country.

Resumen

La teleconsulta, una acción de telesalud, a pesar de ser regulada en varios países, todavía no es permitida en Brasil. El presente texto explora el tema de la teleconsulta en América del Norte, en Europa y en otros países, haciendo un paralelo con la realidad nacional en la medicina y otras profesiones de la salud. Finalmente, a partir del marco teórico analizado, se construye una argumentación para asumir un posicionamiento favorable a la regulación de la teleconsulta en el país.

Palavras-chave:

Telemedicina
Ética Clínica
Consulta Remota
Brasil

Keywords:

Telemedicine
Ethics, Clinical
Remote Consultation
Brazil

Palabras clave:

Telemedicina
Ética Clínica
Consulta Remota
Brasil

Como citar: Schmitz CAA, Gonçalves MR, Umpierre RN, Siqueira ACS, D'Ávila OP, Bastos CGM, et al. Teleconsulta: nova fronteira da interação entre médicos e pacientes. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-7. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1540](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1540)

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
não se aplica.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.

Recebido em: 30/05/2017.

Aprovado em: 17/11/2017.

Introdução

As ações de telessaúde podem ser entendidas como uma interação a distância mediada por Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs), entre pessoas e/ou equipamentos, de forma síncrona ou assíncrona e com finalidade assistencial ou educacional, conforme ilustrado no Quadro 1.¹⁻³

Quadro 1. Lista de ações em telessaúde, por tipo de interação, modalidade e sincronicidade. TelessaúdeRS/UFRGS, Porto Alegre, 2015.

Ação de telessaúde	Interação a distância mediada por TIC entre		Modalidade	Sincronicidade
Teleconsulta	profissional de saúde	paciente	assistencial	síncrona/assíncrona
Teleconsultoria	profissional de saúde	profissional de saúde	assistencial	síncrona/assíncrona
Telediagnóstico	equipamento de coleta	profissional de saúde	assistencial	assíncrona/síncrona
Telecirurgia	profissional de saúde	equipamento robótico de cirurgia	assistencial	síncrona
Telemonitoramento	sensor de coleta	dispositivo de monitoramento e armazenamento	assistencial	síncrona/assíncrona
Teleducação	profissional(is) de saúde	profissional(is) de saúde	educacional	síncrona/assíncrona
Teleducação	profissional(is) de saúde	Objeto de Aprendizagem - AO	educacional	assíncrona
Teleducação	profissional de saúde	Segunda Opinião Formativa - SOF	educacional	assíncrona

A telessaúde insere-se na prática diária, ao menos, de três maneiras: a) como uma nova forma de entregar práticas tradicionais, como no caso da teleconsultoria e da teleducação; b) com caráter substitutivo e aditivo (principalmente em locais antes sem acesso), como no caso do telediagnóstico e da teleconsulta; e c) como um metasserviço que permeia e apoia tanto as ações de saúde como os fluxos de pessoas e informações dentro de um sistema de saúde, por meio do uso combinado das várias ferramentas de telessaúde (por exemplo, no apoio ao complexo regulador).⁴⁻⁷

No que diz respeito à teleconsulta, ela pode ocorrer por serviços seguros de telefonia, videoconferência, *chat*, e-mail, mensagens instantâneas e aplicativos para dispositivos móveis. Dados da atenção primária indicam que 66% dos pacientes telefonam para seus médicos para tranquilização, aconselhamento ou esclarecimento sobre sintomas preocupantes.^{5,8}

Nesse sentido, em 2014 foi realizado um ensaio clínico randomizado por *clusters* e com avaliação econômica de triagem telefônica na atenção primária (o maior até a data da sua publicação), com 21.000 pacientes de 42 clínicas inglesas alocados em três grupos: cuidado usual, triagem telefônica por médico e triagem telefônica por enfermeiro auxiliado por sistema de apoio à decisão. Os resultados mostraram incrementos, no número de atendimentos, de 33% e 48% nos grupos triados por médicos e enfermeiros, respectivamente, mas com custos equivalentes ao grupo de cuidado usual. O aumento do acesso foi atingido sem prejuízo da segurança e da satisfação dos pacientes.⁹

Apesar de sua ubiquidade, a teleconsulta ainda não é permitida no Brasil. O presente texto explora esse fato, fazendo um paralelo com a situação nacional, tanto para a medicina quanto para outras profissões da saúde. Ao final, por meio do referencial utilizado, é construída uma argumentação de forma a assumir um posicionamento favorável à regulamentação da teleconsulta no país.

Teleconsulta na América do Norte

Os EUA estão bastante avançados na discussão da teleconsulta e da telemedicina. Pela legislação aprovada até dezembro de 2015, a questão maior não é sobre permitir a teleconsulta, mas se um médico de um estado pode atuar no mercado de um médico de outro estado:¹⁰

- A maioria dos 50 estados exige registro profissional no estado de exercício a distância e não apenas no estado de origem;
- Apenas três estados adotam regras de reciprocidade de registro e outros nove permitem registro estendido ou condicional;
- Como no Brasil, também ocorre a consulta entre pares (teleconsultoria).

O segundo ponto é a regulamentação da consulta virtual (teleconsulta):

- Dezenove estados a permitem sem restrições;
- Dos demais 31, apenas 3 exigem uma consulta presencial inicial, um exige paridade 1:1 e os outros ao menos um atendimento presencial em algum momento;
- Somente três estados exigem a presença de outro profissional de saúde (médico ou não) junto ao paciente no momento da interação virtual.

Como terceiro ponto, a prescrição por internet geralmente é permitida e regrada em todos os estados, com algumas exceções para medicações de indução ao aborto.¹⁰

O Canadá utiliza a teleconsulta por meio de telefonia ou internet da mesma forma para áreas remotas e rurais como para urbanas.¹¹

Teleconsulta na Europa

Na Europa, 24 dos 28 países membros possuem legislação sobre teleconsulta:⁷

- Dezesete países permitem a teleconsulta, dos quais 3 com restrições (emergências, áreas com carência de médicos, necessidade de primeira consulta presencial), 11 possuem legislação específica e 3 (Finlândia – desde 1997, Noruega e Espanha) consideram as ações de saúde e de telessaúde legalmente equivalentes;
- Três países não permitem a teleconsulta (Alemanha, Eslováquia e Itália);
- Quatro estão em fase de estudo (Áustria, Escócia, Grécia e Polônia).

Teleconsulta em outros países

O México foi o primeiro país da América Latina com investimento em telemedicina e permite a teleconsulta para pacientes que vivem em comunidades rurais a partir de 2001.¹² Na Austrália a teleconsulta é permitida desde 1994 e no Japão foi liberada em 1997.^{13,14}

Teleconsulta no Brasil

A lei 12.551, de 15 de Dezembro de 2011, determina que o trabalho presencial é equivalente ao trabalho a distância e como tal deve ser remunerado. Um dos primeiros posicionamentos do Conselho Federal de Medicina (CFM), a Resolução 1.643/2002, baseou-se na Declaração de Tel Aviv/1999 e considerava a autonomia do médico na decisão de utilizar telemedicina e a possibilidade de assistência sem contato direto com o paciente.

Restrições foram impostas pela primeira vez no Decreto Lei 4.113 de 1942, depois na quarta versão (1965) do Código de Ética Médica (artigo 5, alínea g) e reiteradas pela Resolução CFM 1.931/2009 (Código de Ética Médica, sexta versão), que em seu artigo 37 veda ao médico a prescrição de tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo casos de urgência/emergência, mas com atendimento presencial subsequente obrigatório.

Isso é reforçado pela Resolução CFM 1.974/2011, que veda ao médico a consultoria a pacientes e familiares em substituição à consulta presencial, estendendo a proibição de consulta, diagnóstico e prescrição às redes sociais ou qualquer meio de comunicação em massa ou a distância.

Essa Resolução, no entanto, em seu texto explicativo refere que: "(...) O médico pode, porém, orientar por telefone pacientes que já conheça, aos quais já prestou atendimento presencial, para esclarecer dúvidas em relação a um medicamento prescrito, por exemplo".

Outro atenuante é dado em relação ao diagnóstico, pois a Resolução CFM 2.107/2014 regulamenta e permite a emissão de laudo radiológico a partir de exame coletado a distância, desde que o paciente autorize a transmissão de suas imagens e dados clínicos. Essa resolução serve de paradigma para as demais atividades de telediagnóstico.

Mas o maior avanço ocorre em 2017, com a publicação do parecer CFM 14/2017, que permite o uso do aplicativo WhatsApp® e plataformas similares (protegidas por criptografia de ponta a ponta, com chaves de 256 bits não quebráveis por métodos atuais) para comunicação entre médicos e seus pacientes, bem como entre médicos, para enviar dados e tirar dúvidas, desde que mantido o caráter confidencial. Contudo, permanece vedada a substituição de consultas presenciais pelas virtuais.

Outras profissões

- A Enfermagem permite a execução de prescrição médica a distância somente em casos de urgência ou emergência (Resolução COFEN Nº 0487/2015);
- A Fonoaudiologia permite apoio por avaliação a distância, mas com profissional fonoaudiólogo presente junto ao paciente (Resolução CFFa nº 366/2009);
- A Psicologia apresenta a legislação mais avançada, pois em 2012 regulamentou e detalhou várias modalidades de serviços psicológicos a distância, tanto em caráter clínico quanto de pesquisa (Resolução CFP Nº 011/2012).

Posicionamento

Em 2016, o Conselho Federal de Medicina convidou a sociedade civil organizada para contribuir na reforma do Código de Ética Médica, declarando que os avanços e inovações científicas e tecnológicas convocam para uma reformulação orgânica do referido código. Embora o parecer CFM 14/2017 seja explícito na manutenção da proibição da teleconsulta, há uma abertura para discussão e espera-se que resoluções editadas a partir desse parecer evoluam no assunto.

O TelessaúdeRS-UFRGS, sendo um dos centros de excelência brasileiros em telessaúde, com mais de 100.000 pessoas removidas das filas de espera do SUS pela discussão de casos por telefonia (teleconsultoria), dentre vários resultados da mesma monta em outras ações de telessaúde,¹⁵ posiciona-se favorável ao debate e regulamentação da teleconsulta no país.

Assim como EUA e Canadá, o Brasil é um país de proporções continentais, com grandes heterogeneidades e lacunas no que diz respeito à concentração de serviços de saúde e de profissionais médicos. Um dos grandes trunfos da telessaúde é a ampliação e facilitação do acesso a serviços de saúde, que, por sua vez, é um atributo essencial para o bom funcionamento de um sistema de saúde. Trabalhos de ecologia do cuidado médico mostram que cerca de 20% da população demanda mensalmente por serviços de saúde próximos à sua residência e que menos de 1% necessita de atendimento hospitalar terciário.¹⁶ Além disso, entre 80% e 90% da demanda ambulatorial são passíveis de remissão espontânea, o que permite a aplicação de condutas conservadoras e expectantes (conceito de demora permitida).¹⁷

A falta de acesso e a heterogeneidade da qualidade do primeiro nível de atenção (Atenção Primária à Saúde – APS) leva à sobrecarga dos níveis secundário (assistência especializada) e terciário (assistência hospitalar). No Brasil, as internações por causas sensíveis à APS são responsáveis por um terço das internações públicas e representaram 17,4% do custo anual com internações hospitalares no Sistema Único de Saúde em 2013 (1,97 bilhão de reais).¹⁸ Portanto, barreiras de acesso têm altos custos financeiros para os sistemas de saúde e grande impacto na morbimortalidade e na qualidade de vida da população. Da mesma forma, o acesso aos serviços de telessaúde impacta na qualidade dos serviços prestados, visto que as orientações fornecidas são baseadas nas melhores evidências científicas e adaptadas à realidade do SUS. Levando em conta a saúde suplementar, o acesso a serviços de saúde em tempo hábil é mandatório para minimizar a sinistralidade.

Quanto às limitações impostas pela avaliação não presencial, a clínica sempre será soberana. Médicos devem estar habilitados para prover cuidado com todos os recursos disponíveis no momento em que uma pessoa demanda por atendimento. Seja em um hospital terciário com alta densidade tecnológica, seja num posto de saúde com poucos recursos, no domicílio do paciente ou em qualquer via pública, seja a distância e mediado por tecnologia.

Os recursos disponíveis ao profissional determinam o leque de possibilidades diagnósticas e terapêuticas a ser utilizado e oferecido pelo mesmo. No que concerne à teleconsulta, médicos são treinados e possuem experiência para tomar essa decisão e assumir a responsabilidade pelo atendimento prestado. Isso é bastante claro em países como a Finlândia, onde a legislação que rege a telemedicina é a mesma que rege a medicina e onde é gerado responsabilização pelo não atendimento em tempo hábil, seja ele presencial ou a distância.

Dentre as vantagens da telessaúde está a segurança para o paciente. Dados eletrônicos, armazenados e distribuídos dentro das normas de segurança e interoperabilidade já definidas para o país possuem um grau de privacidade muito maior do que prontuários físicos, ao que se somam as largas possibilidades de auditoria em relação aos acessos.^{19,20} Além disso, estudos nacionais mostram cerca de 90% de consentimento dos usuários, após esclarecimento, para o compartilhamento de seus dados entre os profissionais que os atendem.²¹

A regulamentação da teleconsulta no Brasil também é uma necessidade para os médicos. Tirar esse procedimento da informalidade permitirá a justa valorização financeira pelo tempo dispendido aos pacientes fora da consulta presencial e possibilitará vários arranjos de otimização de tempo e de custos, com vantagens para médicos e pacientes, como hoje já é possível para psicólogos e seus pacientes.

É fundamental que a sociedade e a categoria médica entendam que a teleconsulta é só mais um formato de prestação de serviços, e provavelmente, para algumas das especialidades médicas, a principal forma de trabalho em um futuro próximo (como já acontece com a radiologia).

Por fim, com o aumento do acesso, ampliam-se as possibilidades de seleção e de direito de escolha do paciente por profissionais médicos habilitados, ao mesmo tempo em que é gerado ganho de qualidade e redução de custos pelo aumento de escala.

Referências

1. Bashshur RL, Shannon GW, Smith BR, Alverson DC, Antoniotti N, Barsan WG, et al. The empirical foundations of telemedicine interventions for chronic disease management. *Telemed J E Health*. 2014;20(9):769-800. DOI: <http://dx.doi.org/10.1089/tmj.2014.9981>
2. World Health Organization - WHO. *Telemedicine: opportunities and developments in member states*. Geneva: WHO; 2010.
3. Sood S, Mbarika V, Jugoo S, Dookhy R, Doarn CR, Prakash N, et al. What is telemedicine? A collection of 104 peer-reviewed perspectives and theoretical underpinnings. *Telemed J E Health*. 2007;13(5):573-90. DOI: <http://dx.doi.org/10.1089/tmj.2006.0073>
4. Brasil. Ministério da Saúde. *Manual de Telessaúde para Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
5. Montgomery A, Hunter D, Blair E, Hendricksen M. *Telemedicine Today: The State of Affairs*. 2015. [acesso 2017 Nov 30]. Disponível em: https://altarum.org/sites/default/files/uploaded-publication-files/TELEMEDICINE-State%20of%20Affairs_030615.pdf DOI: <http://dx.doi.org/10.1089/tmj.2015.9997>
6. H.R. 3750 (113th): Telehealth Modernization Act of 2013. To promote the provision of telehealth by establishing a Federal standard for telehealth, and for other purposes. [acesso 2016 Dez 6]. Disponível em: <https://www.govtrack.us/congress/bills/113/hr3750>
7. European Commission. *Competitive and Innovation Programme. UNiversal Solutions in Telemedicine Deployment for European HEALTH care (Grant Agreement No 325215)*. [S.l.]: European Commission; 2013.
8. Darkins AW, Carey MA. *Telemedicine and telehealth: Principles, policies, performance and pitfalls*. New York: Springer; 2000.
9. Campbell JL, Fletcher E, Britten N, Green C, Holt T, Lattimer V, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of telephone triage for managing same-day consultation requests in general practice: a cluster randomised controlled trial comparing general practitioner-led and nurse-led management systems with usual care (the ESTEEM trial). *Health Technol Assess*. 2015;19(13). [acesso 2016 Dez 6]. Disponível em: <https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/hta19130#/abstract>
10. Latoya T, Capistrant G. *State Telemedicine Gaps Analysis: Physician Practice Standards & Licensure*. Washington: American Telemedicine Association; 2014.
11. Care Committee. *Vancouver Division of Family Practice. Telemedicine White Paper*. Vancouver: Vancouver Division of Family Practice; 2014.
12. International Telecommunication Union. *Mejores prácticas de liderazgo, innovación y gestión pública en e-salud: Los casos de Brasil, México y Perú*. Geneva: ITU; 2014. [acesso 2017 Nov 30]. Disponível em: <https://www.itu.int/en/ITU-D/Regional-Presence/Americas/Documents/PBLCTNS/20140331-ehealth-SP.pdf>

13. Mitchell JG. The uneven diffusion of telemedicine services in Australia. *J Telemed Telecare*. 1999;5 Suppl 1:S45-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1258/1357633991932504>
14. Hasegawa T, Murase S. Distribution of telemedicine in Japan. *Telemed J E Health*. 2007;13(6):695-702. DOI: <http://dx.doi.org/10.1089/tmj.2007.0013>
15. TelessaúdeRS-UFRGS. Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS. Telessaúde Transparência; 2017. [acesso 2017 Nov 30]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/transparencia>
16. Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med*. 2001;344(26):2021-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM200106283442611>
17. Kloetzel K. O Diagnóstico Clínico: Estratégia e Táticas. In: Duncan BB, Schmidt MI, Gugliani ERJ, Duncan MS, Giugliani C. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.
18. Souza DK, Peixoto SV. Estudo descritivo da evolução dos gastos com internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária no Brasil, 2000-2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(2):285-94.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.073, de 31 de agosto de 2011. Regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, nos níveis Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar. Brasília: Diário Oficial da União; 2011.
20. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Sociedade Brasileira de Informática em Saúde. Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (S-RES). Certificação 2013. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2013.
21. Becker Sander G, Medeiros Borges M, do Prado Fay JH, Costa D, Cesar Gadelha Vieira A, Buccioli Guernelli M, et al. Health Interoperability into Practice: Results of the Development of a Consent Form in a Pilot Project in a Health District in São Paulo, Brazil. *Stud Health Technol Inform*. 2015;216:1007.

^a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. ycaaos@yahoo.com.br (*Autor correspondente*); marcelo.goncalves@telessauders.ufrgs.br; rumpierre@gmail.com; ernoharz@terra.com.br

^b TelessaúdeRS-UFRGS. Porto Alegre, RS, Brasil. anacia.siqueira@telessauders.ufrgs.br; otavio.davila@telessauders.ufrgs.br; cynthia.bastos@telessauders.ufrgs.br; tsrs-rafael.moro@ufrgs.br; natan.katz@telessauders.ufrgs.br

Repensando acesso, qualificando o cuidado: relato do trabalho em duas equipes de saúde da família

Rethinking access, qualifying care: a report of the work in two family health care teams

Repensar el acceso, mejorar la atención: un informe del trabajo en dos equipos de atención primaria

Carolina Lopes de Lima Reigada^a

Resumo

Em março de 2015, a residência em medicina de família e comunidade foi incorporada a duas equipes de um centro de saúde: uma com população vulnerável e grande rotatividade de médicos, e outra com população principalmente da classe média. Após três meses, percebemos que os profissionais estavam sobrecarregados na maioria dos turnos de atendimento, não tinham horário de almoço e saíram da unidade após o fechamento. Na avaliação 360° pela preceptora, os pacientes aprovavam o atendimento, mas reclamavam do tempo de espera para a consulta. O objetivo foi reavaliar o processo de trabalho e melhorar a satisfação dos pacientes e profissionais. Para tal, levantamos os nós críticos nas agendas diárias e adaptamos a capacidade das agendas às necessidades das populações, e optamos pelo acesso avançado, além de outros acordos entre a equipe para organizar a demanda. Toda a equipe participou do processo de planejamento e incorporação das ações. Logo nas primeiras duas semanas, os profissionais perceberam diminuição na sobrecarga de trabalho. Nossos próximos passos são aumentar participação popular e melhorar vigilância sobre a população, evitando a lei de cuidados inversos.

Abstract

In March 2015, the residence in family medicine was incorporated into two teams at a health center: one which has existed for eight years, attends a vulnerable population and has a high turnover of doctors, and another with a population mostly from middle class. After three months, we observed that professionals were overwhelmed in most service shifts, had no lunch break, and left after closing time. At the 360 review conducted by the preceptor, patients approved the consultations with residents, but complained of the waiting time. Our objective was to re-evaluate the work process and improve the satisfaction of patients and professionals. To this end, we studied each team, determined the key critical nodes in daily schedules, adapted the capacity of the teams to the needs of the populations, and opted for advanced access, in addition to other agreements between the staff to organize and optimize service. The whole team participated in planning and implementing these actions. During the first two weeks, practitioners were able to take their lunch breaks, leaving the center on time, and there was an increase in satisfaction. For our next step, we intend to raise popular participation and avoid the inverse care law by searching actively for patients who do not attend the clinic.

Resumen

En marzo del 2015, la residencia en medicina familiar se ha unido a dos equipos de un centro de salud: uno equipo con una población vulnerable y una alta rotación de médicos, e otro con una población mayoritariamente de la clase media. Después de tres meses, nos dimos cuenta de que los profesionales estaban sobrecargados en la mayoría de los turnos de servicio, sin la hora del almuerzo y dejaban la clínica después del cierre. En la evaluación de 360° por la preceptora, los pacientes aprobaron la atención médica, pero se quejaron del tiempo de espera para la consulta. El objetivo era volver a evaluar el proceso de trabajo y mejorar la satisfacción de los pacientes y de los profesionales. Para ello, analizamos los nodos críticos en los horarios diarios para adaptar la capacidad de los programas a las necesidades de la población, y optamos por el acceso avanzado, además de otros acuerdos entre el personal para organizar la demanda. Todo el equipo participó en la planificación y el proceso de incorporación de acciones. Durante las dos primeras semanas, los médicos se dieron cuenta de la disminución de la carga de trabajo. Nuestros próximos pasos son aumentar la participación popular y mejorar la vigilancia de la población, evitando la ley de atención inversa.

Como citar: Reigada CLL. Repensando acesso, qualificando o cuidado: relato do trabalho em duas equipes de saúde da família. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-7. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1451](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1451)

Palavras-chave:

Estratégia Saúde da Família
Acesso aos Serviços de Saúde
Assistência Integral à Saúde

Keywords:

Family Health Strategy
Health Services Accessibility
Comprehensive Health Care

Palabras clave:

Estrategia de Salud Familiar
Accesibilidad a los
Servicios de Salud
Atención Integral de Salud

Fonte de financiamento:

declaram não haver.

Parecer CEP:

não se aplica.

Conflito de interesses:

declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:

revisado por pares.

Recebido em: 18/01/2017.

Aprovado em: 23/04/2017.

Introdução

Universalidade é uma diretriz do SUS, garantida por Lei, relacionada ao acesso da população aos serviços de saúde. Entretanto, a legalidade de uma proposta não assegura sua implementação.¹

Em 2006, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi consolidada como estratégia para efetivação da atenção primária à saúde (APS).^{2,3} A ESF busca aproximar-se da população, com visão ampliada do processo saúde-doença, provendo assistência efetiva, adaptada às necessidades locais, priorizando a produção compartilhada de saúde.² Para tal, é necessário que os sujeitos tenham acesso facilitado a sua equipe de saúde, decidindo quanto ao momento em que se dará o encontro com os profissionais. Um acesso facilitado é uma das prerrogativas para efetivação de planos terapêuticos centrados no usuário.

Apesar de crucial para a ESF, não há tecnologias organizacionais consolidadas referentes à dimensão do acesso.⁴ A diretriz do acolhimento⁵ ressalta a importância da clínica ampliada e responsabilização da equipe pelo usuário, mas não estabelece metas de atendimento, tempo de espera aceitável para consulta ou formas de avaliação do acesso provido.⁴ Muitas formas de avaliação da qualidade da equipe de saúde da família têm enfoques abrangentes, mas não avaliam detalhadamente o acesso.⁴

Há poucos estudos abordando tempo de espera ou outras facetas do acesso na ESF. De fato, quando avaliado por usuários e profissionais de diferentes regiões brasileiras, é considerado uma fragilidade dos serviços, como em São Luís (MA),⁶ Petrópolis (RJ),⁷ Curitiba (PR),⁸ Porto Alegre (RS),⁹ Goiás e Mato Grosso do Sul,¹⁰ Florianópolis (SC),¹¹ Macaíba (RN)¹² e no próprio Rio de Janeiro (RJ),¹³ seja pelo tempo de espera, horário de funcionamento das unidades ou outros fatores.

Acesso é um conceito polissêmico: pode ser entendido como ato de chegar e ingressar no serviço ou indicar o grau de facilidade para obter cuidados de saúde, de maneira conveniente.^{2,3,14-16} Tais abordagens trazem a perspectiva do usuário como crucial para determinar o momento em que o acesso é realizado, não sendo prerrogativa somente do serviço de saúde.

O Centro de Saúde 1 (nome fictício) foi inaugurado em dezembro de 2014, contando com quatro equipes de saúde da família. Em duas delas, foi incorporada a residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC).

Uma dessas, equipe Azul (nome fictício), existia há oito anos, em outra localidade. Atende a uma população vulnerável e, nos últimos anos, vivenciou alta rotatividade de médicos. A outra, equipe Verde (nome fictício), foi inaugurada em março de 2015, responsabilizando-se sobre uma população principalmente da classe média.

Durante os primeiros meses da residência, foi notória a sobrecarga de trabalho dos profissionais dessas equipes. Além de verbalizar seu cansaço, residentes e enfermeiros não tinham horário de almoço e era comum continuarem atendendo aos pacientes após o horário de fechamento da unidade, principalmente de segunda a quarta-feira. Às quintas e sextas-feiras, alguns horários ficavam ociosos.

Somada a essa insatisfação dos profissionais, a preceptora aplicou uma avaliação 360°¹⁷ ao fim do primeiro trimestre e percebeu que, apesar da unanimidade dos pacientes aprovar o atendimento pelas residentes, todos apontaram o tempo de espera na unidade como ponto negativo, que implicava na satisfação com o serviço.

Por fim, notamos que os mesmos pacientes se repetiam nas consultas ao longo das semanas, com pouca resolutividade no cuidado.

Sendo assim, foi desenvolvida a seguinte intervenção, com o objetivo de reavaliar o processo de trabalho das equipes e aumentar a satisfação de pacientes e profissionais.

Desenvolvimento

A preceptora organizou uma reunião com os profissionais das duas equipes para levantar os principais nós críticos¹⁸ nas agendas de médicos e enfermeiros. Além dos problemas acima, foram apontados: dificuldade em acessar a equipe de saúde perpetua a lei de cuidados inversos¹⁹ e aumenta a chance de que o paciente desenvolva complicações que poderiam ter sido evitadas, ou procure serviços de emergência como porta de entrada no sistema de saúde.

A metodologia utilizada foi *brainstorming*,²⁰ seguida de enumeração por consenso das seguintes demandas que, segundo os profissionais, contribuem para a lotação das agendas: a) solicitação de atestados para atividade física; b) solicitação de liberação para retornar à creche/escola após período de afastamento por atestado médico; c) retorno de pacientes com doenças crônicas não degenerativas para mostrar exames laboratoriais normais. Outro ponto levantado foi a necessidade de maior agilidade para atendimento às gestantes e puérperas.

Para tais problemas, foram propostas as seguintes soluções, imediatamente implementadas: a) oferecer, semanalmente, horário para avaliação e liberação de atestados de saúde; b) pacientes para liberação de retorno à creche/escola, consultas de pré-natal e puericultura serão colocados na agenda do profissional em atendimento no momento, mas logo encaminhados ao técnico de enfermagem para avaliação de sinais vitais; c) resultados laboratoriais normais serão anotados nos prontuários e esses pacientes serão encaminhados ao grupo semanal de promoção de saúde da unidade; d) resultados de colpocitológico e mamografia normais serão anotados no prontuário, e essas pacientes serão encaminhadas ao grupo semanal de mulheres da unidade. Nos dois últimos casos, o retorno à consulta se fará de acordo com a necessidade do paciente, não somente para mostrar exames.

Outros acordos foram: todos iniciarão o atendimento pontualmente às 8 e às 13 horas; as consultas deverão ser as mais resolutivas possíveis, obedecendo ao intervalo recomendado de retorno e individualização dos casos, evitando marcar consultas desnecessárias; o mês de retorno do paciente deve ser indicado de forma clara na receita e prontuário.

Outro problema levantado foi a demora para encontrar resultados de exames laboratoriais durante as consultas, alongando seu tempo de duração. Por isso, também acordamos que os agentes comunitários de saúde (ACS) deveriam separar resultados de exames laboratoriais dos pacientes a serem consultados. Infelizmente, esse acordo não foi sedimentado na prática.

Havia, ainda, a preocupação em adaptar a agenda das equipes à população atendida. Nesse sentido, outros problemas foram apontados: as agendas das equipes tinham turnos “fechados”, em que não se podia encaixar demanda livre (ou externa), pois eram dedicados exclusivamente à coleta de preventivo ou interconsultas (matriciamento); e não era priorizado o acolhimento dos pacientes pela própria equipe.

De forma a organizar a agenda das equipes, a preceptora fez um estudo da população de cada equipe, chegando ao resultado descrito nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1. Total de consultas necessárias para atendimento à população da equipe Verde.

Equipe Verde	População	Quantidade de consultas/ano
Mulheres 25 a 64 anos	659	219
Pessoas com DM	104	312
Pessoas com HAS	353	1059
Crianças até 2 anos	45	450
Gestantes	22	220
Pessoas tratando TB	5	35

DM: Diabetes Mellitus; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; TB: Tuberculose.

Gerando um total de 2295 consultas ao ano. Em um ano, sendo 253 dias úteis, médico e enfermeiro devem atender um total de 9 pessoas por dia. Considerando 20 pacientes em demanda externa (média da equipe), o total seria de 29 atendimentos ao dia.

Tabela 2. Total de consultas necessárias para atendimento à população da equipe Azul.

Equipe Azul	População	Quantidade de consultas/ano
Mulheres de 25 a 64 anos	674	224
Pessoas com DM	75	225
Pessoas com HAS	365	1095
Crianças até 2 anos	97	970
Gestantes	45	450
Pessoas tratando TB	7	56

DM: Diabetes Mellitus; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; TB: Tuberculose.

Gerando um total de 3020 consultas ao ano. Em 253 dias úteis, médico e enfermeiro devem atender 12 pessoas por dia. Considerando 30 pacientes em demanda externa (média da equipe), o total seria de 42 atendimentos por dia.

As agendas foram então adaptadas à quantidade necessária de atendimentos. Após discussão entre os profissionais e a gerente da unidade, a mesma nos deu anuência para instituir o acesso avançado,²¹⁻²³ ou agendamento aberto, por um período de experiência. A ressalva imposta foi que, no caso do paciente não conseguir atendimento para o mesmo dia, ele sairia da unidade com o retorno marcado, seja em consulta ou grupo de saúde. A gerência não permitiu mudar a forma de agendamento dos matriciamentos, porém concordou com a realização dos grupos de saúde.

Uma regra que se tornou importante é que o ACS responsável pela recepção é o único que pode incluir pacientes na agenda do médico ou enfermeiro de sua equipe. Muitas vezes, enfermeiros de outras equipes atendiam a um paciente e, ao invés de pedir interconsulta para resolução do caso, incluíam o paciente na agenda do médico, à frente de outros que estavam esperando há mais tempo, gerando desconforto. Nesses casos, as interconsultas foram estimuladas, otimizando o tempo dos profissionais e pacientes - que não precisavam repetir sua história a um novo profissional - e melhorando a relação entre os profissionais, estimulando a interdisciplinaridade.

Apoiando a transição, a preceptora ficou com os ACS durante as primeiras duas semanas de implantação do novo processo de trabalho, e foram elaborados conjuntamente: a) fluxogramas indicando as condutas a serem tomadas no acolhimento ao paciente, em várias situações; b) folhetos informativos que ficaram disponíveis na recepção: o primeiro, “Conheça sua equipe de saúde da família”, com nomes e horários de atendimentos de todos os profissionais das equipes; o segundo, “Venha participar dos nossos grupos!”, listando todos os grupos disponíveis na unidade, horários e responsáveis.

Resultados e Conclusão

Na primeira semana, notamos diminuição da sobrecarga dos profissionais e, segundo os mesmos, uma melhora na qualidade do atendimento. Um relato espontâneo de uma das residentes foi: *“Não sei que magia você fez com a agenda, mas eu nunca atendi tão focada no paciente que estou consultando. Antes eu não conseguia me concentrar, com tanta gente me esperando e batendo na porta”*.

Objetivamente, conseguimos terminar o turno da manhã entre 12 e 12:20 horas e o turno da tarde sempre às 17 horas, preservando os horários de almoço e de fechamento da unidade.

As duas primeiras semanas foram de sobrecarga para os ACS e a preceptora, no acolhimento à população. Resolvemos todas as demandas dos pacientes que procuraram as equipes, porém nem todos foram encaminhados a consultas médicas, por isso, alguns pacientes demonstraram insatisfação. Porém, a partir da terceira semana, os ACS passaram a avaliar as mudanças como positivas, apontando como vantagens: poder dizer aos pacientes o horário aproximado em que serão atendidos; exercer a escuta na recepção e aumentar sua resolutividade; diminuição da reclamação dos pacientes quanto ao tempo de espera.

Julgamos que tivemos sucesso, principalmente ao diminuir a sobrecarga dos profissionais e tornar os pacientes mais cientes da organização do trabalho e mais participativos em seu próprio cuidado.

Como fortalezas, apontamos a construção coletiva, com participação de toda a equipe no diagnóstico de problemas e proposição de soluções, o que legitimou as mudanças e motivou os profissionais, que tiveram maior gestão de seu processo de trabalho. A presença da preceptora da residência em MFC na supervisão do trabalho das equipes foi crucial para o trabalho de avaliação e intervenção, destacando a importância da residência na formação e qualificação dos profissionais atuando na ESF e da valorização do trabalho do preceptor nesse momento de expansão e consolidação da APS.

Como fragilidades, apontamos a necessidade de melhorar a vigilância sobre o território, pois muitos pacientes nunca foram vistos pelas equipes. Nossa estratégia foi levantar e listar todas as pessoas que não foram consultadas no último ano. Essas listas foram entregues aos ACS, para busca ativa. Estamos no início desse trabalho, mas identificamos muitos pacientes que se mudaram da área e ainda estavam com cadastro ativo e pacientes (principalmente homens) que trabalham durante o horário de funcionamento da unidade.

Outra fragilidade foi a pouca participação popular nas decisões sobre a organização do trabalho. Para aumentá-la, concordamos que a primeira reunião de equipe de cada mês será aberta à população e acontecerá em local próximo à residência das pessoas, divulgada previamente no centro de saúde, durante as consultas e visitas domiciliares. Além disso, pretendemos perguntar aos pacientes sobre sua percepção do acesso à sua equipe de referência, utilizando o questionário *Primary Care Assessment Tool* (PCA-Tool). Uma desvantagem já levantada foi o fato da unidade não abrir fora do horário comercial nem aos fins de semana.

A organização da equipe para atender às necessidades específicas de sua comunidade, inclusive em relação ao processo de trabalho, é essencial para prover acesso real aos pacientes. Acesso também depende da adaptação da equipe às necessidades e funcionamento da população à qual serve.

Referências

1. 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>
2. Passamani JD, Silva MZ, Araújo MD. Estratégia Saúde da Família: o acesso em um território de classe média. *UFES Rev Odontol*. 2008;10(2):37-45.
3. Norman AH, Tesser CD. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. *Saude Soc*. 2015;24(1):165-79. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100013>
4. Tesser CD, Norman AH. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saúde Soc*. 2014;23(3):869-83.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização: A humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. Internet. Brasília: Ministério da Saúde; 2004, 20 p. Série B. Textos básicos de saúde. [acesso 2016 Maio 3]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf
6. Reis RS, Coimbra LC, Silva AM, Santos AM, Britto e Alves MTSS, 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>
7. 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. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/hpm.766>
8. Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(29):294-303. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)828](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)828) DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)828](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)828)
9. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan 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. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900015>
10. 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):S148-58. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300019>
11. Sisson MC, Andrade SR, Giovanella L, Almeida PF, Fausto MCR, Souza CRP. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. *Saúde Soc*. 2011;20(4):991-1004.
12. Araújo LUA, Gama ZAS, Nascimento FLA, Oliveira HFV, Azevedo WM, Almeida Júnior HJB. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(8):3521-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.21862013>
13. Harzheim E, Lima KM, Hauser L. Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro - avaliação dos três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre: OPAS; 2013. [acesso 2017 Maio 5]. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/media/file/reforma_atencao.pdf
14. Acurcio FA, Guimarães MDC. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. *Cad Saúde Pública*. 1996;12(2):233-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1996000200012>
15. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(Suppl. 2):S190-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>
16. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(11):2865-75. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>

17. Domingues RCL, Amaral E, Bicudo-Zeferino AM. Conceito global: um método de avaliação de competência clínica. *Rev Bras Educ Méd.* 2009;33(1):148-51. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000100019>
18. Artmann E. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. *Cadernos da Oficina Social 3: Série Desenvolvimento Local.* Rio de Janeiro: Coppe/UFRJ; 2000.
19. Broeiro P. Justiça social e lei dos cuidados inversos. *Rev Port Med Geral Fam.* 2016;32(3):167-9.
20. Cantillon P. Teaching large groups. In: Cantillon P, Hutchinson L, Wood D, eds. *ABC of learning and teaching in medicine.* Londres: BMJ Publishing Group; 2003. p. 15-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.326.7386.437>
21. Murray M, Tantau C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Fam Pract Manag.* 2000;7(8):45-50.
22. Murray M. Answers to your questions about same-day scheduling. *Fam Pract Manag.* 2005;12(3):59-64.
23. Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. *Health Quality Ontario. Advanced Access and Efficiency Workbook for Primary Care.* London: Health Quality Ontario; 2011.

^a Faculdade de Medicina de Valença - Fundação Dom André Arcoverde (FAA).
Valença, RJ, Brasil. carol_reigada@yahoo.com.br (*Autora correspondente*)

Programa Mais Médicos: análise dos potenciais riscos e benefícios a partir da experiência como supervisor no município de Jandira

More Doctors program: analysis of the potential risks and benefits from the experience as a supervisor in Jandira city

Programa Más Médicos: análisis de los posibles riesgos y beneficios de la experiencia como supervisor en la ciudad de Jandira

Gustavo Diniz Ferreira Gusso^a

Resumo

Trata-se de um relato de experiência sobre o trabalho de supervisão do Mais Médicos em uma cidade na região da Grande São Paulo ao longo de 2014. O programa Mais Médicos foi instituído pelo governo federal em 2013 e conta com a participação de médicos de diversos países, sendo que a maioria é de Cuba. Este relato de experiência procura elencar e analisar de forma sucinta alguns potenciais riscos e benefícios que o programa proporciona aos diversos atores envolvidos.

Abstract

This is an experience report on the supervisory work of the More Doctors in a city in the Greater São Paulo throughout 2014. More Doctors program was established by the federal government in 2013 and with the participation of physicians from several countries, mostly from Cuba. This experience report seeks to list and analyze briefly some risks and benefits that the program provides for the actors involved.

Resumen

Se trata de un relato de experiencia en la labor de supervisión de los más doctores en una ciudad en el Gran São Paulo a lo largo de 2014. El programas Más Médicos fue establecido por el gobierno federal en 2013 y con la participación de los médicos en varios países y la mayoría és de Cuba. Este relato de experiencia pretende enumerar y analizar brevemente algunos riesgos y beneficios que el programa ofrece a los diversos actores involucrados.

Palavras-chave:

Políticas, Planejamento e Administração em Saúde
Programas Governamentais
Cooperação Internacional

Keywords:

Health Policy
Planning and Management
Government Programs
International Cooperation

Palabras clave:

Políticas, Planificación y Administración en Salud
Programas de Gobierno
Cooperación Internacional

Como citar: Gusso GDF. Programa Mais Médicos: análise dos potenciais riscos e benefícios a partir da experiência como supervisor no município de Jandira. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-9. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1098](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1098)

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: 19/03/2016.
Aprovado em: 17/11/2016.

Introdução

O Programa Mais Médicos foi oficializado pela Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013.¹ De certa forma, foram os protestos de junho de 2013 que catalisaram a elaboração e aprovação da lei em curto espaço de tempo. A vinda de médicos cubanos já era discutida no âmbito do governo federal desde pelo menos 2007 quando se tentou alguma via de revalidação de títulos especial para os médicos formados nesse país, incluindo os de nacionalidade brasileira.

Trabalhei no Ministério da Saúde como Coordenador de Ações Estratégicas entre 2007 e 2008 e me lembro de reuniões que tratavam da vinda de médicos cubanos por alguma via de revalidação especial. Em pelo menos uma dessas reuniões participaram o então Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, o Ministro da Educação, Fernando Haddad, o presidente do Conselho Federal de Medicina e diversos reitores de universidades federais. Não se achava um consenso.

Aparentemente, esta tratativa era oriunda em parte por pressão dos políticos do Partido dos Trabalhadores (PT) que mantinham relações com Cuba, em parte pelos brasileiros que foram para este país estudar Medicina e tinham dificuldade para revalidar o título e em parte pela necessidade de mais médicos na atenção básica no Brasil. Como resultado dessa primeira tentativa, nasceu o Revalida.

Até 2011, a única forma de revalidar diplomas obtidos no exterior era por meio de alguma universidade federal competente para conduzir este processo. Em 2011, após um piloto, foi institucionalizado um processo unificado que recebeu o nome de Revalida.² Porém, a quantidade de médicos que conseguiram revalidar o diploma por esse novo processo foi pequena e não contemplou a demanda, por exemplo, dos brasileiros formados em outros países, em especial da América Latina.

Os protestos de rua de junho de 2013³ serviram como disparador de outra articulação que culminou na Lei do Mais Médicos e que, finalmente, permitiu a vinda de médicos de outros países sem passar por um processo de revalidação. As entidades médicas, em especial a Associação Médica Brasileira (AMB) e o Conselho Federal de Medicina (CFM), protestaram de forma veemente.

Porém, como toda prática médica, ou quiçá a própria vida, sempre há potenciais riscos e benefícios. É preciso tentar analisar quais são exatamente os fatores potencialmente positivos e negativos desta iniciativa, que muitas vezes o embate do governo com as entidades médicas acaba mascarando.

Esta análise parte da observação do macro, ou seja, do que sai na grande mídia, das leis e portarias e da experiência no nível micro como supervisor de dez cubanos na cidade de Jandira, SP, entre janeiro de 2014 e fevereiro de 2015, quando ocorreu contato com diversos profissionais intercambistas do Programa Mais Médicos. Não houve entrevista estruturada direcionada a este relato, que não pretende ser uma pesquisa qualitativa. Quando deparado com o problema da pressão pela volta dos parentes que será descrito, o autor contactou supervisores e médicos de outros municípios vizinhos no âmbito da atividade de supervisor.

Situando a experiência

Jandira é um município da grande São Paulo com pouco mais de 100.000 habitantes e com histórico de disputas políticas acirradas que levaram ao assassinato de um prefeito em 2010. É uma cidade-dormitório, com apenas 17 Km².⁴ Ao contrário das vizinhas, Jandira não conta com muitos condomínios de luxo ou

empresas, o que torna este município pobre para a região. Por ser pequeno, também não é atrativo para indústrias ou outras atividades econômicas relevantes.

Desta forma, Jandira sempre teve dificuldade de competir com a irmã siamesa Barueri onde se encontram empresas de grande porte e parte do condomínio de luxo “Alphaville”. Barueri, que deve sua boa arrecadação aos impostos repassados pelo estado como o imposto sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual, intermunicipal e de comunicação (ICMS), aos impostos municipais como o Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), e até a royalties de petróleo, tem o Produto Interno Bruto (PIB) per capita de R\$ 102.013,46, enquanto o de Jandira é de R\$ 12.794,32, ou seja, quase dez vezes menor.⁵

Um primeiro problema que salta aos olhos é a dificuldade que Jandira sempre teve de reter médicos e outros profissionais dada a concorrência com as cidades vizinhas. Apesar do histórico de más gestões e da corrupção relatado por profissionais das unidades, a capacidade de remuneração e de atração de profissionais médicos, que de todos os profissionais essenciais tem sido o de maior dificuldade de retenção para cidades do interior ou situadas nas periferias de grandes centros, é menor que a de municípios próximos.

Até o início do Programa Mais Médicos, o município de Jandira contava com nove Unidades Básicas de Saúde territorializadas e com agentes comunitários de saúde organizados em equipes, mas sem nenhum médico que desempenhasse a função de médico da Estratégia Saúde da Família (ESF), nos moldes tradicionais, ou seja, contratado para compor equipes por 40 horas semanais.

Havia pediatras, ginecologistas e clínicos que cumpriam cargas horárias variadas e com a função exclusiva de atendimento, ou seja, quase não se fazia visita domiciliar, reuniões de equipe ou outras atividades próprias da Estratégia Saúde da Família. Embora tivessem equipes desenhadas, faltavam os profissionais médicos para compô-las e motivar a reestruturação da rede, bem como a contratação dos profissionais faltantes como enfermeiros de nível superior, ou seja, apesar do município estar preparado para aderir a Estratégia Saúde da Família, os médicos atuavam no modelo antigo de cumprir a produtividade do dia com uma jornada parcial em diferentes unidades de saúde. A remuneração era baixa e favorecia este modelo híbrido.

O Sistema Único de Saúde, previsto na Constituição de 1988,⁶ e que foi colocado em prática a partir da década de 90, estabeleceu a descentralização dos serviços. Para a Atenção Básica, isso significou a municipalização. Poucos países do mundo que têm sistemas de saúde universais e bem organizados praticam a descentralização por meio da municipalização. Um dos poucos é a Finlândia, que tenta reformar este modo de organizar que se mostrou muito problemático por vários aspectos.⁷

O mais evidente é que a organização do sistema de saúde local fica na dependência do prefeito que é eleito de tempos em tempos, com grande probabilidade de pouco entender do setor saúde. Outro problema que fica claro com o exemplo de Jandira é que a disparidade econômica e geográfica pode levar um município a ter grandes dificuldades quando se vê na necessidade de concorrer com os vizinhos sem nenhuma regulação mais centralizada que teria a função de favorecer a equidade, outro princípio do SUS.

Ou seja, a situação vivida por Jandira coloca em prática a descentralização, por meio da municipalização, que ameaça regionalmente o princípio da equidade e também da universalidade a partir do momento que recursos humanos importantes como médicos são “sugados” por um município vizinho

e casualmente rico por razões geográficas e históricas. Na maioria dos países a descentralização da Atenção Básica é feita a partir das unidades da federação (estados) ou dos distritos sanitários que devem respeitar a equidade.

Mais Médicos em Jandira

O Município de Jandira contava até novembro de 2013 com equipes do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituído em 1991 e que passou a conviver com a ESF a partir de 1994, especialmente onde não há médicos para compor as equipes).⁸ Como o PACS é centrado na figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS), também não havia uma quantidade suficiente de enfermeiros para as equipes.

As chamadas Unidades de Saúde Integrais (USI) de Jandira funcionavam em um modelo híbrido: os médicos e algumas enfermeiras trabalhavam no modelo de Unidade Básica de Saúde tradicional atendendo à demanda, quase sempre agendada, enquanto as ACSs e outras enfermeiras realizavam ações de promoção à saúde e prevenção de doenças no âmbito do PACS distribuídas em territórios que abrangiam as nove USIs subdivididos em 119 microáreas que eram suficientes para compor 36 equipes da ESF, caso fossem incorporados médicos.

A gestão da Secretaria Municipal de Jandira era técnica, com pouca ingerência política, e havia o desejo de o município ter equipes da ESF. Havia todas as condições necessárias para a instalação das 36 equipes nas 9 USIs. Faltavam principalmente os médicos dispostos a trabalhar 40 horas por um salário não muito atraente e estrutura física ainda precária em parte das USIs.

Os primeiros três médicos cubanos do Mais Médicos chegaram a Jandira em novembro de 2013. No mês seguinte chegaram mais sete médicos desse mesmo país. Esses dez primeiros médicos foram distribuídos nas nove USIs. Apenas uma que tinha maior demanda recebeu dois médicos. Diante do aceite imediato da população e da possibilidade de completar as equipes e transformar todas em ESF, foram solicitados mais médicos ao governo federal. O município hesitou quanto a sua capacidade de receber tantos médicos de uma só vez, mas o preparo técnico de alguns gestores locais superou as dificuldades e dúvidas.

No início de 2014 chegaram mais 26 médicos cubanos e desta forma Jandira em menos de seis meses passou de 0% de cobertura de ESF para 100% de cobertura, com as 36 áreas com um médico 40 horas semanais em cada uma. Com a chegada dos médicos, o município tem aos poucos reformado as USIs, contratado as enfermeiras que necessita para completar as equipes e organizado toda a rede de atenção. Algumas gerentes de USIs que trabalham há anos no município relatam que nunca viram um médico ficar as 40 horas semanais em uma unidade.

Potenciais benefícios do Programa Mais Médicos (PMM)

Apesar do Programa Mais Médicos não se restringir a vinda de médicos estrangeiros, este relato de experiência ficará restrito a este aspecto que até o momento é o mais relevante. Os benefícios evidentes do PMM é a oferta de uma mão de obra qualificada e cara para muitas regiões do país. De certa forma, consegue corrigir em pouco espaço de tempo distorções, algumas delas produzidas pelo próprio SUS a partir da municipalização, como a inequidade regional. Por exemplo, no exemplo descrito, o município de

Barueri praticamente não precisou aderir ao Mais Médicos porque sempre teve recursos suficientes para atrair e reter médicos para sua rede.

Um benefício intangível e muito importante do PMM é a diminuição da pressão para a abertura de faculdades de Medicina. A má distribuição geográfica dos médicos e, mais importante, a má distribuição por especialidade (no Brasil há proporcionalmente poucos médicos de família e comunidade e muitos especialistas) leva a um desequilíbrio entre procura e oferta.⁹

O natural seria, como esperam as entidades médicas, que aumentassem os salários dos médicos generalistas em resposta a este desequilíbrio. Mas os municípios estão no limite dos gastos e o salário apenas não é suficiente para atrair e reter os profissionais. Diante dessa dificuldade, os prefeitos e gestores locais naturalmente pressionaram os estados e o governo federal que, como resposta “rápida”, tentou duas saídas: a abertura frenética de faculdades de Medicina¹⁰ e o PMM.

A primeira saída pode ser perigosa, além de frustrante, uma vez que qualquer faculdade de Medicina começa a formar médicos seis anos após aberta. Como muitos vão fazer residência e desses a maioria pretende ser especialista em um grande centro, boa parte dos médicos entrarão no mercado apenas 10 anos após ingressarem na faculdade. E muitos relutarão a ir para o interior ou para a periferia das cidades.

O resultado mais esperado é inchar os centros das metrópoles de especialistas focais que praticarão cada vez mais o marketing da doença que estudaram para poder sobreviver. Além disso, uma faculdade produz “superávit de médicos” por mais de 40 anos, ou seja, até que os primeiros formados começam a se aposentar ou morrer e, então, a faculdade passa a produzir o mesmo número de profissionais que se retira do mercado.¹⁰

Dessa forma, uma faculdade de Medicina é na maioria das vezes uma resposta lenta e ineficaz para a demanda dos prefeitos. Mais importante do que controlar o número de estudantes que entram na faculdade é regular a quantidade de especialistas que sai por meio da universalização da residência médica, como fez a maioria dos países desenvolvidos. As subespecialidades devem ter a quantidade de vagas de residência compatível com o número de problemas que cada área trata.

A importação de médicos é muito menos lesiva e mais praticada, em especial nos países desenvolvidos com sistemas de saúde bastante organizados. No Canadá, por exemplo, 10% das vagas de residência são reservadas a médicos graduados no exterior.¹¹

Assim, a seleção desses médicos é na maioria desses países classificatória. Ou seja, se é necessário “x” médicos para cada especialidade (a maior parte das vagas em geral são para Medicina de Família) os primeiros “x” colocados são aprovados. Já o Revalida é exclusivamente eliminatório e não leva em conta a necessidade de médicos do país. Desta forma, o Mais Médicos, embora na sua redação contemple a abertura de escolas médicas, provavelmente vai permitir uma desaceleração neste processo que deverá ser medida nos próximos anos.

Potenciais riscos do Programa Mais Médicos (PMM)

Para o Brasil, os principais riscos da vinda de médicos estrangeiros são retardar a estruturação da atenção básica para que esta seja efetiva e retardar os mecanismos reguladores para aumentar a formação de profissionais brasileiros nessa área. Quanto à estrutura, ao mesmo tempo que constitui um risco é uma oportunidade.

Como ocorreu em Jandira, a presença de médicos na unidade de saúde por 40 horas semanais pode ser um estímulo à estruturação do serviço e reforma da unidade. Por outro lado, o gestor local pode se acomodar com a garantia da presença desse profissional. Além disso, há o risco de o gestor substituir médicos brasileiros pelos estrangeiros ou formados no exterior, que no caso do PMM são custeados majoritariamente pelo governo federal.

Esta substituição de fato ocorreu,¹² mas não se sabe ao certo se os médicos substituídos eram profissionais que cumpriam minimamente suas obrigações e se os locais que substituíram forneciam mínimas condições de trabalho. Há pouca fiscalização e controle por parte do governo federal e os estados, que em países não tão grandes como o Brasil, têm forte atuação na atenção primária, estruturando a descentralização das ações, praticamente ficam alijados da atenção básica brasileira. Ou seja, o governo federal acaba atuando como um enorme município fazendo da “descentralização” prevista na constituição paradoxalmente bastante centralizada.

Com relação à formação, a pressão que havia por mais médicos na atenção básica arrefece e ao mesmo tempo que beneficia a desaceleração de abertura de escolas médicas, medida equivocada para este propósito se tomada sem a regulação da especialização, pode fazer com que o governo não tome providências efetivas para estimular a oferta qualificada de médicos brasileiros para a atenção básica.

Provavelmente, o maior risco da “importação de profissionais” é para o país exportador. Esta migração de profissionais da saúde tem sido debatida na Organização Mundial do Comércio (OMC)¹³ e pela Organização Mundial da Saúde (OMS).¹⁴ Muitas vezes, os médicos formados que emigram tiveram a formação custeadas pelo governo de um país pobre, mas este investimento não retorna. Pelo contrário, emigra junto com o médico e o país receptor é o único beneficiado. Para mitigar este risco, o edital do Mais Médicos prevê priorizar médicos estrangeiros que atuam em países com proporção de profissionais maior que a do Brasil.¹

Porém, poucos países têm maior oferta do que demanda de médicos. Um dos poucos lugares onde isso ocorre é Cuba, que há muito tempo tem ofertado médicos para países em desenvolvimento através de “missões”. Haiti, Venezuela, Angola e Guatemala são alguns dos países que receberam médicos cubanos nos últimos anos, segundo relatos dos próprios médicos cubanos supervisionados.

A diferença é que ao contrário dos outros países, onde a iniciativa da emigração é do médico, no caso de Cuba ela é controlada pelo governo. Ou seja, este exige o retorno do investimento e transforma o seu médico em *commodity* (mercadoria). Se por um lado é justo porque o país investiu na formação do profissional por quase dez anos, por outro o profissional perde benefícios que médicos de outros países recebem. A partir do momento que decide aderir ao programa, o médico cubano recebe do seu governo 30% do valor destinado à instalação (que no Brasil chega a R\$ 30.000,00, dependendo da localização) e 30% do salário repassado por médico, que no caso do Mais Médicos é de R\$ 10.000,00.

Ao mesmo tempo, uma vez que é tratado como uma “mercadoria” o médico cubano tem liberdades individuais confiscadas pelo governo. Não é possível, por exemplo, escolher o período de férias, pois este é determinado pelo governo cubano, e nem o local onde irá usufruir, sendo obrigatória a volta a Cuba durante este período. Por exemplo, há casos* de médicos cujos parentes estão no Brasil e as férias caíram entre dezembro e janeiro. Ou o médico levava os parentes para passar o ano novo em Cuba, o que requeria

recursos para passagens, ou passava o período de festas distante deles, ou seja, o médico do programa em Cuba e os dependentes no Brasil, como acabou ocorrendo em muitos casos.

Apesar do artigo 18 da Lei do Mais Médicos¹ prever visto para os dependentes legais dos médicos intercambistas (cubanos ou não), durante todo o período que estiverem atuando no país, o governo de Cuba pressiona por intermédio dos coordenadores da missão no Brasil em reuniões pessoais sem convocação por e-mail que estes parentes não permaneçam muito tempo no país.¹⁵

Alegam que no contrato que o médico assina com o governo cubano está previsto apenas visitas e não a permanência. Mesmo quando há casais de médicos atuando no Brasil e estes têm filhos pequenos de três ou seis anos, há a pressão para estes voltem e fiquem em Cuba com parentes longe dos pais, segundo relatos de médicos cubanos de diversas localizações do país. Caso estes permaneçam, os médicos são ameaçados de serem desligados do programa e trocados por outros médicos cubanos, o que é rentável para o governo desse país, que reterá 70% do auxílio instalação do novo profissional.

Este processo tem se mostrado sofrido para os profissionais, que ficam na dúvida se enviam os parentes e filhos de volta a Cuba e mandam algum dinheiro para eles poderem sobreviver dignamente ou se retornam com estes e voltam a viver com os poucos recursos que recebem como médicos lá. Ou seja, o maior risco no caso dos médicos cubanos, que representam aproximadamente 80% do total que atuam no Mais Médicos, é o governo brasileiro ser cúmplice de ações do governo cubano que lesam direitos individuais como o de permanecer junto aos dependentes.

O governo brasileiro faz um contrato com o governo de Cuba por intermédio da Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) e os médicos cubanos firmam contrato com o seu governo. Ou seja, não há relação direta dos médicos deste país com o governo brasileiro como acontece com os médicos de outros países que aderiram ao Mais Médicos.

Este aspecto ratifica o perfil de mercadoria que configura especificamente o médico cubano, uma vez que o mais relevante é o “número” de médicos que o governo de Cuba precisa suprir, independentemente de quem seja. Este profissional pode ser trocado a qualquer momento pelo governo cubano. Ou seja, nesta forma de contratualização não há preocupação com a relação médico-paciente e o vínculo que se estabelece. Este fator é menos relevante inclusive do que a decisão do médico de manter o dependente legal no país.

Conclusão

O Programa Mais Médicos está inserido dentro de um contexto mundial de dificuldade de suprir a carência de mão de obra qualificada de médicos generalistas em áreas rurais e nas periferias dos grandes centros. Portanto, é um programa que tem um sentido de ser. Porém, a rapidez com que foi formatado, a sua essência e os rumos que tomou, concentrando-se na vinda de médicos cubanos, apresentou potenciais riscos e benefícios nem sempre explicitados nas análises que tem sido feitas.

É preciso ampliar o olhar sobre estes riscos e benefícios analisando os diversos atores como o governo federal, as prefeituras, os médicos brasileiros, a formação médica no Brasil, e também a pessoa do médico cubano, que tem sido tratado como mercadoria, com pouco poder para se defender dessa condição mesmo vivendo em um país onde, em tese, as pessoas têm os mesmos direitos.

Nesta minha experiência, dado que o grupo de dez profissionais que supervisiono é bastante qualificado tecnicamente, uma das principais atribuições que acabei exercendo foi cuidar para que a autoestima deles estivesse sempre preservada para que pudessem atuar plenamente, cuidando das pessoas e também de si mesmos.

Agradecimentos

Agradecimentos: agradeço a João Alves e a Marta Mariuba, qualificados odontólogos e gestores de Jandira (SP), pela revisão deste artigo, e a Angelica Manfroi pela revisão do artigo e pela tutoria no Mais Médicos.

Referências

1. Brasil. Presidência da República. Casa Civil: Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. [Acesso 2015 Mar 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm
2. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Revalida. [Acesso 2015 Mar 15]. Disponível em: <http://revalida.inep.gov.br/revalida/inscricao/>
3. Em dia de maior mobilização, protestos levam mais de 1 milhão de pessoas às ruas no Brasil. UOL. 2013 Jun 20. [Acesso 2015 Mar 15]. Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2013/06/20/em-dia-de-maior-mobilizacao-protestos-levam-centenas-de-milhares-as-ruas-no-brasil.htm>
4. Prefeitura do Município de Jandira [Acesso 2015 Mar 15]. Disponível em: <http://www.jandira.sp.gov.br/a-cidade/dados-gerais-sobre-jandira.html>
5. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Acesso 2015 Mar 15]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2004_2008/
6. Brasil. Presidência da República. Casa Civil: Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa de 1988. [Acesso 2015 Mar 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
7. Gérvas J. Perez Fernandez M. Organização da Atenção Primária à Saúde em Outros Países. In: Gusso G, Lopes JM. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. ArtMed: Porto Alegre; 2012.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). [Acesso 2015 Mar 15]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>
9. Conselho Federal de Medicina. Demografia Médica no Brasil, volume 2: Cenários e indicadores de distribuição. Relatório de Pesquisa - Fevereiro de 2013. [Acesso 2015 Mar 15]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/demografiamedicanobrasil_vol2.pdf
10. Centro de Desenvolvimento de Educação Médica. Estudantes de Medicina e Médicos no Brasil: Números Atuais e Projeções. Projeto Avaliação das Escolas Médicas Brasileiras. Relatório 1. São Paulo; 2013. [Acesso 2015 Mar 15]. Disponível em: http://www2.fm.usp.br/cedem/docs/relatorio1_final.pdf
11. Canadian Resident Matching Service. [Acesso 2015 Mar 15]. Disponível em: <http://www.carms.ca/>
12. Após 1 ano do Mais Médicos, metade das Prefeituras perdeu profissionais. Folha de São Paulo. 2015 Mar 6. [Acesso 2015 Mar 15]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2015/03/1598961-apos-1-ano-do-mais-medicos-metade-das-prefeituras-perdeu-profissionais.shtml>
13. Organização Mundial do Comércio. International Migration and Development: A perspective from the World Trade Organization [Acesso 2015 Mar 15]. Disponível em: http://www.un.org/esa/population/meetings/seventhcoord2008/P13_WTO.pdf

-
14. World Health Organization. Health workforce - Migration [Acesso 2015 Mar 15]. Disponível em: <http://www.who.int/hrh/migration/en/>
 15. Cuba pressiona profissionais do Mais Médicos por volta de parentes à ilha. Folha de São Paulo. Folha de São Paulo. 2015 Mar 13. [Acesso 2015 Mar 15]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2015/03/1602220-cuba-pressiona-profissionais-do-mais-medicos-por-volta-de-parentes-a-ilha.shtml>

* Estes casos foram relatados ao autor deste artigo pelos próprios profissionais, mas as respectivas identidades não serão reveladas por questões éticas.

^a Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil. gustavo.gusso@usp.br
(Autor correspondente)

Acolhimento de imigrantes haitianos via integração ensino-serviço-pesquisa na atenção primária à saúde: relato de experiência

Accommodating Haitian immigrants via academia-service-research integration in primary healthcare: case report

Acogida de inmigrantes haitianos vía integración enseñanza-servicio-investigación en la atención primaria de salud: relato de experiencia

Neoma Mendes Assis^a, Letícia Lara Martins^a, Lêda Maria Mendes Souza^b, Ivone Aparecida Nicolao^c, Nathan Mendes Souza^d

Resumo

Este artigo objetiva relatar a experiência do acolhimento a uma comunidade de imigrantes haitianos pela Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito do 'Internato de Atenção Integral à Saúde' do curso de Medicina da Unifenas - BH. A experiência ocorreu no Centro de Saúde Novo Aarão Reis (CSNAR) mediante estratégia multifacetada de acolhimento do serviço composta por: 1) interlocução com entidade de apoio a imigrantes, o Centro Zanmi; 2) busca ativa e visitas domiciliares pela agente comunitária de saúde e internas de medicina, 3) aplicação de questionário; 4) apresentação dos resultados à comunidade de imigrantes haitianos, aos profissionais de saúde do CSNAR, à comunidade acadêmica da Unifenas - BH e a outros membros da comunidade interessados. Pelo contato com os primeiros haitianos identificados na comunidade, e por meio de busca ativa, outros foram encontrados e incluídos no estudo. Em conjunto com a aplicação dos questionários, foi possível avaliar o contexto em que estes se encontravam e, assim, buscar nas ferramentas da APS e do território formas de incluir esses imigrantes na comunidade e auxiliá-los em suas demandas. Este processo permitiu acolher a comunidade de imigrantes haitianos no CSNAR, otimizar seu cadastro no Sistema Único de Saúde, sensibilizar os profissionais de saúde para a importância do desenvolvimento de competência cultural e oportunizar intercâmbio de conhecimentos sobre o sistema de saúde haitiano e brasileiro.

Abstract

This article reports the experience of access by Haitian immigrants via academia-service-research integration in primary healthcare as part of the Unifenas - BH 'Internship on Primary Health Care'. The experience took place in the Primary Healthcare Centre Novo Aarão Reis (CSNAR) via a multifaceted accommodation service for the Haitian immigrant community comprised of: 1) dialogue with the immigrant support center; 2) active search and home visits by one community health agent and two medicine interns, 3) administration of questionnaires; 4) presentation of these research findings to the Haitian immigrant community, CSNAR health professionals, Unifenas - BH academic community, and other interested community members. This process enabled the accommodation of Haitian immigrants at CSNAR and their registration at the Unified Health System; sensitized health professionals to the importance of developing cultural competence and provided an opportunity to exchange knowledge about the Haitian and Brazilian health systems in a comparative perspective.

Palavras-chave:

Atenção Primária à Saúde
Acolhimento
Acesso aos Serviços de Saúde
Internato e Residência
Emigrantes e Imigrantes
Competência Cultural

Keywords:

Primary Health Care
User Embrace
Health Services Accessibility
Internship and Residency
Emigrants and Immigrants
Cultural Competency

Como citar: Assis NM, Martins LL, Souza LMM, Nicolao IA, Souza NM. Acolhimento de imigrantes haitianos via integração ensino-serviço-pesquisa na atenção primária à saúde: relato de experiência. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-9. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1210](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1210)

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
não se aplica.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.
Recebido em: 30/09/2016.
Aprovado em: 08/05/2017.

Resumen

Este artículo relata una experiencia de acceso a una comunidad de inmigrantes haitianos pela Atención Primaria a la Salud en el ámbito del "Internado de Atención Integral a la Salud" del Curso de Medicina de la Unifenas - BH. La experiencia ocurrió en el Centro de Salud Novo Aarão Reis (CSNAR) mediante la estrategia multifacética del servicio de acogida formado por: 1) diálogo con el centro de apoyo a los inmigrantes; 2) búsqueda activa y visitas domiciliarias de las agentes comunitarias de salud y las internas de medicina, 3) administración de cuestionario; 4) presentación de los resultados a la comunidad inmigrante haitiana, a los profesionales de la salud del CSNAR, a la comunidad académica Unifenas - BH y a otros miembros de la comunidad interesados. Este proceso permitió acoger la comunidad de inmigrantes haitianos en el CSNAR, optimizar su registro en el Sistema Único de Salud, sensibilizar los profesionales de salud sobre la importancia del desarrollo de la competencia cultural y crear oportunidades para el intercambio de conocimientos sobre el sistema de salud de Haití y Brasil.

Palabras clave:

Atención Primaria a la Salud
Acogimiento
Accesibilidad a los
Servicios de Salud
Internado y Residencia
Emigrantes e Inmigrantes
Competencia Cultural

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro tem seus fundamentos, diretrizes e atribuições encrustadas na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, via artigos que determinam os deveres do Estado e os direitos dos cidadãos. A garantia de igualdade de direitos a todos os brasileiros e estrangeiros, incluindo a proteção e assistência à saúde, consta nos artigos abaixo citados:

Art. 5º "Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade".

Art. 6º "São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição".

Art. 196º "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

O SUS, para garantir estes direitos, é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública e suplementar. Organiza-se em redes regionalizadas e hierarquizadas em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS atua em consonância com as políticas públicas de seguridade social, que incluem Saúde, Previdência e Assistência Social. Assim, é dever do Estado, em cada ente da federação, prover acesso à saúde a brasileiros e estrangeiros, por meio dos princípios e atribuições do SUS, em todos os níveis de atenção.¹⁻³

A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma forma efetiva de organizar serviços de saúde guiada pela resolução das necessidades de saúde de uma determinada população. AAPS mantém consonância com as diretrizes do SUS respeitando a universalidade, integralidade, equidade e a corresponsabilidade entre população e governos. AAPS é a porta de entrada ao sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado integral e longitudinal à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população. Tem capacidade para responder a cerca de 90% das necessidades em saúde, realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde.

AAPS também coordena os cuidados das pessoas no sistema de saúde com ações interdisciplinares, se necessário, e entre níveis secundários e terciários do SUS.⁴ Além destes atributos essenciais citados, a APS tem como atributos derivados: a orientação familiar, orientação comunitária e também a competência cultural dos profissionais.^{5,6}

O curso de Medicina da Unifenas - campus de Belo Horizonte, está alicerçado no modelo educacional de aprendizagem baseada em problemas (PBL - *problem based learning*). Nasceu orientado às necessidades do SUS em conformidade com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Medicina (Resolução CNE/CES nº 4 de 07/11/2001)⁷ e já se adequou às novas DCNs do Curso de Graduação em Medicina (Resolução CNE/CES nº 3 de 20/06/2014) focando-se na formação de médicos generalistas.⁸

A proposta do Curso de Medicina da Unifenas - BH é formar profissionais preparados para suprir a crescente necessidade de médicos com perfil para atuação na APS. Desde o início do curso, os alunos treinam habilidades clínicas e atitudes médicas em cenário simulado, são inseridos no território das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da rede de saúde de Belo Horizonte, onde realizam atividades, como diagnóstico situacional, promoção da saúde, e utilizam ferramentas de trabalho com famílias e comunidades.

No decorrer do curso, os alunos realizam atividades de atendimento clínico em ambiente ambulatorial, cujo objetivo é a prática da medicina centrada na pessoa. Nos dois anos finais do curso ocorre o Internato Médico Supervisionado, o qual mais de 30% é desenvolvido na APS e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS atendendo às novas DCNs do Curso de Graduação em Medicina.⁷

Dada a integração ensino-serviço já consolidada no currículo da Unifenas - BH, tenta-se avançar na construção de um sistema de saúde escola que também fomente a integração ensino-serviço à pesquisa.⁹⁻¹²

(...) os processos educativos possuem relevância não apenas por seus resultados - princípio da eficácia - mas porque são os responsáveis, entre outros aspectos, por criarem um ambiente intra e interpessoal favorável ao diálogo, à análise crítica das práticas, à reflexão, à construção de coletivos e à autonomização dos sujeitos facilitando e potencializando o processo de humanização da atenção e da gestão em saúde.¹¹

Considerando o arcabouço legal do SUS, a implementação da APS como eixo estruturante do sistema, serviços e programas de saúde, os atributos essenciais e derivados da APS, o alinhamento curricular da Unifenas - BH com a nova DNC de 2014 e o compromisso do ensino inserido na realidade visando sua transformação, relata-se a experiência do acolhimento de imigrantes haitianos mediante uma estratégia multifacetada de integração ensino-serviço-pesquisa em Belo Horizonte, MG.

O contexto da imigração de haitianos para Belo Horizonte

O Haiti é um dos países com menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do mundo. Sua população vivencia há décadas graves problemas políticos e sociais e catástrofes naturais, como o terremoto ocorrido em janeiro de 2010, que matou milhares de pessoas, com ampla destruição de diversas cidades. No mesmo ano, um surto de cólera dizimou 8.000 pessoas no país. Em 2012, dois furacões, Issac e Sandy, atingiram o Haiti e comprometeram a produção agrícola do país.

Essas sucessivas catástrofes contribuíram para a emergência de quadro de instabilidade política, econômica e social, que levaram a um efluxo de parcela considerável da população haitiana em busca de sobrevivência e de melhores condições de vida. O número estimado de emigrantes supera três milhões de pessoas, sendo os Estados Unidos, República Dominicana, Canadá, Cuba, Venezuela, e mais recentemente o Brasil, os principais destinos.¹³

A migração dos haitianos para o Brasil iniciou-se em 2010, quando somavam duas centenas, em 2011 estimou-se a presença de mais de 4.000 haitianos, em 2013 mais de 20.000 e em 2014 cerca de 50.000 haitianos no Brasil.^{14,15} Apesar das medidas governamentais e do apoio da sociedade civil organizada, a falta de instrumentos legais de uma política migratória adequada faz com que a chegada desses imigrantes ao país se transforme em uma situação única e desafiadora para toda a sociedade brasileira.

Cerca de 80% dos imigrantes haitianos no Brasil são do sexo masculino, estão entre 20 e 34 anos de idade e vieram ao Brasil em busca de trabalho, boa remuneração para auxiliar seus familiares que permanecem no Haiti e para estudo. Os primeiros haitianos que chegaram ao Brasil apresentavam maior qualificação profissional, diferentemente das imigrações recentes, constituída por número maior de pessoas com menor nível de instrução.

Os que conseguem obter o visto nas repartições consulares brasileiras seguem diretamente para a cidade de destino, partindo, na maioria dos casos, do Haiti, mas muitos conseguem o dinheiro da viagem com agiotas. As maiores dificuldades encontradas pelos imigrantes haitianos no Brasil são o idioma, baixos salários, habitação inadequada, baixo acesso a estudo e a dificuldade para validação de títulos haitianos de graduação e/ou profissionalizantes.^{13,14}

Governos, organizações não governamentais e associações humanitárias têm-se empenhado no acolhimento aos imigrantes, via construção de abrigos, orientações para estabelecimento legal no país, acesso a benefícios sociais e emprego. Cidades da fronteira norte, Belo Horizonte, Curitiba, Porto Alegre, Rio de Janeiro e São Paulo foram escolhidas para acolhimento dos imigrantes devido à existência nestas cidades, e em municípios vizinhos, de um grande volume de haitianos que chegaram a estes destinos de várias formas. Belo Horizonte se transformou em um dos pontos de destino em destaque devido à presença de organizações humanitárias de apoio a refugiados ligadas à Igreja Católica, apoio da comunidade e também devido à facilidade para encontrar emprego na região.^{16,17}

Os desafios da inclusão desses imigrantes refugiados relacionam-se ao idioma, à cultura diversa da brasileira, à situação de extrema vulnerabilidade social e requer da sociedade brasileira ações humanitárias e de solidariedade entre povos. Essa população precisa integrar-se às comunidades locais e, por isso, torna-se necessário que as cidades forneçam infraestrutura de acolhimento, informações e meios para regularização da estadia destes no Brasil.¹⁴

Os determinantes sociais da saúde (as condições sociais nas quais as pessoas vivem e trabalham) devem ser verificados na abordagem as pessoas e suas famílias no âmbito da APS. Tais determinantes refletem a posição ocupada pelas pessoas na hierarquia do *status*, do poder e do acesso aos recursos, auferindo pesada carga das doenças e iniquidades de saúde aos grupos populacionais em situação de desvantagem ou vulnerabilidade.¹⁸ As ações intersetoriais sobre estes determinantes estão consoantes com o modelo de APS abrangente proposta para a agenda do Saúde para Todos após a conferência em Alma-Ata, em 1978, e a Estratégia Saúde da Família, defendida como modelo estruturante do SUS no Brasil.

Descrição e Discussão da Experiência

Descrevemos neste relato a experiência de acolhimento de imigrantes haitianos no âmbito da APS pela equipe de saúde do CSNAR em parceria com a Unifenas - BH por meio de uma estratégia multifacetada de integração ensino-serviço-pesquisa em Belo Horizonte, MG.

A experiência se deu no no Centro de Saúde Novo Aarão Reis (CSNAR), pertencente à regional norte de Belo Horizonte. O CSNAR tem responsabilidade sanitária por cerca de 10.000 pessoas, a maioria oriunda do norte de Minas Gerais, do Vale do Jequitinhonha e também das regiões Norte e Nordeste do Brasil. Muitas destas famílias vivem em situação de elevado a muito elevado risco de vulnerabilidade social, daí a classificação da região como risco (C) pela Secretaria Municipal de Saúde.¹⁹

O Internato de Atenção Integral à Saúde (IAIS) no CSNAR propiciou intenso envolvimento e diálogo de saberes entre profissionais de saúde do CSNAR, acadêmicas da Unifenas - BH e a comunidade local. Esta integração ensino-serviço efetivou-se mediante identificação, planejamento e implementação de ação frente à premente necessidade de provisão de serviços de saúde a comunidade de imigrantes haitianos localizada no território de abrangência do CSNAR.

A necessidade de abordagem à população de imigrantes haitianos foi identificada por uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) do CSNAR, que vivia o desafio de abordar diversos haitianos de sua área de abrangência. Havia relato de dificuldade de acesso, provavelmente devido às barreiras linguística (crioulo/francês x português) e geográfica (distância entre residência dos imigrantes e Centro de Saúde) e pela desconfiança dos imigrantes. O distanciamento entre a ACS e a situação de vulnerabilidade que muitos imigrantes haitianos viviam constituía importante demanda sentida pela equipe de saúde da família do CSNAR.

A experiência ocorreu em quatro fases: interlocução com o Centro Zanmi, associação de apoio a imigrantes de Belo Horizonte; busca ativa e visitas domiciliares pela ACS e internas de medicina; aplicação de questionário; apresentação dos resultados à comunidade de imigrantes haitianos, aos profissionais de saúde do CSNAR, à comunidade acadêmica da Unifenas - BH e a outros membros da comunidade interessados. Na fase de interlocução realizou-se visita à entidade de apoio a imigrantes, o Centro Zanmi, onde dialogamos com pessoas capacitadas no acolhimento a imigrantes, o que possibilitou informações importantes sobre abordagem a imigrantes, diferenças culturais e de linguagem.

A partir daí, iniciou-se a busca ativa de imigrantes haitianos por meio de visitas domiciliares (VD) realizadas pela ACS e as internas de medicina. Da abordagem no CSNAR quando algum dos imigrantes procurava por atendimento ou era levado por outros haitianos para ser apresentado à equipe. Esses o faziam após as VD, nas quais percebiam o interesse por parte da equipe de saúde em conhecer e auxiliar estas pessoas. Nestas VD e abordagens no CSNAR era aplicado um questionário individual aos haitianos residentes na área de abrangência do CSNAR, composto por um total de 30 questões, sendo 14 questões fechadas, 12 questões abertas, e quatro semiabertas.

Após a análise do questionário, verificamos tratar-se de pessoas jovens, com faixa etária predominante entre 25 e 35 anos, em sua maioria homens, casados e de baixa escolaridade. Sobre o motivo da vinda ao Brasil, apresentaram a mesma justificativa que foi encontrada na literatura, busca por trabalho, boa remuneração e uma vida melhor para seus familiares. A principal característica entre os casados foi que,

após se estabelecerem, trouxeram seus cônjuges para também viver no Brasil. A população está, em média, há poucos meses no Brasil.

Os haitianos se vincularam ao bairro Novo Aarão Reis aparentemente sem motivo específico, alguns trazidos por contratantes, outros estimulados por familiares ou amigos que viviam em Belo Horizonte. Não identificaram dificuldades de adaptação ou deficiências na região, se adaptaram às condições de vida da comunidade local, apesar de manterem pouco convívio social com os moradores, sendo as igrejas o principal meio de lazer e convívio com os brasileiros. Estabeleceram-se em residências alugadas, a maioria vivendo com familiares em grupos de cerca de três pessoas e mantêm contato mensal com seus familiares no Haiti.

A interação do CSNAR com esta comunidade de imigrantes identificou uma frustração da mesma na medida em que a busca por melhores condições financeiras e qualidade de vida para si e para seus familiares no Haiti nem sempre foram alcançadas. Imigrantes com cursos superiores e profissões bem estabelecidas no Haiti tiveram que optar por atividades diferentes de suas formações profissionais. O setor produtivo que mais emprega os homens é a construção civil e, para as mulheres, os serviços gerais. Trabalham, em geral, com carteira assinada e com carga horária semelhante à dos brasileiros.

Esta população possui duas crianças, uma nascida no Brasil há nove meses, com pré-natal realizado no CSNAR, e outra nascida no Haiti há quatro anos. Esta última encontra-se em idade escolar, porém está fora da escola por falta de vagas em creches do bairro. Identificou-se outra gestante também com acompanhamento pelo CSNAR, que relatou bom acesso e acompanhamento pré-natal pelo CSNAR. Esta gestante refere que os serviços de saúde superaram suas expectativas, por ter sido tratada com dignidade, experiência diferente a de outros países vividos anteriormente, onde relata ter sofrido racismo.

A maior parte da comunidade de haitianos do território refere uso anterior dos serviços do CSNAR, sendo que alguns também precisaram usar a atenção secundária. As demandas de saúde foram diversas e em sua maioria com resolução na APS. A principal dificuldade encontrada na adaptação dos haitianos ao SUS refere-se ao seu funcionamento, incluindo seus níveis assistenciais. Os entrevistados desconheciam os princípios do SUS (universalidade, integralidade, equidade e participação social) e o papel central da APS na rede de cuidados.

Os imigrantes relatam que no Haiti a assistência à saúde ocorre, majoritariamente, no hospital, centralizada no médico especialista focal e com financiamento privado. Consideram que o serviço público de saúde no Haiti tem acesso limitado e burocrático. Este desconhecimento levou alguns membros desta comunidade a recorrer ao sistema suplementar brasileiro. A distribuição de medicamentos no CSNAR e a quantidade de profissionais de saúde foram bem avaliados pela comunidade. Um ponto negativo do serviço do CSNAR foi a demora no atendimento e na realização de exames complementares.

Os imigrantes consideram positiva a distribuição gratuita de medicamentos pelo SUS, pois em seu país nativo não há esse benefício. Um ponto negativo do serviço do CSNAR foi a demora no atendimento e na realização de exames complementares. Quanto à queixa da demora no atendimento, a maioria se deu em relação aos pronto-atendimentos, pois baseado no modelo de saúde do Haiti a maioria se dirigia aos hospitais quando tinha alguma demanda de saúde, mesmo que de baixa complexidade. Após a intervenção da ACS e das internas de medicina, com elucidação do funcionamento do SUS, a maioria começou a utilizar mais o CSNAR e demonstrou maior satisfação em relação ao tempo de espera para o atendimento.

Quando abordados sobre o atendimento do serviço social local, apenas uma haitiana referiu ter conhecimento e ter procurado o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Esta imigrante haitiana possui situação de alta vulnerabilidade social, por isso foi referenciada pelo CSNAR ao CRAS. A população de imigrantes haitianos adscrita ao CSNAR praticamente desconhece o Centro Zanmi²⁰ ou seus direitos e deveres como residentes no Brasil.^{18,21} Apenas um haitiano frequentou e participa de aulas de Português no Centro Zanmi.

Os haitianos acreditam que a baixa fluência em português e o baixo acesso a bons trabalhos sejam as maiores barreiras para o imigrante. Outras dificuldades estão relacionadas ao processo de adaptação cultural, relações de trabalho, baixa remuneração, custo de vida e distância dos familiares.

Para os haitianos, a vinda para o Brasil gerou grande expectativa, imaginavam grandes oportunidades de trabalho e renda. Apesar de não terem alcançado a expectativa em sua plenitude, avaliam que o Brasil oferece melhores condições de moradia, saúde, direitos e trabalho do que a que possuíam no Haiti. Seguem na busca por uma vida melhor e não hesitam em afirmar que pretendem voltar ao país de origem.

Conclusão

A realização deste relato de experiência é fruto da integração ensino-serviço-pesquisa entre o IAIS da Unifenas - BH, o Centro Zanmi e o CSNAR. Tal integração oportunizou o acolhimento das necessidades de saúde dos imigrantes haitianos residentes na área de abrangência do CSNAR mediante cadastramento no SUS e elucidação de seu funcionamento e suas diretrizes. Com isso, os haitianos puderam dirigir-se aos locais adequados de acordo com suas demandas; a vulnerabilidade socioeconômica em que se encontrava a maioria dos haitianos foi apresentada aos profissionais de saúde e do serviço social (CSNAR e CRAS, respectivamente), levando à sensibilização desses para esta população e facilitando o acesso dos haitianos a esses serviços, com auxílio de suas necessidades sociais, trabalhistas, jurídicas e de saúde; melhor acesso aos serviços públicos com explicação sobre a utilidade, localização e mobilidade aos mesmos; e o ganho de competência cultural de todos os profissionais envolvidos por meio do contato e intercâmbio com os haitianos, e da exposição dos resultados aos profissionais e internos da Unifenas - BH.

Foram identificadas as principais dificuldades de adaptação dos imigrantes residentes na área de abrangência do CSNAR, as demandas sociais e de saúde, além de possibilitar o conhecimento comparativo das diferenças no acesso e uso do sistema público de saúde brasileiro e haitiano. Ademais, estas ações contribuíram para a inserção da população de haitianos no contexto social belo-horizontino via contato direto com o Centro Zanmi, que *a posteriori* disponibilizou duas vagas para profissionais do CSNAR fazerem aulas de crioulo (dialeto haitiano).

Esta experiência também propiciou maior integração do CSNAR com demais setores da Rede de Assistência como a Gerência Regional, Gerência de Políticas de Igualdade Racial, que trabalham, desde então, com os profissionais do CSNAR para aprimorar a inserção, o resgate, a autoconfiança e o empoderamento da população negra haitiana no território, além de trazer à tona o olhar sobre os demais haitianos espalhados pela cidade de Belo Horizonte e ainda não visibilizados.

Referências

1. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988. [acesso 2015 Maio 9]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/constituicao>
2. Andrade TMA. Da efetivação do direito à saúde no Brasil. 2010. [acesso 2015 Maio 9]. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9037
3. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Sistema Único de Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. [Internet] Brasília, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1). [acesso 2015 Maio 9]. Disponível em: http://www.conass.org.br/colecao2011/livro_1.pdf
4. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS. Brasília, 2007. p. 8-232. [acesso 2017 Maio 31]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro8.pdf
5. Lopes JMC. Princípios da Medicina de Família e Comunidade. In: Gusso G, Lopes JMC, orgs. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 1-11.
6. Takeda S. A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Duncan MS, Giugliani C. Medicina Ambulatorial. Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 19-32.
7. Universidade José do Rosário Vellano. Campus Belo Horizonte - UNIFENAS BH. [acesso 2015 Maio 2]. Disponível em: <http://www.unifenas.br/medicinabh.asp?pasta=+BH-MED-11>
8. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 3/2014, de 20 de junho de 2014. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em medicina. Brasília: Ministério da Educação; 2014.
9. Frenk J. Reinventing primary health care: the need for systems integration. *Lancet*. 2009;374(9684):170-3. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60693-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60693-0)
10. Soares CHA, Pinto VPT, Dias MSA, Parente JRF, Chagas MIO. Sistema saúde escola de Sobral - CE. *SANARE*. 2008;7(2):7-13. [acesso 2015 Jun 1]. Disponível em: <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/26>
11. Dias MAS et al. Secretaria de Saúde de Sobral: construindo um sistema aprendente. *Rev Sustentação*. 2007;19:32-3.
12. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923-58. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
13. Assis GO. A “diáspora” haitiana a rumo ao Brasil e os desafios à política migratória brasileira: migrantes indesejados? Florianópolis: FAED - Universidade do Estado de Santa Catarina; 2012.
14. Costa GA. Haitianos em Manaus: dois anos de imigração - e agora! *Travessia Rev Migrante*; 2012;70:91-8.
15. Silva S. Brazil, a new Eldorado for immigrants? The case of Haitians and the Brazilian immigration policy. *Urbanities*. 2013;3(2):3-18.
16. Fernandes D. Projeto “Estudos sobre a Migração Haitiana ao Brasil e Diálogo Bilateral”. Belo Horizonte; 2014. [acesso 2014 Dez 29]. Disponível em: http://obs.org.br/index.php?option=com_k2&view=item&id=746:projeto-estudos-sobre-a-migracao-XXXXXXXXXXahaitianahaitiana-ao-brasil-e-dialogo-bilateral&Itemid=130
17. Fernandes D, Castro MCG, Ribeiro C. Migração Haitiana para o Brasil: Minas Gerais como destino, a fala dos haitianos. Belo Horizonte; 2014. [acesso 2017 Jun 1]. Disponível em: <http://diamantina.cedeplar.ufmg.br/2014/site/arquivos/migracao-haitiana-para-o-brasil.pdf>
18. Organização Mundial de Saúde (OMS). Ação sobre os determinantes sociais da saúde: aprendendo com experiências anteriores. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2005. [acesso 2015 Abr 15]. Disponível em: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/piezas%20comunicacionales/cursos/cursoport/Textos%20Completos/DSS%20-%20Aprendendo%20com%20experiencias%20anteriores.pdf>

19. Prefeitura de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Projeto de Qualificação da Infraestrutura da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte. Caracterização do Sistema Atual. Documento complementar 1. [acesso 2015 Set 15]. Disponível em: http://www.pbh.gov.br/smsa/atencao_primaria/Documento_Complementar_1G_Oeste.pdf
20. Centro Zanmi, do Serviço Jesuíta a Migrantes e Refugiados. [acesso 2015 Jan 20]. Disponível em: <http://www.cpalsocial.org/110.html>
21. Brasil. Ministério da Justiça. Agência da Organização das Nações Unidas (ONU) para refugiados. Alto comissariado das nações unidas para refugiados - ACNUR. Cartilha para refugiados no Brasil. [acesso 2015 Jan 20]. Disponível em: http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/portugues/Publicacoes/2015/Cartilha_para_solicitantes_de_refugio_no_Brasil_2015.pdf

^a Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS). Belo Horizonte, MG, Brasil. neomamendes@gmail.com; leticia_lmartins@hotmail.com

^b Internato de Atenção Integral à Saúde; Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS). Belo Horizonte, MG, Brasil. ledamms@yahoo.com.br

^c Centro de Saúde Novo Aarão Reis. Belo Horizonte, MG, Brasil. ivonendavid@yahoo.com.br

^d Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS); Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP). Belo Horizonte, MG, Brasil. nathanmendes@hotmail.com (*Autor correspondente*)

Audácia baseada em evidências

Audacity based on evidence

Audacia basada en la evidencia

Isabella Talita Landim da Silva Santos^a, Thiago Rocha de Pontes^b, Renato Matias Dantas^a, Nelson Barros Pinheiro Neto^a

“Medicamentos mortais e crime organizado: como a indústria farmacêutica corrompeu a assistência médica” (Porto Alegre, Bookman, 2016), do médico pesquisador Peter C. Gøtzsche, defende veementemente a ideia de que a indústria farmacêutica trata-se de uma verdadeira máfia criminoso. A obra é dividida em 22 capítulos, de modo que cada um é seguido das referências as quais os corroboram, é escrita de forma clara, precisa e embasada em fatos, sendo que muitos desses foram vivenciados pelo próprio autor.

A priori, o autor faz referência a sua infância e ao seu avô médico, a quem sempre respeitou e, no entanto, de quem discordava no tocante às prescrições medicamentosas e à carência de atualização nos estudos depois da graduação. Durante a adolescência, cogitou ser engenheiro de rádio, engenheiro eletricista, psicólogo, mas tinha grande interesse por biologia, chegando a cursar e a tornar-se professor dessa área. Trabalhou também como representante farmacêutico e, nesse percurso, amadureceu o pensamento crítico em relação à ilegalidade que permeia não apenas a introdução de medicamentos para indicações não aprovadas, mas também a apresentação de pesquisas preliminares a médicos sem um ensaio clínico definitivo. Nessa esfera, relata a relevância da criação da Colaboração Cochrane, a qual foi fundada para combater as pesquisas médicas tendenciosas, através de revisões sistemáticas rigorosas dos ensaios randomizados.

Ao trilhar uma filosofia pessoal de vida, resolveu começar a decidir por si mesmo: em 1978 começou a cursar Medicina, enquanto ainda trabalhava na Astra-Syntex, onde era responsável por ensaios clínicos e solicitação de registros para novos medicamentos e indicações. Em referência ao modelo de negócio das empresas farmacêuticas, Gøtzsche afirma que há um verdadeiro crime organizado, levando médicos e pacientes a acreditarem na eficiência e segurança dos medicamentos, com base na falsa ideia de testes cuidadosos por parte da indústria farmacêutica e exames minuciosos pelas agências reguladoras.

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
não se aplica.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.

Recebido em: 15/04/2017.

Aprovado em: 01/05/2017.

Como citar: Santos IMLS, Pontes TR, Dantas RM, Pinheiro Neto NB. Audácia baseada em evidências. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-4. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1519](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1519)

O autor concorda com o pensamento de Paracelsius sobre a dose ser a diferença entre o veneno e o medicamento e, para ilustrar essa tese, traz o exemplo da toxina botulínica: a neurotoxina produzida pela bactéria *Clostridium botulinum* é um dos venenos mais fortes da natureza, de modo que uma dose de 50ng matou metade dos macacos em um estudo de toxicidade, todavia, é utilizada por humanos para tratar rugas entre as sobrancelhas. Muito embora a bula advirta sobre o risco de morte, pela possibilidade de absorção pela mucosa do olho, o uso da toxina botulínica é bem comum.

Ao realizar pesquisas na internet no tocante às empresas farmacêuticas e fraudes, encontrou dez ações fraudulentas recentes (entre 2007 e 2012): pagamento de propinas e oferecimento de hospitalidade suntuosa a médicos que prescrevessem alguns medicamentos por parte da Pfizer; comércio ilícito de oxcarbazepina pela Novartis; superfaturamento com medicamentos destinados a pacientes indigentes por parte da Sanofi-Aventis; comércio ilegal de medicamentos *off-label* pela GlaxoSmithKline; entre outras.

Em conformidade com suas pesquisas, afirma categoricamente que o crime corporativo é comum e os delitos são repetitivamente executados, o que leva a muitas mortes e a inúmeros danos sérios. No que tange ao benefício dos medicamentos, Peter considera que poucos são os pacientes os quais se beneficiam integralmente, usando a depressão como exemplo para defender esse posicionamento, já que no seu centro de pesquisas são utilizados – dentre outros – medicamentos antidepressivos.

Explica como é feito um estudo duplo cego e que um não cegamento de um estudo com placebo, por menor que seja, pode transformar um medicamento totalmente ineficaz em um que pareça ser muito eficaz. Para ele, o ensaio clínico randomizado é o delineamento mais fidedigno para avaliar tratamentos. Nesse sentido, ele adverte como imoral: médicos e pacientes ajudam as empresas com seus ensaios, sem haver reciprocidade. Além disso, é deveras comum a manipulação de ensaios clínicos a fim de que os resultados se tornem úteis e lucrativos para os vendedores.

Outro fato que choca o autor é a aliança existente entre grandes indústrias do ramo farmacêutico e as academias de Medicina: para exemplificar, relata que em 2003 pesquisadores das faculdades de Medicina publicaram resultados positivos sobre o uso de inibidores seletivos de recaptção de serotonina em crianças e adolescentes, no entanto, a *Food and Drug Administration* (FDA) determinou a existência do risco de suicídio com o uso desses inibidores.

Ademais, Gøtzsche denuncia, com dados verídicos, questões relacionadas a conflito de interesse; à influência corruptora do dinheiro fácil; aos ensaios de semeadura, através dos quais os médicos recebem medicamentos novos das empresas e são convidados a usá-los em seus pacientes e, em boa parte dos casos, usam medicamentos novos e caros em detrimento dos antigos e baratos, mas igualmente eficazes; ao marketing disfarçado nos ensaios clínicos; à venda agressiva; à regulação impotente de medicamentos e o envolvimento de muitos políticos; à inacessibilidade por parte de médicos e pacientes de todos os dados gerados pelos ensaios clínicos. Refere-se também à psiquiatria e à facilidade em manipular as definições de transtornos psiquiátricos, de modo que os psiquiatras estão sob um alto risco de corrupção e esse ramo da Medicina tornou-se uma mina de ouro para a indústria farmacêutica.

Para finalizar a obra, o autor alerta para o fato de que grandes reuniões envolvendo o corpo médico são financiadas pelas corporações farmacêuticas e cita uma participação em uma palestra, na qual abordou fraudes associadas aos cinco patrocinadores do evento em questão. Adverte, tal como fez durante todo o

livro, que a indústria farmacêutica é a pior de todas as indústrias, em razão de agir como crime organizado, infringindo a lei e ceifando a vida de milhares de inocentes.

Analisando-se a obra em questão, vale destacar que a linguagem de Gøtzsche é clara, direta e forte. Trata-se de um livro sem concessões, dissimulações e ardeios; além de contar com uma série de referências que comprovam os fatos e as evidências (a esmagadora maioria delas são detalhadas) utilizados como argumentos. É notório, assim, que não falta ao autor coragem em expor de uma forma tão aberta a corrupção transpassada no meio farmacêutico e médico. Talvez vários outros pesquisadores do cenário apresentado sejam cientes dessa problemática e até podem ter vontade em abordá-la e, no entanto, não o fazem.

Audácia e franqueza são ingredientes que Peter demonstrou ter em abundância. Como contribuintes desse modelo desmoralizante, o autor aponta médicos envolvidos com consultorias, palestras e experimento irregular de medicamentos e, em decorrência disso, é pouco provável que não apenas esses profissionais mas também os acadêmicos de Medicina leiam o livro e não sintam ao menos um incômodo quanto a sua colocação frente a essa lamentável realidade.

Convém, por conseguinte, o incentivo dessa leitura por parte desses grupos até mesmo como mecanismo de combate à comercialização da assistência médica pela máfia do mercado farmacêutico. É louvável perceber que – além de criticar e desmascarar a indústria abordada – o autor mostra as possíveis soluções para arrostarem esse tipo de prática criminal.

Gøtzsche apresenta propostas e urge por uma revolução, deixando explícito o seu parecer no que tange ao combate contra essa mazela social: deve-se potencializar o processo de regulação, a fim de transformá-lo em um sistema mais transparente, independente e até mesmo eficientemente investigativo; adicionando-se também a prática da Medicina baseada – de forma real – em evidências; além da disponibilização de todos os dados para licenciar medicamentos, somada à exposição de vínculos financeiros que permeiam a indústria farmacêutica.

É previsível, assim, mediante a exposição de Peter tão bem consolidada em argumentos e fatos sólidos, que o ramo das associações farmacêuticas articule-se em prol de enfraquecer ou derribar a ideia de criminalização desse meio; ora, essa obra é uma arma de boa munição contra a cegueira que há por trás da ideia de que os medicamentos a que temos acesso apenas curam enfermidades e salvam vidas.

Inegavelmente, esse livro é de extrema valia para a construção de um posicionamento crítico de profissionais da saúde, sobretudo de médicos e estudantes de Medicina. A leitura da obra, por fim, deve ser estimulada, em virtude de, muito provavelmente, poder contribuir para a qualidade da prática médica, enriquecendo-a com honestidade, ética e compromisso social.

Peter Christian Gøtzsche, dinamarquês, 67 anos, além de mestre em biologia e química, é especialista em medicina interna, cofundador da Colaboração Cochrane e fundador do The Nordic Cochrane, professor de Delineamento e Análise de Pesquisa Clínica da Universidade de Copenhague. Publicou mais de 50 artigos e escreveu outros livros: *“Mammography Screening: truth, lies and controversy”*, *“Rational Diagnosis and Treatment: evidence-based clinical decision-making”*, *“On Safari in Kenya”*, *“Rationel klinik. Evidens diagnostiske og terapeutiske beslutninger”*.

^a Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Campina Grande, PB, Brasil.
isabellatalitalandim@gmail.com (*Autora correspondente*); renatomd3@gmail.com;
nelson.bpn@gmail.com

^b Faculdade Maurício de Nassau (UNINASSAU). Natal, RN, Brasil. thiagorpontes@hotmail.com

A Atenção Primária Coordenando as Redes de Atenção à Saúde: a realidade dos grandes municípios

Primary Care Coordination of Health Care Networks: the reality of large municipalities

La Atención Primaria Coordinando las Redes de Atención a la Salud: la realidad de las grandes ciudades

Thiago Dias Sarti^a

Resumo

Esta resenha sublinha a relevância de empreendimentos acadêmicos que visam avaliar a estruturação do sistema de saúde brasileiro e seus desafios, como é o caso do livro "Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde", publicado em 2015 pela EDUFBA.

Abstract

This book review emphasizes the importance of academic endeavors aimed at evaluating the structure of the Brazilian health system and its challenges, as in the book "Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde", published in 2015 by EDUFBA.

Resumen

Esta reseña destaca la relevancia de emprendimientos académicos que buscan evaluar la estructuración del sistema de salud brasileño y sus desafíos, como es el caso del libro "Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde", publicado en 2015 por la EDUFBA.

Palavras-chave:

Atenção Primária à Saúde
Livros
Pesquisa sobre
Serviços de Saúde

Keywords:

Primary Health Care
Books
Health Services Research

Palabras clave:

Atención Primaria de Salud
Libros
Investigación en
Servicios de Salud

Como citar: Sarti TD. A Atenção Primária Coordenando as Redes de Atenção à Saúde: a realidade dos grandes municípios. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-4. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1549](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1549)

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: 17/06/2017.
Aprovado em: 04/07/2017.

Almeida PF, Santos AM, Souza MKB (Orgs.). Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde. Salvador: EDUFBA; 2015.

Fruto de um grande esforço acadêmico em três importantes municípios do Estado da Bahia, este trabalho traz relevantes contribuições em torno do necessário fortalecimento da atenção primária à saúde (APS) com vistas ao enfrentamento da histórica fragmentação do sistema de saúde brasileiro. Organizado por pesquisadoras e pesquisadores com grande atuação no campo da Saúde Coletiva, o livro busca dialogar e preencher lacunas relevantes existentes no conhecimento das políticas de saúde do país.

Dividido em uma parte teórica com quatro capítulos, uma segunda parte de cinco capítulos na qual são apresentados os principais resultados de uma grande pesquisa financiada pelo CNPq e uma curta parte final de dois capítulos de reflexões e considerações finais, o livro se destina a analisar “os principais desafios e possibilidades para coordenação do cuidado em municípios sede de regiões de saúde” (p. 14). Como bem aponta o sanitarista Helvécio Miranda no prefácio da obra, o escopo do livro trata de alguns dos permanentes desafios para a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da APS com base nos princípios basilares da universalidade e da integralidade.

A realidade descrita no livro é vivenciada cotidianamente por Médicos de Família e Comunidade (MFCs) que atuam na APS vinculada ao SUS de todo o país, Saúde da Família ou não, interessando a estes por aprofundar o conhecimento dos desafios de nosso sistema de saúde. Contudo, apesar de focado no sistema público de saúde, é uma leitura que pode interessar também aos MFCs vinculados ao sistema suplementar de saúde, já que vai tratar de aspectos universais da estruturação e qualificação da APS, dialogando com princípios elementares desta discutidos intensamente pela MFC a partir do trabalho de Barbara Starfield, por exemplo, mesmo que de maneira pouco explícita e com base em referenciais teóricos que dialogam mais de perto com o campo da Saúde Coletiva. Serve, portanto, tanto para estreitar o diálogo entre estes campos de conhecimento quanto para vislumbrar os limites destes referenciais, apontando para o necessário fortalecimento da MFC no universo da pesquisa.

O primeiro capítulo do livro, escrito por Ligia Giovanella e Klaus Stegmüller, traz um relevante debate, já bem conhecido pela MFC, sobre a APS no continente europeu. Sem muitas pontes com o restante do livro, o capítulo é certeiro quando atualiza a discussão internacional, mostrando as particularidades de cada realidade (particularmente da Alemanha, Espanha e Reino Unido) sem perder a dimensão global de muitos desafios, ao mostrar que “em face à diversificação do panorama assistencial, à especialização acentuada, à fragmentação dos sistemas de serviços de saúde, progressiva medicalização, intervenções desnecessárias e inapropriadas com lacunas na segurança dos pacientes, identificando-se a premente necessidade de melhoria do cuidado aos portadores de agravos crônicos com eficiência, a APS, na Europa, ganha maior presença no debate político” (p. 20). Este trecho é centrado na Europa, mas se aplica com perfeição ao Brasil, apontando para a importância de compreendermos os desafios e as soluções encontradas por outros países para a tão falada “crise dos sistemas de saúde”, sem perder de vista nossas especificidades políticas e econômicas.

Os autores deste primeiro capítulo do livro trazem também uma reflexão pertinente e atual para o contexto brasileiro ao apontar as críticas feitas à centralidade da MFC na APS de diversos países europeus por parte daqueles que frisam a importância do enfoque comunitário, da intersectorialidade e da

participação social para a conformação de uma APS abrangente nos moldes de Alma-Ata, apesar dos avanços observados em termos de acesso, abrangência e longitudinalidade nas modelagens europeias de APS. Tais críticas sempre surgem quando se busca tencionar certo higienismo e sanitarismo que marcam o modelo Saúde da Família, por exemplo, a partir da necessária centralidade da pessoa no cuidado prestado pela APS.¹ Diversos atores que influenciam os rumos da APS no Brasil limitam o escopo desta a um coletivismo que frequentemente serve de base para processos de trabalho burocráticos que dificultam o acesso das pessoas a cuidados essenciais em tempo oportuno. Infelizmente, o livro não contribui para a resolução destas tensões, sendo que em diversos momentos parece reforçar essa visão distorcida da APS.

Os três capítulos seguintes da Parte 1 do livro exploram teoricamente diversas noções envolvendo a coordenação do cuidado na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e da regionalização da atenção à saúde, finalizando com análises sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Interessante notar que Assis aponta como a regionalização, integração e coordenação de redes de atenção requerem modelagens correspondentes nos processos de gestão e de atenção à saúde nos mais diversos pontos do sistema (p. 49). Neste sentido, a autora comenta as limitações de diversas experiências de gestão, como por exemplo o caso da Fundação Estatal Saúde da Família, órgão intermunicipal público da administração indireta criado em 2009 na Bahia com o objetivo de expandir e fortalecer a ESF e desprecarizar vínculos de trabalho, apontando os problemas desta iniciativa em enfrentar um dos principais gargalos do SUS: a gestão do trabalho. Assim, ainda está aberto o debate sobre o trabalho profissional na APS brasileira, em particular a de provisão estatal!

Por outro lado, pode interessar aos MFCs a crítica feita por Junior et al. (cap. 3) às produções de Eugenio Vilaça Mendes em torno das RAS, que ganharam certo destaque na discussão da fragmentação do SUS recentemente, tendo a OPAS como uma das principais validadoras. De uma maneira geral, fica a impressão de que este referencial articula elementos teóricos e práticos de uma forma um tanto mecânica, apesar da densidade das revisões de literatura que o subsidia, normatizando complexos processos sociais que se materializam na gestão do sistema e no cuidado.

Sobre o PMAQ, Aleluia et al. sintetizam de forma adequada a construção dos instrumentos que o subsidiam e apontam os limites (inclusive metodológicos) dessa experiência na indução de processo de melhoria da qualidade da APS, faltando apenas uma maior reflexão sobre a vasta literatura que aborda os não desprezíveis problemas de estratégias semelhantes levadas a cabo em outros países (exemplo: o *Quality and Outcomes Framework* no Reino Unido).² Se isto fosse levado em consideração, talvez os autores relativizariam ainda mais as potencialidades do PMAQ.

A parte 2 do livro entra propriamente nos meandros da pesquisa que o subsidia, tratando-se de um estudo de casos múltiplos (incluindo um estudo transversal) com métodos e instrumentos mistos realizado em Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus e Vitória da Conquista, todos municípios com mais de 400 mil habitantes, com relevantes problemas sociais (por exemplo, índice de pobreza superior a 30%) e sedes de Regiões de Saúde. A pesquisa contou com o apoio de diversas instituições de ensino que de alguma maneira estão ligadas a estas regiões, sendo este movimento algo fundamental a ser fortalecido também no polo acadêmico da MFC. Participaram da pesquisa gestores, profissionais e usuários.

Após uma descrição detalhada dos métodos da pesquisa, o livro traz quatro capítulos densos e muito bem apresentados sobre os resultados encontrados nos municípios citados e em uma Comissão

Intergestores Regional do Estado da Bahia. Tem-se, então, uma leitura condensada em pouco mais de 100 páginas que nos remete aos inúmeros problemas enfrentados pelo SUS e pela APS. Não se pode dizer que os dados aqui apresentados sejam inteiramente originais, embora a visão abrangente que os autores destes capítulos passam para o leitor sirva como excelente diagnóstico dos desafios que ainda temos pela frente na estruturação do sistema de saúde brasileiro, em particular em locais com grandes insuficiências materiais e humanas, como é o caso aqui abordado.

Fica o diagnóstico geral de que a ESF ainda não consegue coordenar o cuidado como almejado ao menos pelas normativas ministeriais, seja por deficiências materiais (insumos em geral), humanas (insuficiência e alta rotatividade de profissionais mal remunerados e sem muitos incentivos) e logísticas (sistema com insuficiência de oferta e precariedade de mecanismos de regulação e gestão). Causa desconforto, a partir desta leitura, a pergunta central feita no livro de “qual atenção primária se fala ao imputar-lhe a complexa missão de coordenar uma resposta integral em saúde?” (p. 170). O livro traz várias pistas, muitas delas que dialogam diretamente com a produção acadêmica recente de alguns MFCs, mas resta a tensão mal resolvida entre os “dois polos” e certa indefinição sobre a amplitude e a diversidade de possibilidades de organização da APS em diversos pontos do texto.

Aliás, apesar da boa amarração entre os capítulos que discutem os métodos, os resultados da pesquisa e as considerações finais de Almeida e Santos, o livro deixa no ar a diversidade de orientações teóricas presentes nas discussões sobre RAS e coordenação do cuidado. Isto é positivo no sentido de dar aos leitores ferramentas diversas para enfrentar este debate. Mas peca em alguns momentos analíticos que exigiriam certo alinhamento teórico, bem como em algumas discussões feitas por autores de capítulos que, pelo visto, não estiveram na linha de frente da pesquisa e que pouco dialogam com o restante do material.

De qualquer forma, o debate promovido pelo livro é muito bem-vindo e sinaliza para a necessidade de mais conhecimento e, sobretudo, experiências inovadoras em relação à coordenação da atenção à saúde em contextos complexos.

Referências

1. Gusso GDF, Knupp D, Trindade TG, Gérmen Junior N, Poli Neto P. Bases para um Novo Sanitarismo. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(36):1-10. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(36\)1056](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(36)1056).
2. Norman AH, Russell AJ, Macnaughton J. The payment for performance model and its influence on British general practitioners' principles and practice. Cad Saúde Pública. 2015;30(1):55-67. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00149912>.

^a Departamento de Medicina Social - Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Vitória, ES, Brasil. tdsarti@gmail.com (*Autor correspondente*)

Funcionamento 24 horas para Unidades de Saúde da Família: uma solução para ampliação de acesso? Um ensaio sobre as “Upinhas” do Recife

24-hour operation for Family Health Units: a solution for access expansion?

An essay on the "Upinhas" of Recife

Funcionamiento 24 horas para las Unidades de Salud de la Familia: ¿Una solución para la ampliación del acceso?

Un ensayo sobre las "Upinhas" de Recife

Bruno Henrique Soares Pessoa^a, Eneline de Andrade Heráclio Gouveia^a, Isabel Brandão Correia^a

Resumo

A Atenção Primária à Saúde é via preferencial de acesso ao sistema de saúde, tendo em vista seu papel ordenador, os benefícios da continuidade do cuidado e resolutividade deste nível de atenção. Diversas barreiras de acesso, dentre elas o horário restrito de funcionamento, fazem com que esse primeiro contato não seja facilitado. No Recife, novos equipamentos de Atenção Primária à Saúde vêm sendo implantados desde o ano de 2013: as “Upinhas 24 horas”. O objetivo deste trabalho é analisar o modelo “Upinha” apresentado como uma solução para ampliação de acesso. Foi realizada uma revisão da literatura sobre diversas estratégias existentes de ampliação do acesso, a partir das quais se analisou criticamente o modelo “Upinha 24 horas” às lentes dos modelos vigentes. Horário estendido, acesso avançado e acolhimento à demanda espontânea foram os modelos de ampliação de acesso revisados para embasar a discussão. O impacto do horário estendido na ampliação do acesso pode ser minimizado se outras medidas, como mudanças no modelo de agendamento, priorizando o acesso avançado, não forem concomitantemente implantadas. O modelo “Upinha 24 horas”, da forma como se apresenta, parece ser baseado na concepção de uma Atenção Primária à Saúde que funciona como complemento para “desafogar” os serviços de atendimento às urgências já existentes e não como ordenadora do serviço de atenção às urgências. Apesar de apontar numa direção inicialmente acertada, a implantação das “Upinhas 24 horas” parece ainda ser uma proposta incipiente na garantia de acesso.

Abstract

Primary Health Care is a preferential route of access to the health system, considering its ordering role, the benefits of continuity of care and the effectiveness of this level of care. Several access barriers, including restricted hours of operation, make this first contact difficult. In Recife, new equipment for Primary Health Care has been implemented since 2013: the “Upinhas 24 horas”. The objective of this essay is to analyze the “Upinha” model presented as a solution to increase access. A review of the literature on several existing strategies of access expansion was carried out, from which the “Upinha 24 horas” model was analyzed critically through the lenses of the current models. Extended hours, advanced access and welcoming of the spontaneous demand were the models of access expansion revised to support the discussion. The impact of extended hours on increased access can be minimized if other measures, such as changes to the scheduling model prioritizing advanced access, are not implemented concurrently. The “Upinha 24 horas” model, as presented, seems to be based on the conception of a Primary Health Care system that works as a complement to “unload” the services of attendance to emergency services and not as ordering of the system emergency attention. Despite pointing in an initially correct direction, the implementation of the “Upinhas 24 horas” still seems to be an incipient proposal in the guarantee of access.

Como citar: Pessoa BHS, Gouveia EAH, Correia IB. Funcionamento 24 horas para Unidades de Saúde da Família: uma solução para ampliação de acesso? Um ensaio sobre as “Upinhas” do Recife. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-9. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1529](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1529)

Palavras-chave:

Plantão Médico
Controle de Acesso
Atenção Primária à Saúde
Medicina de Família e Comunidade

Keywords:

After-Hours Care
Gatekeeping
Primary Health Care
Family Practice

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: 09/05/2017.
Aprovado em: 30/08/2017.

Resumen

La Atención Primaria es la vía preferencial de acceso al sistema de salud, teniendo en cuenta su papel ordenador, los beneficios de la continuidad del cuidado y resolución de este nivel de atención. Diversas barreras en el acceso, dentro de ellas, el horario restringido de funcionamiento, hacen que ese primer contacto sea difícil. En Recife, nuevos equipos de Atención Primaria vienen siendo implementados desde el año 2013: las "Upinhas 24 horas". El objetivo de este trabajo es analizar el modelo "Upinha" presentado como una solución que amplía el acceso. Fue realizada una revisión de la literatura sobre diversas estrategias existentes de ampliación del acceso, a partir de las cuales se analizó críticamente el modelo "Upinha 24 horas" a la vista de los modelos vigentes. Horario extendido, acceso avanzado y acogimiento de la demanda espontánea, fueron los modelos de ampliación del acceso revisados para sustentar la discusión. El impacto del horario extendido en cuanto a la ampliación del acceso puede ser minimizado si otras medidas, como cambios en el modelo de turnos priorizando el acceso avanzado, no fueran concomitantemente implementadas. El modelo "Upinha 24 horas" de la forma que se presenta, parece basado en la concepción de una Atención Primaria que funciona como complemento para "desahogar" los servicios de atención de urgencias. A pesar de apuntar en una dirección inicialmente correcta, la implementación de las "Upinhas 24 horas" parece ser todavía una propuesta incipiente en la garantía del acceso.

Palabras clave:

Atención Posterior
Control de Acceso
Atención Primaria de Salud
Medicina Familiar
y Comunitaria

Introdução

O acesso de primeiro contato, funcionando como porta de entrada para o sistema de saúde, é um atributo essencial da Atenção Primária à Saúde (APS).¹ No Brasil, o acesso ao sistema de saúde pode se dar de várias maneiras: via Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas Tradicionais (UBT), que compõem a APS; via serviços de emergência, tais quais as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e os setores de emergência dos hospitais; e pelo acesso direto ao especialista, este último mais comumente encontrado na saúde suplementar.²

A APS é a via preferencial de acesso ao sistema de saúde, tendo em vista seu papel ordenador, os benefícios da continuidade do cuidado e resolutividade deste nível de atenção³ e o excesso de utilização de serviços de emergência por problemas não urgentes.⁴ No entanto, existe uma percepção de que o acesso às unidades de APS não se dá de forma tão facilitada quanto deveria. Essa dificuldade é maior para aqueles que trabalham em horário convencional, havendo um choque de seu horário de trabalho com o horário de funcionamento desses serviços. Cerca de 65% de todas as consultas em departamento de urgência hospitalar ocorrem entre as 17 horas e as 8 horas da manhã e aos finais de semana,⁵ horários em que habitualmente as unidades de APS não estão em funcionamento.

A dificuldade não se deve apenas ao horário restrito de funcionamento das USF. Uma outra barreira de acesso à população na APS se dá pelo processo de trabalho das equipes, especialmente nos modelos de agendamento. As dificuldades de agendamento de consulta médica fazem com que exista uma lacuna entre a demanda por atendimento e o momento da oferta deste serviço. Quanto mais esse cuidado for adiado, maior será a ameaça à sua qualidade.⁶

Na cidade do Recife, novas USF vêm sendo implantadas desde o ano de 2013: as "Upinhas 24 horas". Esses equipamentos possuem horário de atendimento estendido para as consultas, das 7h às 19h, e 24 horas para as pequenas urgências.⁷ O objetivo deste trabalho é analisar o modelo "Upinha" exibido como uma solução para ampliação de acesso na Rede de Saúde do Recife. Inicialmente, será apresentada uma revisão da literatura sobre diversas estratégias existentes de ampliação do acesso, para que então se analise criticamente o modelo "Upinha 24 horas" às lentes dos modelos vigentes.

Ampliando o acesso

Várias estratégias vêm sendo pensadas para ampliar o acesso no âmbito da APS, visando torná-lo o mais fácil e próximo possível do momento da demanda do usuário. Dentre essas, destacam-se o acesso avançado, o acolhimento à demanda espontânea e o horário estendido.

Acesso avançado

Preocupados com a lacuna, em média 55 dias, existente entre a demanda por agendamento e o momento da oferta de uma vaga, o departamento de APS de um consórcio de saúde da Califórnia desenvolveu um sistema de agendamento conhecido por acesso avançado, também denominado “acesso aberto” ou “agendamento para o mesmo dia”. O sistema consiste em oferecer o atendimento às pessoas no mesmo dia em que elas procuram o serviço, ou em até 24 horas.⁶

Os possíveis benefícios do acesso avançado, para além da redução do tempo de espera por uma consulta, abrangeriam promover a continuidade do cuidado, diminuir as taxas de absenteísmo, aumentar a satisfação de profissionais e usuários, entre outros. No entanto, são atribuídos a esse tipo de sistema de acesso características tais quais a perda da qualidade do seguimento de pacientes com doenças crônicas, a difícil implantação e uma demanda que supera a oferta por serviços de saúde.⁸

Uma revisão sistemática de 24 estudos avaliou os resultados da implementação deste sistema de acesso.⁸ O tempo de espera para a próxima terceira vaga disponível foi o desfecho que mais consistentemente se reduziu. Houve pequeno benefício nas taxas de absenteísmo. Os efeitos em desfechos clínicos foram neutros. O efeito também foi neutro no que se refere à satisfação do paciente e à continuidade do cuidado.⁸ Os principais resultados desta revisão estão sistematizados na Tabela 1.

Tabela 1. Seleção dos principais resultados após implementação do Acesso Avançado, sumário dos estudos

Desfecho	Número de estudos que avaliaram	Resultado global
Tempo para a próxima terceira-consulta-disponível	8	Melhora estatisticamente significativa em 5; qualquer melhora em todos os 8; apenas 2 conseguiram garantir acesso em 48h
Taxa de absenteísmo	11	Melhora estatisticamente significativa em 5; mais do que 2% de melhora absoluta em 6; qualquer melhora em 10
Satisfação do paciente (global)	4	Melhora estatisticamente significativa em 1; qualquer melhoria em 2
Satisfação do paciente (com o agendamento)	4	Nenhuma melhora estatisticamente significativa; qualquer melhora em dois; piora estatisticamente significativa em 1
Continuidade do cuidado	9	Melhora estatisticamente significativa em 3; qualquer melhora em 7; piora em 2 (nenhuma estatisticamente significativa)
Utilização de serviços de saúde	2	Nenhuma mudança significativa nos atendimentos em departamentos de urgência e internações; 1 estudo reduziu visitas aos departamentos de urgência

Adaptado de Rose et al.⁸

A despeito da ideia que o acesso avançado privilegiaria o manejo de situações agudas, uma outra revisão avaliou o impacto desse sistema no acompanhamento de pessoas com doenças crônicas, revelando que não houve prejuízo no acompanhamento de pacientes com diabetes ou doença coronariana.⁹

Acolhimento à demanda espontânea

Um modelo de organização do processo de trabalho que vem sendo amplamente utilizado nas USF, nos diversos municípios do país, é o “acolhimento à demanda espontânea” ou “acolhimento”. Esse modelo visa dar resposta às necessidades de saúde da população, ampliando o acesso das demandas urgentes para o mesmo dia, invertendo uma lógica de agendamento prévio, com grandes períodos de espera.¹⁰

Nesse modelo existe uma distinção entre “demanda espontânea” e “agenda programada”. A definição do que é demanda espontânea não contempla apenas o aspecto biológico, mas depende da necessidade do usuário e da capacidade de resposta da unidade.¹⁰ Nesse modelo, também chamado de “*crave-out*” ou “primeira geração de acesso avançado”, apenas a “demanda espontânea” terá garantida abreviação do tempo-resposta, enquanto pessoas que procuram o serviço por necessidades não urgentes continuarão tendo suas consultas adiadas para um momento futuro.⁶

Horário estendido

Uma forma de ampliar o acesso à APS é estender o horário de atendimento. O atendimento em horário estendido, fornecido à pessoa por seu próprio médico ou sua equipe, diminui o risco de fragmentação do cuidado, pois evita a introdução de um provedor adicional, em departamentos de emergência, que desconhece o paciente, ou não tem acesso ao seu prontuário.⁵ Além disso, pode ajudar a reduzir custos para o sistema de saúde como um todo, uma vez que atendimentos de emergência custam mais do que visitas a unidades de APS.⁵

Em nações como Reino Unido e Holanda, 95% e 94%, respectivamente, dos médicos de APS oferecem horários ampliados a seus usuários, enquanto nos Estados Unidos esse número é de apenas 29%.⁵

Não existem estudos que forneçam essa proporção no Brasil, mas muitos municípios, nas mais diversas regiões do país, vêm implantando individualmente essa modalidade de oferta por serviços de saúde: Curitiba (PR), Mogi das Cruzes (SP), Boa Vista (RR), entre outros, são exemplos.¹¹⁻¹⁴ Algumas unidades de saúde da família das cidades de Boa Vista e Mogi das Cruzes têm funcionamento de 24 horas por dia. Cada cidade estabelece a organização desta oferta por meio da definição de qual população pode acessar esse serviço, dos seus dias de funcionamento e da equipe que irá atender às demandas espontâneas, se distinta ou não da equipe de saúde da família.¹¹⁻¹⁴

Essa variabilidade de modelos entre serviços de APS com horário estendido também acontece em países ocidentais.^{15,16} Seis modelos principais, não mutuamente exclusivos, ocorrem ao redor do mundo, conforme sistematizado na Tabela 2.

“Upinhas 24 horas”: como funciona esse novo modelo

Desde 2014, a prefeitura do Recife vem implantando USF com funcionamento 24 horas por dia: as “Upinhas 24 horas”. Cada unidade é ocupada por três equipes de Saúde da Família (eSF), todas com equipe de saúde bucal, cada equipe com aproximadamente 3.500 usuários cadastrados. Durante a semana, segunda a sexta-feira, das 7 às 19 horas, a assistência é oferecida pelas três eSF. Nesses horários são ofertados cuidados programados e assistência à urgência apenas aos usuários cadastrados na unidade, perfazendo um total de aproximadamente 10.500 pessoas adscritas.¹⁷

Tabela 2. Modelos de serviços de atenção em horário estendido

	Modelo Organizacional	Definição	Exemplo
Depende de adscrição de clientela	Serviço individual baseado na área adscrita	Um médico de família em sua unidade vendo seus próprios pacientes em horário estendido	Áreas rurais da Austrália
	Serviço rotativo baseado na área adscrita	Médicos de família que trabalham numa mesma região se alternam em plantões de horário estendido, cuidando da população de todos os membros do grupo (cerca de 15 médicos)	Municípios na Noruega
	Cooperativas de médicos de família	Médicos de família trabalham em uma organização sem fins lucrativos e se revezam em plantões de horário estendido para a população de pacientes de todos os médicos participantes, ou independente de adscrição de clientela. Estas organizações são de grande porte e têm suporte de enfermeiros, gestão, motoristas, etc.	Modelo mais usado na Holanda
Independente de adscrição de clientela	Serviços substitutos	Empresas comerciais que empregam médicos de família para prestar um serviço de horário estendido para pacientes de outros médicos	NHS Direct no Reino Unido
	Centros de APS	Centros que os pacientes podem visitar sem um agendamento, para pequenas lesões ou doenças. Tais centros operam sob a supervisão de um clínico geral ou médico de família	Eslovênia
	"Walk-in-centers"	Centros que os pacientes podem visitar sem um agendamento, com pequenas lesões ou doenças, a fim de pedir a uma Enfermeira treinada informações de saúde, aconselhamento e tratamento.	Alguns modelos privados na Irlanda
Não baseado em APS	Serviço de pronto-atendimento hospitalar	Pacientes de cuidados primários que utilizam o serviço de emergência no horário estendido	Modelo mais comum no Brasil
	Serviço Telefônico de aconselhamento e triagem	Contato com um profissional com formação médica através de um número fixo de telefone nacional. Esta pessoa aconselha ou refere o paciente para o profissional mais adequado.	"Call-center" nacional em Portugal

Adaptado de Huibers et al.¹⁵ e Leibowitz et al.¹⁶

À noite, aos finais de semana e feriados, apenas o cuidado às chamadas pequenas urgências é ofertado por uma equipe de plantonistas (um médico, um enfermeiro e um técnico ou auxiliar de enfermagem), a área de abrangência é ampliada para usuários cadastrados em outras 12 equipes de outras USF do entorno, perfazendo um total de aproximadamente 50 mil pessoas.¹⁸ Atualmente, 4 "Upinhas 24 horas" estão em funcionamento, abrigando um total de 12 eSF. Ao todo, a cidade do Recife possui 122 USF ("Upinhas 24 horas" incluídas), onde atuam 268 eSF.¹⁸

O escopo de casos urgentes que podem ser atendidos na unidade é delimitado dessa forma: na entrada de cada unidade existe um cartaz expondo quais situações de urgência podem ser manejadas nestes serviços, conforme transcrição abaixo.

"Em caso de urgências, os usuários cadastrados devem procurar a Unidade para as situações de tonturas, vômitos, dores abdominais, diarreia, febre, viroses, dores de ouvido, crises leves de asma, ferimentos superficiais, resfriados, gripes, dores no peito, manchas no corpo, dores de garganta".¹⁷

As "Upinhas 24 horas" foram construídas seguindo um único projeto arquitetônico, com pequenas modificações na área externa. Nestas unidades se encontram: recepção com banheiros para usuários e sala de espera; uma sala de pré-consulta; uma sala de acolhimento; uma sala do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF); uma sala para atividades coletivas; uma sala de vacinas; uma sala de curativos; uma sala de esterilização; uma sala de reuniões; seis consultórios, dois com sanitários e macas ginecológicas; consultório odontológico com três cadeiras de atendimento e sala de Raio X; sala de observação (com

cinco leitos, saídas de gases, eletrocardiógrafo, desfibrilador automático, monitor/desfibrilador); sala de nebulização; sala de roupa limpa; sala de roupa suja; repouso masculino e feminino; banheiros para funcionários; sala de administração; depósito de material de limpeza (DML) e Centro de Processamento de Dados (CPD).¹¹ Todas são informatizadas e utilizam o *software* Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do Sistema e-SUS Atenção Básica.

Discussão

O fator mobilizador para gestores municipais implantarem USF com funcionamento 24 horas parece ter se dado a partir da percepção de que a APS é via preferencial de acesso ao sistema de saúde, das evidências de alta utilização dos serviços de emergência por condições não urgentes, em horários nos quais as USF não estão em funcionamento, e dos resultados de estudos que descrevem experiências de organização de serviços de APS que objetivam ampliação do acesso. Faz-se necessária uma análise, à luz da literatura, da experiência em funcionamento no Recife para refletir se esse novo modelo aponta para uma ampliação de acesso ao sistema de saúde.

No caso das “Upinhas 24 horas” do Recife, observa-se que há de fato um horário estendido, para além do horário convencional de funcionamento das USF, no qual o usuário pode procurar a equipe à qual está adscrito. No entanto, o horário de sua equipe é estendido em apenas 3 horas por dia comparado aos outros serviços da APS do município, das 7 às 8 horas e das 17 às 19 horas, o que muitas vezes não contempla as pessoas que trabalham em turno convencional, tendo em vista os problemas de mobilidade da cidade.

Este modelo de horário estendido, apesar de garantir a assistência por um profissional de saúde, parece favorecer a quebra na continuidade do cuidado, pois nos finais de semana e horários noturnos, após às 19h, a chance do usuário ser atendido por seu próprio médico de família, ou por sua equipe, é pequena.

Esse problema seria diminuído se o horário das eSF fosse estendido para mais horas noturnas ou aos finais de semana. Uma revisão sistemática mostrou que, durante a semana, a maioria das pessoas usa o horário estendido entre as 18 e as 23 horas.¹⁹ Além disso, alguns usuários podem preferir os finais de semana em detrimento das horas noturnas.²⁰

Outro ponto a se analisar é que, aos finais de semana e nos horários das 19 às 7 horas, o paciente é atendido por plantonistas, que podem ou não ser médicos da Estratégia de Saúde da Família (ESF), alguns desses plantonistas sequer trabalham com APS. Modelo esse próximo aos “serviços substitutos”, descrito na Tabela 2.

Evidências apontam para que os médicos das eSF ajudem no cuidado fora do horário comercial, na forma de rodízio regional,²¹ o que aproximaria o serviço ao modelo de “serviço rotativo baseado na área adscrita” (Tabela 2). Dessa forma, os profissionais conheceriam melhor os problemas daquele território, e a chance de uma pessoa ser atendida por um profissional de sua equipe adscrita durante o horário estendido seria maior, favorecendo à continuidade do cuidado.¹⁶

Conforme destacado anteriormente, a ampliação do acesso não é garantida apenas com a implantação de horário estendido.²² Para que se ofereça acesso em tempo oportuno, é necessário que outras barreiras de acesso, como forma de agendamento, sejam repensadas. O modelo adotado nas unidades 24 horas é o “Acolhimento à demanda espontânea”, o qual cria uma dicotomia entre “demanda espontânea” e “agenda

programada”, privilegiando a primeira. Faltam estudos que comprovem a efetividade e o benefício desse sistema.²¹ Privilegiar a “demanda espontânea” corrobora com outro fenômeno observado nas “Upinhas”: a percepção, por parte de profissionais e usuários, de que essas unidades têm um caráter emergencista. Outras estratégias de ampliação do acesso não são estimuladas, como o acesso avançado.

Em recente revisão brasileira, o acesso avançado parece ser o modelo de agendamento mais promissor ao equilibrar demanda e capacidade controlando o tempo de espera.²² Outros modelos precisariam ser desestimulados: há “Upinhas 24 horas” onde os profissionais persistem com agendas setorizadas por grupos de risco (puericultura, gestantes, hipertensos e diabéticos); quando os esforços são concentrados nestes grupos, outras demandas são negligenciadas. AAPS de alta qualidade deve conseguir dar resposta a todas as demandas, inclusive as destes grupos.²³

Numa perspectiva de ampliação de acesso à rede de APS da cidade, a implantação de serviços 24 horas precisa estar alinhada ao funcionamento das demais USF, de forma que todas elas desenvolvam ações nesse sentido. As USF do Recife, mesmo aquelas que têm uma “Upinha 24 horas” de referência, fecham suas portas por pelo menos uma hora na hora do almoço e não funcionam com horário estendido (o horário padrão é das 8 às 12 horas e das 13 às 17 horas).

Tomando como base o modelo “serviço rotativo baseado na área adscrita”, a fim de que a maior parte das demandas sejam atendidas na APS, sugere-se que as USF que têm uma unidade 24 horas como referência para o horário estendido, também ampliem o acesso no horário convencional, momento em que os usuários dessas USF não podem ser atendidos na unidade 24 horas. Na Inglaterra, por exemplo, evidências mostram que a dificuldade de acesso ao médico de família no horário convencional de atendimento está associada a uma maior procura por serviços de APS de horário estendido, independentemente de outras variáveis como idade, gênero, origem étnica e condição socioeconômica.²⁴

Em alguns países, como na Bélgica, o modelo de atendimento às urgências é centrado na APS, no qual os pacientes acessam suas unidades de saúde em horário convencional, e têm um serviço de horário estendido da APS regionalizado onde podem ser atendidos. Os departamentos de urgência hospitalar apenas complementam essa rede, com mecanismo de reembolso do valor integral do atendimento vinculado ao encaminhamento a partir de serviços de APS, ou pacientes trazidos por paramédicos em ambulâncias.²⁵

A experiência em curso no Recife, da forma como se apresenta, parece ser baseada na concepção de uma APS que funciona como complemento para “desafogar” os serviços de atendimento às urgências já existentes e não como ordenadora do serviço de atenção às urgências. Isso pode ser evidenciado pela forma como se deu a implantação isolada de “Upinhas 24 horas” no município, sem a orientação para que as USF que fazem parte da área adscrita ampliada (que pode ser atendida à noite e finais de semana) garantam o acesso aos seus usuários no horário convencional.

Outro fator que contribui para essa percepção é o número insuficiente das “Upinhas 24 horas”. Nem todas as 268 eSF possuem em seu território uma Upinha de referência onde seus usuários possam ser atendidos no horário estendido, nem foi divulgado planejamento que almeje essa cobertura. Se a proporção atual for respeitada, 50.000 usuários adscritos por Upinha no horário estendido, seriam necessárias mais 17 “Upinhas 24 horas”. Além disso, não existe integração do prontuário eletrônico, uma vez que, apesar de usarem o mesmo sistema, os dados não são integrados, o que resulta em fragmentação do cuidado.

Conclusão

Estratégias para ampliação de acesso aos cuidados de saúde parece ser um tema que interessa aos países com APS robusta. A preocupação de alguns municípios do Brasil em garantir acesso aos serviços de saúde por meio da implantação de novos modelos demonstra-se pertinente e é um passo essencial no fortalecimento de uma APS. No entanto, é preciso ter em mente que o impacto do horário estendido na ampliação do acesso pode ser minimizado se outras medidas, como mudanças no modelo de agendamento, priorizando o acesso avançado, não forem concomitantemente implantadas. Também, é preciso se pensar modelos que incentivem a continuidade do cuidado, a fim de evitar a reprodução da fragmentação que ocorre na atenção à urgência na rede de saúde já existente.

Por fim, mas não menos importante, é preciso se debruçar sobre alguns aspectos que avaliem o impacto da implantação dessas novas unidades na ampliação do acesso em sua magnitude. Questões tais quais custo-efetividade, resolutividade, perfil de problemas atendidos por outros provedores que não a equipe de saúde de origem, entre outros, ainda precisam ser respondidas. Às lentes dos modelos vigentes, apesar de apontar numa direção inicialmente acertada, a implantação das “Upinhas 24 horas” parece ainda ser uma proposta incipiente na garantia de acesso.

Referências

1. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726 p.
2. Gérvas J, Fernández MP. Uma Atenção Primária forte no Brasil. Relatório sobre como fortalecer os acertos e corrigir as fragilidades da Estratégia de Saúde da Família. 2011. [acesso em 2017 Set 18]. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/relatoriofinal_portugues.pdf
3. Giesen P, Franssen E, Mookink H, van den Bosch W, van Vugt A, Grol R. Patients either contacting a general practice cooperative or accident and emergency department out of hours: a comparison. *Emerg Med J*. 2006;23(9):731-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/emj.2005.032359>
4. Fischer L, Begley C, Giardino A. The Impact of Extended Hours Primary Care on Emergency Department Use Among Medicaid/SCHIP Enrollees in Houston, TX Houston: University of Texas; [Internet] 2011. [acesso 2017 Set 19]. Disponível em: https://sph.uth.edu/content/uploads/2011/12/Impact_of_Extended_Hours_Primary_Care.pdf
5. O'Malley AS. After-hours access to primary care practices linked with lower emergency department use and less unmet medical need. *Health Aff (Millwood)*. 2013;32(1):175-83. DOI: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2012.0494>
6. Murray M, Tantau C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Fam Pract Manag*. 2000;7(8):45-50.
7. JC Online. Upinhas ajudam na atenção básica. Recife [Internet]; 2014 Aug 26;1. [acesso 2017 Set 19]. Disponível em: <http://jconline.ne10.uol.com.br/canal/cidades/saude/noticia/2014/08/26/upinhas-ajudam-na-atencao-basica-142254.php>
8. Rose KD, Ross JS, Horwitz LI. Advanced access scheduling outcomes: a systematic review. *Arch Intern Med*. 2011;171(13):1150-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2011.168>
9. Degani N. Impact of advanced (open) access scheduling on patients with chronic diseases: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser*. 2013;13(7):1-48.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica: Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
11. Prefeitura Municipal de Curitiba: Com 44 novas equipes do Saúde da Família, Curitiba vai ampliar horário de oito unidades de saúde - Prefeitura de Curitiba [Internet]. 2013 [Acesso 2017 abr 3]. Disponível em: <http://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/com-44-novas-equipes-do-saude-da-familia-curitiba-vai-ampliar-horario-de-oito-unidades-de-saude/29004>
12. Cejam: Centro de Estudos e Pesquisas “DR. João Amorim”: USF 24 Horas Jundiapéba [Internet]. [acesso 2017 Abr 3]. Disponível em: http://www.cejam.org.br/index.php?local_id=5&uni_id=66&fnc=unidade&pg=servicos_saude

13. Cejam: Centro de Estudos e Pesquisas "DR. João Amorim": USF 24 Horas Jardim Universo [Internet]. [acesso 2017 Abr 3]. Disponível em: http://www.cejam.org.br/index.php?local_id=5&uni_id=67&fnc=unidade&pg=servicos_saude
14. Unidades de Saúde oferecem horários estendidos em Boa Vista [Internet]. 2016 [acesso 2017 Abr 3]. Disponível em: <http://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2016/06/unidades-de-saude-oferecem-horarios-estendidos-em-boa-vista.html>
15. Huibers L, Giesen P, Wensing M, Grol R. Out-of-hours care in western countries: assessment of different organizational models. *BMC Health Serv Res*. 2009;9:105. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-9-105>
16. Leibowitz R, Day S, Dunt D. A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. *Fam Pract*. 2003;20(3):311-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cm313>
17. Prefeitura do Recife. Nona Upinha começa a funcionar no Recife. [Internet]. [acesso 2017 Abr 3]. Disponível em: <http://www2.recife.pe.gov.br/noticias/12/04/2016/nona-upinha-comeca-funcionar-no-recife>
18. Prefeitura do Recife: Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal De Saúde 2014-2017. Recife: Secretaria de Saúde do Recife; 2014. p. 1-84.
19. O'Donnell CA, Foster H, Macdonald S, Burns N, Gannon M, Gannon MM, et al. Out-of-Hours Primary Medical Care: What Can Research Tell Us? Findings From a Rapid Systematic Review and Qualitative Study Address for correspondence [Internet]; 2015. [acesso 2017 Set 19]. Disponível em: <https://www.raiarubiabooks.com/related-pdf-1-gp-out-of-hours-palliative-care-handover-form.html>
20. O'Malley AS, Samuel D, Bond AM, Carrier E. After-hours care and its coordination with primary care in the U.S. *J Gen Intern Med*. 2012;27(11):1406-15.
21. Gusso GDF, Knupp D, Trindade TG, Lermen Junior N, Poli Neto P. Bases para um Novo Sanitarismo. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015;10(36):1-10. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(37\)1255](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(37)1255)
22. Rocha SA, Bocchi SCM, Godoy MF. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. *Physis*. 2016;26(1):87-111. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000100007>
23. Gusso GDF, Poli Neto P. Gestão da clínica. In: Gusso G, Lopes JMC, eds. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática*. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 183-90.
24. Zhou Y, Abel G, Warren F, Roland M, Campbell J, Lyrtzopoulos G. Do difficulties in accessing in-hours primary care predict higher use of out-of-hours GP services? Evidence from an English National Patient Survey. *Emerg Med J*. 2015;32(5):373-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/emermed-2013-203451>
25. Willems S, Peersman W, De Maeyer P, Buylaert W, De Maeseneer J, De Paepe P. The impact of neighborhood deprivation on patients' unscheduled out-of-hours healthcare seeking behavior: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract*. 2013;14:136. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-14-136>

^a Secretaria de Saúde do Recife. Recife, PE, Brasil. brunohspessoa@gmail.com
(Autor correspondente); eneline.gouveia@gmail.com; brandaocorreia.isabel@gmail.com

Artigo Traduzido

Novas tecnologias e Medicina de Família

^a Antony J. Young

Traduzido por Ananyr Porto Fajardo

Introdução

É possível que a medicina na linha de frente esteja sob maior pressão agora do que em outros períodos. Isto se deve, pelo menos em parte, ao fato de a população estar vivendo por mais tempo do que nunca com um crescente número de doenças crônicas. Cada vez mais o manejo destes problemas ocorre em serviços de atenção primária e comunitária à saúde. Se desejarmos enfrentar este desafio e continuar a oferecer um NHS [National Health System] condizente com seus princípios fundantes, precisamos acolher novas tecnologias e os benefícios em potencial que pode oferecer aos nossos pacientes.

A Revolução Tecnológica na Atenção à Saúde

Os avanços em tecnologia estão sacudindo o mundo ao nosso redor e empresas como Uber, Airbnb, Microsoft, Google e Amazon estão utilizando estas inovações para modificar a maneira como vivemos nossas vidas. Um número cada vez maior de pacientes nossos querem um sistema de atenção à saúde que seja personalizado e no qual sejam empoderados para assumir mais controle sobre sua saúde. Avanços em 'ômica', análise de dados, aprendizagem mediada por máquinas, inteligência artificial, saúde digital/móvel, tecnologia avançada e *networking* social estão anunciando esta revolução personalizada e empoderada em atenção à saúde. No entanto, a prática médica tem sido lenta em se adaptar a este progresso. O economista John Maynard Keynes talvez tenha ajudado a esclarecer o problema enfrentado pela profissão médica quando disse:

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.

Como citar: Young AJ. Novas tecnologias e Medicina de Família. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;12(39):1-6. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1465](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1465)

“Artigo traduzido do BJGP, publicado pela RBMFC”

Fonte original: Young, Antony J. New technologies and general practice. Br J Gen Pract, 66(653):601-602, December 2016. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp16X688021>

‘A dificuldade não está nas novas ideias, mas em escapar das antigas, que se ramificam, para aqueles criados da maneira como a maioria de nós o foi, em cada canto de nossas mentes.’¹

Como podemos escapar das práticas que antes nos serviam bem, mas que agora foram superadas por inovações perturbadoras e novas? Estes avanços não apenas estão adentrando no ambiente clínico, mas agora também estão em nossas casas e em nossos bolsos. Os pacientes já estão assumindo o controle, com mais tecnologia diretamente disponível a eles para ajudar a monitorar e administrar sua saúde do que o que está disponível na maioria dos consultórios de clínica geral. Estamos saindo de uma era em que os médicos eram o primeiro contato (ou proprietários) da tecnologia de atenção à saúde rumo a um sistema de atenção personalizada à saúde. Aqui, os pacientes empoderados possuem um *kit* de saúde digital e os médicos atuam como orientadores e navegadores do sistema.

Temas tecnológicos chave

No NHS da Inglaterra, nos defrontamos com muitas empresas inovadoras em saúde e tecnologia. Alguns temas chave em tecnologia e que impactarão a atenção primária e comunitária emergiram.

Dispositivos conectados

De balanças e esfigmomanômetros WiFi às lentes de contato Google que medem continuamente níveis de glicose e o estetoscópio CliniCloud Bluetooth com algoritmo detector de pneumonia (<https://clinicloud.com>), tanto pacientes como cuidadores podem se envolver no manejo de sua saúde. Existe até mesmo uma fralda que avisará seu *smartphone* quando precisar ser trocada. O ‘propeller inhaler’ [aplicativo conectado ao inalador] está transformando o tratamento de problemas respiratórios (<https://www.propellerhealth.com>). Ao registrar onde e quando os inaladores estão sendo utilizados, os pacientes estão conectados com seus cuidadores e entre si. Em New York, mapas do uso de inaladores estão ajudando os pacientes a evitar áreas poluídas e prevenir exacerbações de seus problemas de saúde.

Acessórios *clip-on* e *plug-in* em *smartphone*

Atualmente muitos pacientes carregam mais capacidade de computação em seus bolsos do que o que havia na maioria dos consultórios de medicina de família há 10 anos. A funcionalidade e a adaptabilidade destes dispositivos têm grande potencial para transformar a atenção à saúde. O NHS apoia a Cupris (<http://www.cupris.com>), uma empresa que desenvolve um acessório *clip-on* que converte o *smartphone* em oftalmoscópio e otoscópio. Outros acessórios *clip-on* incluem o dispositivo AliveCor (<https://www.alivecor.com/en/>) para detecção de arritmias cardíacas, um amplo rol de dermatoscópios que estão anunciando a era da teledermatologia e o monitor de glicose sanguínea Dario (<http://mydario.co.uk>). Acessórios *plug-in*, como o dispositivo ‘Smart Peak Flow’ (<http://www.smartpeakflow.com>), também estão transformando o autocuidado. Até mesmo sondas de ultrassom podem agora ser ligadas em um *smartphone*, potencialmente transformando-o em custo-efetivo para uso em atenção primária. O Philips Lumify é um exemplo deste dispositivo (<https://www.lumify.philips.com/web/>).

Plataformas e aplicativos específicos para um problema de saúde

Existem mais de 160.000 aplicativos anunciados nas lojas Apple e Android como estando relacionados à atenção à saúde. No entanto, não existe um sistema de classificação universalmente aceito. O NHS da Inglaterra, o NHS Digital, o National Institute for Health and Care Excellence [NICE] e a Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency estão atuando conjuntamente por intermédio do programa de endosso do NHS para começar a resolver isto. Outros grupos, como Orcha (<http://www.orcha.co.uk>), criaram uma 'loja de aplicativos em saúde' que classificava aplicativos. Isto pode ser terceirizado para economias locais de saúde e foi feito por mais de uma dezena de grupos clínicos de testagem até o momento. O número de aplicativos excelentes relacionados à saúde é grande demais para ser aqui abordado, mas a lista de aplicativos 'My mhealth' para manejo de diabetes, asma e doença pulmonar obstrutiva crônica (<https://mymhealth.com>) vem ganhando impulso no NHS, sendo o My mhealth Limited um dos parceiros do NHS England National Innovation Accelerator.² No horizonte, um aplicativo em desenvolvimento que merece atenção é o Cordio (<http://www.cordio-med.com/index.html>). Detecta alterações no tom de voz da pessoa que fala em um telefone celular. Os ensaios estão aguardando publicação, mas análises iniciais indicam que o aplicativo consegue prever a internação hospitalar com uma exacerbação de insuficiência cardíaca congestiva até 10 dias antes de sua ocorrência. Com isso, você poderia telefonar para sua mãe de manhã e ela dizer que se sente bem, mas o aplicativo diz que ela precisa tomar 20 mg a mais de furosemida!

A prevenção é chave se quisermos oferecer um sistema de saúde e atenção sustentável que evolua. Plataformas como Quealth (<http://www.quealth.co>) oferecem um *coach* de saúde personalizado e, usando um único número, o escore Q pode mostrar como você pode melhorar sua saúde. Está disponível gratuitamente para todos.

Existem muitos exemplos de aplicativos e plataformas virtuais de consulta. Cada vez mais os profissionais estão se voltando para ofertas melhores além da abordagem da simples consulta em vídeo/médico de bolso. Por exemplo, o HealthTap (<https://www.healthtap.com>) oferece uma biblioteca de 4,5 bilhões de perguntas e respostas sob curadoria médica. Em torno de 10% das consultas presenciais podem ser realizadas via biblioteca e um adicional de 20-30% via uma combinação de e-mail/texto, telefone e vídeo-consultoria. Além disso, oferece a possibilidade de um ambiente de *networking* profissional entre atenção primária e secundária em que as perguntas e as respostas entre profissionais podem ser capturadas e automaticamente arquivadas em portfólios de desenvolvimento profissional continuado.

Sensores aplicados sobre o corpo

De emplastos digitais como o Vital Connect (<http://www.vitalconnect.com>) e o Zio Patches (<http://www.irhythmtech.com>) a tampões de ouvido (<http://www.bragi.com>), medidas fisiológicas (pulso, frequência respiratória, temperatura, eletrocardiograma) e movimento já podem ser detectadas, com evolução relacionada a pressão sanguínea e saturação de oxigênio à vista. Adesivos de monitoramento contínuo de glicose (<https://www.freestylelibre.co.uk> e <http://www.dexcom.com/en-GB>) estão ganhando crescente popularidade junto aos pacientes. Além disso, inovações combinadas trazendo sensores, aplicativos sobre o corpo e uma linha telefônica de ajuda estão fornecendo uma alternativa a comprimidos para dormir na forma de 'Good Sleep' (<https://goodsleep.optum.com>).

Tecnologia avançada

Exames realizados no local do atendimento estão prestes a revolucionar os serviços de patologia e atendimento aos pacientes na atenção primária. Sistemas como o i-STAT (<https://www.abbottpointofcare.com/products-services/istat-handheld>) oferecem muitos exames bioquímicos padrão necessários na atenção primária. Outros estão integrando prontuários eletrônicos de pacientes, exames no ponto de atendimento e sensores aplicados sobre o corpo, além de fornecer itinerários de cuidado, como o LumiraDx (<https://www.lumiradx.com/home>). Também existe um rol de ‘Tricorders’ médicos, como o da Scanadu (<https://www.scanadu.com>) e o Cloud DX (<http://clouddx.com/>). Até mesmo um *kit* de primeiros-socorros digital inteligente foi lançado recentemente, chamado Gale (<http://www.19labs.com/>).

Desafios e pressões

A promessa de todas estas inovações tecnológicas parece notável. Entretanto, quando houve tentativas prévias de utilizá-las na atenção primária, os benefícios esperados não se concretizaram, conforme foi demonstrado no maior ensaio clínico randomizado do mundo para telessaúde.³ Um dos achados chave do ensaio *Whole System Demonstrator* foi que os pacientes com ‘tecnologia’ se sentiam mais isolados socialmente do que aqueles sem ela. Esta é uma consideração fundamental quando buscamos incorporar algumas das mais recentes e maiores inovações aos itinerários de cuidado do paciente. Então, como podemos impulsionar a aplicação de inovações? Nas palavras de Maya Angelou,

‘... as pessoas esquecerão o que você disse, as pessoas esquecerão o que você fez, mas as pessoas nunca esquecerão como você as fez sentir.’

O desafio que enfrentamos com a atual onda de novas tecnologias na atenção primária é como podemos ajudar as pessoas a se conectarem com elas e sentirem que fazem diferença para si. Precisamos garantir que a tecnologia aumente a inclusão social e reduza o isolamento social.

Por fim, precisamos levar em consideração as pressões cada vez mais crescentes sobre a linha de frente na atenção primária. Alguns dos avanços tecnológicos aqui descritos parecem notáveis, porém, se resultarem em maior carga de trabalho sobre os médicos de família, não serão adotados. Se desejarmos oferecer os benefícios da tecnologia mais recente aos nossos pacientes, precisamos de uma nova abordagem. As empresas de tecnologia precisam trabalhar conosco para demonstrar impacto ao longo de todo o itinerário de atenção no qual a qualidade da atenção melhora, pacientes e seus cuidadores se sentem comprometidos e empoderados e a carga de trabalho sobre os médicos de família é reduzida. Somente então conseguiremos oferecer nossa meta máxima de um NHS sustentável de alta qualidade gratuito no ponto de atendimento para as gerações vindouras.

Referências

1. Keynes JM. The general theory of employment, interest and money. London: Macmillan, 1936.
2. NHS England. NHS Innovation Accelerator. Disponível em: <<https://www.england.nhs.uk/ourwork/innovation/nia/>> Acesso em: 10 nov. 2016.

3. The Nuffield Trust. The impact of telehealth and telecare: the Whole System Demonstrator project. Disponível em: <<http://www.nuffieldtrust.org.uk/our-work/projects/impact-telehealth-and-telecare-evaluation-whole-system-demonstrator-project>> Acesso em: 10 nov. 2016.

Comentário

Traduzindo conhecimento para atenção à saúde em APS no Brasil

O editorial “Novas tecnologias e medicina de família”, de autoria de Antony J. Young, nos ajuda a refletir sobre o momento atual do uso de informação com acesso facilitado na área da saúde, graças à disponibilização de tecnologias inovadoras. Possivelmente estas tecnologias contribuam para o empoderamento do paciente na tomada de decisão, sendo este outro aspecto relevante a ser considerado para implementação em dos instrumentos citados APS. No entanto, muitos *sites* e equipamentos descritos ainda não são instrumentos de trabalho dos profissionais de atenção primária nem mesmo no Reino Unido.

A incorporação de tecnologias em saúde é especialmente relevante, como foi ressaltado no editorial, por tratar-se de uma das possíveis estratégias para garantir a sustentabilidade do sistema de saúde, visando aumentar sua resolutividade.

Além disso, é altamente recomendável que, antes da implementação de determinada tecnologia, sejam desenvolvidos Pareceres Técnico-Científicos (PTCs) ou pesquisas originais para avaliar sua adequação para ser implementada e ter sua incorporação sugerida ou não. O Ministério da Saúde disponibiliza gratuitamente as Diretrizes para elaboração de PTCs em <http://rebrats.saude.gov.br/diretrizes-metodologicas>.

A tradução ora publicada na Revista da SBMFC tem como objetivo estimular a identificação de recursos digitais que podem ser viáveis e úteis na prática da APS no nosso país. Seria interessante que os leitores relatassem sua experiência no uso e acesso a estas ferramentas para uma discussão ampliada junto à comunidade de interesse.

Airton Tetelbom Stein - Médico de Família e Comunidade, Doutor em Clínica Médica, Professor da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), Coordenador do Núcleo de Avaliação de Tecnologias do Grupo Hospitalar Conceição (NATS/GHC) e Docente Permanente do Mestrado Profissional Avaliação e Produção de Tecnologias em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (AT SUS GHC)

Ananyr Porto Fajardo - Odontóloga, Doutora em Educação, Coordenadora Adjunta e Docente Permanente do Mestrado Profissional Avaliação e Produção de Tecnologias em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (AT SUS GHC) e Tradutora Inglês/Português

^a Consultant Urological Surgeon, Southend University Hospital, Director of Medical Innovation, Anglia Ruskin University e National Clinical Lead for Innovation, NHS England.
tony.young@anglia.ac.uk (Autor correspondente)

Artigo Traduzido

Compreendendo e respondendo à demanda na medicina de família inglesa

^a Graham Box

Traduzido por Ananyr Porto Fajardo

Introdução

Recentemente, dois *Parliamentary Select Committees* [<https://www.parliament.uk/about/how/committees/select/>] se dedicaram a discutir o futuro da atenção primária na Inglaterra. No dia 30 de julho de 2015, o Comitê de Saúde fez um levantamento referente aos desafios que afetam os serviços de atenção primária¹ e, quatro meses depois, o *Public Accounts Committee* [<http://www.parliament.uk/business/committees/committees-a-z/commons-select/public-accounts-committee/>] lançou sua própria revisão do acesso à medicina de família na Inglaterra.² Extensas evidências foram submetidas a ambos os Comitês, revelando um amplo consenso acerca da necessidade de investimento significativamente maior. Também foi destacada a existência de uma lamentável falta de compreensão detalhada a respeito do volume e da natureza das atividades atuais em medicina de família na Inglaterra. Esta lacuna coloca em xeque a qualidade dos processos de tomada de decisão e pode levar a distorções do financiamento extra que está prometido.

O Consenso Emergente

Existe ampla concordância entre os parceiros que contribuíram para os levantamentos de que: (a) a parcela do financiamento do NHS direcionada à medicina de família na Inglaterra declinou nos últimos anos (de aproximadamente 11% em 2005-2006 para 7,2% em 2016-2017);^{3,4} (b) a carga de trabalho aumentou substancialmente;⁵ (c) a satisfação dos pacientes com o acesso diminuiu nos últimos anos (caiu

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.

Como citar: Box G. Compreendendo e respondendo à demanda na medicina de família inglesa. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-6. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1505](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1505)

“Artigo traduzido do BJGP, publicado pela RBMFC”

Fonte original: Box G. Understanding and responding to demand in English general practice. Br J Gen Pract. 2016 Sep;66(650):456-7. DOI: 10.3399/bjgp16X686701

de 80% sentindo-se bem ou muito satisfeitos com seu atendimento em 2009 para 69% em 2015);⁶ e (d) existe necessidade de pelo menos 5.000 médicos de família adicionais, além de outros profissionais em saúde da família.⁷

Lacunas de evidências

Fica ainda mais difícil abordar estas questões de maneira racional devido a algumas lacunas marcantes no nosso conhecimento. Apesar dos *insights* sobre a carga de trabalho em medicina de família fornecidos pelo Professor Richard Hobbs e sua equipe,⁸ ainda não sabemos quantas pessoas acessam os serviços ingleses de medicina de família a cada ano. Recentemente o *National Audit Office* descreveu a situação da seguinte maneira:

Atualmente, nenhum dado nacional é coletado sobre o número, a complexidade ou os motivos de consulta em medicina de família. Isto significa que o Ministério [da Saúde] e o NHS da Inglaterra, bem como as autoridades locais, não têm uma compreensão robusta sobre a demanda por serviços.⁹

Ademais, o relatório 2015 da *Primary Care Workforce Commission* [<https://www.hee.nhs.uk/our-work/hospitals-primary-community-care/primary-community-care/primary-care-workforce-commission>] observou que nossa compreensão de oferta é igualmente deficiente:

É difícil planejar em atenção primária devido à falta de dados sistemáticos confiáveis acerca das diversas especificidades diferentes em atenção primária, quem faz o quê atualmente e se possuem as habilidades apropriadas para desempenhar a vasta gama de funções que são necessárias.¹⁰

A importância de compreender a demanda

Os achados de pesquisa para compreender a demanda teriam implicações fundamentalmente importantes para a configuração futura da força de trabalho em medicina de família na Inglaterra. Não queremos apenas saber quantas pessoas estão acessando ou gostariam de acessar um serviço de medicina de família. Precisamos saber qual era sua necessidade (ou o que desejavam) e quem poderia prestar o melhor atendimento. Também precisamos saber quanto tempo precisavam junto ao profissional de saúde relevante, de maneira que as implicações de complexidade e comorbidade crescentes possam ser adequadamente avaliadas.

Além de quantificar a demanda, precisamos compreender como os pacientes foram atendidos pelo serviço (presencialmente, por telefone ou em visita domiciliar) e se teria sido preferível usar uma interface diferente do ponto de vista de segurança, efetividade clínica e uma melhor experiência do paciente. Também deveríamos revisar quais técnicas de triagem são adotadas em diferentes serviços. Esta análise é fundamental para informar o uso potencial de alternativas aos métodos de consulta tradicionais que, por sua vez, possuem importantes implicações para a carga de trabalho e tecnologia de informação.

É particularmente surpreendente que não saibamos sequer o peso relativo das causas potenciais dos recentes aumentos aparentes na carga de trabalho. Entre as explicações plausíveis, estão incluídas as necessidades mais complexas de uma população em envelhecimento, a transferência de serviços para fora do hospital, o alcance de metas do programa *Quality Outcome Frameworks* - QOF [Modelo de Desfecho de Qualidade] e *Enhanced Service* [Aprimoramento de Serviços] do HNS, o subinvestimento em serviço social e atenção comunitária, as listas de pacientes em expansão, as consultas referentes a questões fora do campo da saúde e o aumento da burocracia. Existem diferentes respostas em política que são apropriadas para responder a cada um destes fatores, sendo uma falha importante ignorar sua importância relativa.

Compatível com o argumento acima, em março de 2016 o *Public Accounts Committee* recomendou que o Ministério da Saúde e o NHS da Inglaterra deveriam publicar um plano que deixasse claro como irão aprimorar a informação que está disponível sobre a demanda, a atividade e a capacidade em medicina de família.²

Para responder às lacunas de conhecimento identificadas acima, defendo que este plano deverá ir além das fontes existentes, como sistemas clínicos e levantamentos nacionais de pacientes. Pesquisas retrospectivas em grande escala, embora tenham valor, captam apenas o que aconteceu, e não, fundamentalmente, o que poderia ou deveria ter acontecido. Isto exige um importante esforço em pesquisa, para atender ao objetivo de gerir com eficácia uma atividade multibilionária em libras esterlinas.

Aspectos estruturais

Agora nos voltaremos para um segundo aspecto de alta relevância pelos problemas discutidos acima. Suponhamos que pesquisas abrangentes sejam realizadas e que sejam suficientemente detalhadas para resultar em mensagens claras para os serviços sobre questões cruciais como: (a) o número ótimo de horas de médicos de família e de enfermeiros; (b) um equilíbrio mais sensato entre consultas presenciais e por telefone; e (c) o valor do apoio do terceiro setor aos pacientes no serviço. Sob as estruturas atuais, será (na maioria dos serviços) decisão dos médicos de família associados se irão adaptar seus serviços em consonância com estas recomendações.

É claro que os médicos de família associados estão em uma posição moralmente precária pelos arranjos atuais. É solicitado que façam escolhas diretas entre seus ganhos e a qualidade da atenção que oferecem a seus pacientes. A situação piora quando existem discordâncias e atritos nas clínicas em sociedade. Nos piores cenários, as evidências terão menos influência do que o interesse próprio dos tomadores de decisão. De fato, em alguns serviços, um único profissional consegue bloquear melhorias na atenção ao paciente com base no argumento de que as mudanças não estão de acordo com seu estilo predileto de consulta.

Certamente existem vantagens importantes no modelo de associação de gestão de serviços de medicina de família, mas eu sugeriria que isto pode ser um importante obstáculo à implementação de um modelo de alocação de recursos em atenção primária determinado de maneira objetiva. Pesquisas em nível nacional ajudariam a definir o desenvolvimento da força de trabalho e dos sistemas que são necessários, porém isto então precisa ser colocado em prática em nível local. As falhas em nível nacional ou local podem diluir os avanços em potencial tanto em saúde como na experiência do paciente.

Reflexões finais

A professora Maureen Baker, atual presidente do *Royal College of General Practitioners (RCGP)*, foi muito franca com relação às pressões extremas enfrentadas pela medicina de família na Inglaterra:

(...) se você realmente olhar para a segurança dos pacientes e o que é importante nos consultórios, quase certamente verá que, atualmente, o maior fator em segurança do paciente na medicina de família é a fadiga dos médicos. Médicos que estão estressados, sobrecarregados, exaustos ou preocupados são muito mais passíveis a cometer erros.¹¹

Simon Stevens, Diretor-Executivo do NHS da Inglaterra, também reconhece a urgência dos desafios correntes:

Como as pessoas estão contra a parede, atualmente desejam contemplar a possibilidade de fazer as coisas de maneira diferente na atenção primária e, se pudermos fornecer os recursos e algum apoio para tal, penso que veremos mudanças muito substanciais ao longo dos próximos 24 a 36 meses. É isso que os médicos de família querem. Não querem apenas algo à prestação, daqui a 5 anos; querem ver as coisas acontecendo agora e é nosso trabalho coletivo alcançar isto.¹²

É fundamental aprender lições a respeito de como e porque o atendimento de atenção primária na Inglaterra deteriorou-se tanto quanto é descrito por estes indivíduos experientes. Parte do processo deveria incluir o questionamento se as estruturas necessárias estão funcionando de maneira a compreender as pressões e a atividade prevalentes, além de identificar e implementar soluções eficazes. Independente dos seus pontos fortes, deveria ser reconhecido que os atuais modos de organização permitem uma combinação infeliz de problemas: elaboração de política nacional que não é baseada em evidências e implementação em nível local que não é centrada no paciente.

Graham Box,

Pesquisador independente, Berkshire, UK.

Origem

Submetido espontaneamente; submetido à revisão externa por pares.

DOI: 10.3399/bjgp16X686701

Referências

1. House of Commons Health Committee. Primary care. Fourth report of session 2015-16 [HC408] House of Commons, April 2016.
2. House of Commons Committee of Public Accounts. Access to general practice in England. Twenty-eighth report of session 2015-16. [HC673]. House of Commons, March 2016.

3. Royal College of General Practitioners. Written evidence submitted by the RCGP (PRI0174). 2015. <http://data.parliament.uk/writtenevidence/committeeevidence.svc/evidencedocument/health-committee/primary-care/written/20769.pdf> (accessed 25 Jul 2016).
4. NHS England NHS England Board Paper. Allocation of resources to NHS England and the commissioning sector for 2016/17 to 2020/21. https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/12/04.PB_.17.12.15-Allocations.pdf (accessed 25 Jul 2016).
5. Local Government Association and the Association of Directors of Adult Social Services. Written evidence submitted by the Local Government Association and Association of Directors of Adult Social Services (PRI0070). LGA and NHS Confederation, 2015. <http://data.parliament.uk/writtenevidence/committeeevidence.svc/evidencedocument/health-committee/primary-care/written/20332.html> (accessed on 28 July 2016).
6. Appleby J, Robertson R. Public satisfaction with the NHS in 2015. Results and trends from the British Social Attitudes survey. The King's Fund, 2016. <http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/BSA-public-satisfaction-NHS-Kings-Fund-2015.pdf> (accessed 26 Jul 2016).
7. Department of Health, NHS England and Health Education England. Written evidence submitted by the Department of Health, NHS England and Health Education England (PRI0200). 2015. <http://data.parliament.uk/writtenevidence/committeeevidence.svc/evidencedocument/health-committee/primarycare/written/21020.pdf> (accessed 26 Jul 2016).
8. Hobbs, FDR, Bankhead C, Mukhtar T, et al. Clinical workload in UK primary care: a retrospective analysis of 100 million consultations in England, 2007-14. *Lancet* 2016; 387(10035): 2323-2330.
9. National Audit Office. Stocktake of access to general practice in England. 2015. <https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2015/11/Stocktake-of-access-to-general-practice-in-England.pdf> (accessed 26 Jul 2016).
10. Primary Care Workforce Commission. The future of primary care: creating teams for tomorrow. 2015. <https://www.hee.nhs.uk/sitesdefault/files/d/ocuments/The%20Future%20of%20Primary%20Care%20report.pdf> (accessed 26 Jul 2016).
11. Baker M. Oral evidence given to the Health Committee Inquiry into Primary Care. 2015. <http://data.parliament.uk/writtenevidence/committeeevidence.svc/evidencedocument/health-committee/primary-care/oral/26114.pdf> (accessed 26 Jul 2016).
12. Stevens S. Oral evidence given to the Public Accounts Committee Inquiry into Access to General Practice in England. 2016. <http://data.parliament.uk/writtenevidence/committeeevidence.svc/evidencedocument/public-accounts-committee/access-to-general-practice-in-england/oral/26750.pdf> (accessed 26 Jul 2016).

Comentários

Tópicos para discutir o modelo de APS no Brasil

De acordo com o texto do BJGP, a parcela do financiamento do NHS direcionada à medicina de família na Inglaterra declinou nos últimos anos (de aproximadamente 11% em 2005-2006 para 7,2% em 2016-2017).

Como no Brasil a atenção básica tem contribuição na esfera federal, estadual e municipal, é difícil obter este dado consolidado.

Na Espanha, Inglaterra e Suécia, países que apresentam sistema nacional de saúde, os gastos com saúde representam entre 7% e 9% do Produto Interno Bruto (PIB) público. No Brasil, em 2009, identificava-se 8,7% do PIB, no entanto apenas 42% representavam despesas do orçamento público.

Assim, é necessário informações mais específicas sobre o financiamento da saúde, especificamente para o Sistema Único de Saúde. Portanto, é preciso identificar e apresentar dados concretos de gastos e

custos à sociedade para reivindicar valores ajustados que financiem uma atenção à saúde de qualidade que beneficie a todos.

Conforme é citado no artigo, “É difícil planejar em atenção primária devido à falta de dados sistemáticos confiáveis acerca das diversas especificidades diferentes em atenção primária, quem faz o quê atualmente e se possuem as habilidades apropriadas para desempenhar a vasta gama de funções que são necessárias.” No Brasil também é fundamental refletir sobre isto no âmbito da atenção primária.

Em síntese, é necessário elaborar uma política nacional que seja baseada em evidências robustas, sendo que a implementação em nível local deve ser centrada no paciente.

Caro leitor, aguardamos as suas colocações para discutir este tema muito relevante no cenário brasileiro.

Airton Tetelbom Stein - Médico de Família e Comunidade, Doutor em Clínica Médica, Professor da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Coordenador do Núcleo de Avaliação de Tecnologias do Grupo Hospitalar Conceição (NATS/GHC) e Docente Permanente do Mestrado Profissional Avaliação e Produção de Tecnologias em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (AT SUS GHC)

Ananyr Porto Fajardo - Odontóloga, Doutora em Educação, Coordenadora Adjunta e Docente Permanente do Mestrado Profissional Avaliação e Produção de Tecnologias em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (AT SUS GHC) e Tradutora Inglês/Português

^a Pesquisador independente, Berkshire, UK (*Autor correspondente*)

Artigo Traduzido

Editoriais

Financiamento para medicina de família na próxima década: vida após o QOF

Mark Ashworth^a, Martin Gulliford^b

Traduzido por Ananyr Porto Fajardo

As placas tectônicas da atenção primária parecem estar se deslocando. Em abril de 2016, a Escócia abandonou o *Quality and Outcomes Framework* (QOF) [Modelo de Desfecho de Qualidade]. Em seguida, em outubro de 2016, Simon Stevens, Diretor Executivo do NHS, foi muito franco ao indicar que um destino semelhante espera pelo QOF na Inglaterra. Enquanto isto, o País de Gales e a Irlanda do Norte continuam usando o modelo - por enquanto.

Mudanças maiores estão em curso. A *Five Year Forward View* (5YFV) [<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/10/5yfv-web.pdf>], uma iniciativa que elenca os atuais e os futuros desafios enfrentados pelo NHS, detalhando o que é necessário fazer para superá-los até 2019, tem acompanhado a formação de dois modelos de atenção primária modificados de maneira radical, denominados *Multi-Specialty Community Providers* (MCPs) [Profissionais Multiespecialistas em Saúde Comunitária] e *Primary and Acute Care Systems* (PACS) [Sistemas de Atenção Primária e Aguda].¹ No primeiro, as federações de Médicos de Família (MFs) [<http://www.southwarwickshiregps.nhs.uk/what-is-a-gp-federation/>] formarão organizações comunitárias únicas, somando forças com a atenção à saúde mental e em serviço social, maximizando o montante de atenção ambulatorial. O modelo alternativo do PACS é uma forma de arranjo vertical na

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
não se aplica.

Conflito de interesses:
Mark Ashworth é integrante do National Network of Quality in Primary Care Measures and Indicators group (NHSE).

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.

Como citar: Ashworth M, Gulliford M. Financiamento para medicina de família na próxima década: vida após o QOF. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-6. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1575](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1575)

“Artigo traduzido do BJGP, publicado pela RBMFC”

Fonte original: Ashworth M, Gulliford M. Funding for general practice in the next decade: life after QOF. Br J Gen Pract, 67(654):4-5, January 2017. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp17X688477>

qual a atenção primária ou a secundária assume o comando na vinculação de serviços hospitalares com serviços comunitários e de saúde mental. É provável que ambos os “novos modelos de atenção” tenham implicações fundamentais em financiamento para os MFs. Igualmente abrangente é a restrição feita pela 5YFV sobre o Ministério da Saúde, assegurando que, no futuro, apenas arranjos alinhados com a prestação dos objetivos da 5YFV sejam apoiados.

Em Manchester, o ‘Devo Manc’ [<http://www.gmhsc.org.uk/assets/GM-Strategic-Plan-Summary.pdf>], um plano projetado e implementado por organizações do NHS e autoridades locais na grande Manchester, noroeste da Inglaterra, em conjunto com o governo do Reino Unido para assumir as despesas e os cuidados em saúde e serviço social na região metropolitana, tornou-se o primeiro exemplo nacional de uma autoridade local assumindo controle de seu próprio orçamento para saúde e serviço social. A perspectiva era alcançar ‘o maior e mais rápido aperfeiçoamento para a saúde e o bem-estar do povo de Manchester’.² Em abril de 2016, 12 *clinical commissioning groups* (CCGs) [grupos de autorização de procedimentos clínicos] e 15 consórcios de fundações ou fundos reuniram-se para prestar atendimento à saúde. Na prática, é provável que este modelo de delegação assegure um maior poder de decisão às autoridades locais na contratação de serviços de MFs. Novamente, as implicações do financiamento para os MFs não estão claras neste estágio, mas é provável que sejam substanciais.

Enquanto isto, na Escócia, as mudanças envolvem o completo desmantelamento do QOF. A partir de abril de 2016, a Escócia adotou um enfoque denominado ‘qualidade baseada em valores’, representando um distanciamento do ‘pagamento por desempenho’. Ao invés disto, será esperado que os MFs promovam melhoria da qualidade, continuidade da atenção, avaliação crítica do raciocínio clínico, desenvolvimento de liderança, habilidades de generalista, sendo todos estes valores intimamente alinhados com profissionalismo.³ O que não está tão claro é como isto será refletido em financiamento futuro, embora, por enquanto, o financiamento da medicina de família seja baseado no financiamento histórico dos atendimentos, calculando uma média dos três anos anteriores. Igualmente pouco claros são os detalhes de monitoramento e responsabilização pelo alcance de metas clínicas e de saúde pública que já estavam acordadas.

A importância da avaliação

Estão ocorrendo três experimentos naturais e cada um precisa ser cuidadosamente avaliado a partir da perspectiva da atenção primária antes que soluções não testadas sejam impostas em uma escala ampliada. Foram planejadas avaliações detalhadas da experiência escocesa pós-QOF, dos assim chamados ‘sítios de vanguarda’ implementando modelos de atenção PACS e MCP na Inglaterra e do Devo Manc. Estas avaliações serão vitais se quisermos evitar alguns dos erros que acompanharam a introdução do QOF em 2004. Uma crítica inicial era que tinha sido imposto sem que tivesse sido submetido a qualquer estudo-piloto. As avaliações do QOF, agora em seu 13^o ano, vêm oferecendo uma maior compreensão do que funciona e do que não funciona.

¹ N. T.: *Quality and Outcomes Framework* (QOF) é um bônus anual e um programa de incentivo para o médico de família ao conseguir atingir resultados. Quando estes resultados representam aumento da qualidade do atendimento, os profissionais são recompensados financeiramente.

Lições aprendidas com o QOF

Atualmente o QOF consiste de 77 indicadores, representando uma mescla de metas clínicas e em saúde pública. As metas organizacionais referentes à experiência do paciente e ao local de atendimento foram removidas nos últimos anos.

Durante vários anos, o QOF foi aclamado como o impulso para melhoria da qualidade em atenção primária. A avaliação formal não conseguiu corroborar esta impressão, especialmente quando foi descoberto que muitas das mudanças antecederam a introdução do QOF. A conclusão final, mais comedida, parece ser que resultou em mudanças modestas em indicadores de processo, pode ter contribuído para alguns desfechos relacionados ao paciente que sejam clinicamente úteis, mas fez pouca ou nenhuma diferença significativa para a mortalidade geral.⁴

O QOF teve êxito em melhorar a imagem da medicina baseada em evidência e reorientou o foco da atenção primária para o manejo de condições de longa duração (CLD) pela atenção primária. Para alguns médicos, os 'lembretes do QOF' eram uma intrusão irritante na intimidade da consulta. Para outros, funcionavam apenas como tal: lembretes úteis de alguns dos requisitos clínicos fundamentais para monitoramento de condições de saúde de longa duração e oferta de um auxílio à memória que era útil para atendimento do paciente. Pareceria perverso se o abandono do QOF resultasse no desaparecimento de todos os lembretes para consulta.

Uma acusação contra o QOF é que se desviava da atenção centrada no paciente. Ao invés disso, poderia ser encarado como promotor de um modelo estreito de atenção orientado por diretriz. Desde sua concepção, o QOF continha uma cláusula referente ao 'relato de exceção', o que assegurava que alguns pacientes poderiam ser dispensados do alcance da meta se fossem considerados inapropriados, de difícil engajamento ou em 'terapia máxima tolerada'. No entanto, muitos consideravam que o 'relato de exceção' enfraquecia as metas do QOF em saúde pública e, possivelmente, seria suscetível a fraudes. Por outro lado, a regulação estrita do 'relato de exceção' dava a aparência de refrear a escolha do paciente. Versões iniciais do QOF incluíam medidas de 'experiência do paciente'. Consequências indesejadas finalmente levaram ao seu abandono quando ficou claro que as clínicas em áreas carentes e etnicamente mistas tinham dificuldade para alcançar altos escores de experiência do paciente, penalizando financeiramente as clínicas em áreas com as maiores necessidades em saúde.

Desigualdades em saúde

No seu auge, o NHS deveria ser um dos sistemas com mais equidade, sendo gratuito no local de atendimento com acesso universal. À primeira vista, o QOF parecia estar associado a reduções em desigualdades, particularmente para clínicas de baixo desempenho em áreas carentes.⁵ Achados de pesquisa posteriores demonstraram que as metas clínicas podem limitar o alcance da equidade devido a poucos esforços para exceder as metas pré-definidas, falta de incentivo para atingir metas em pacientes de difícil acesso (como os sem-teto ou aqueles com transtornos mentais graves), e, em contrapartida, metas alcançadas com maior rapidez em pacientes e populações menos carentes.⁶

O relato de exceção¹¹ pode contribuir para a atenção centrada no paciente, porém há evidências de que as 'exceções' são aplicadas de modo desigual, sendo mais provável que seja aplicado a pacientes com multimorbidade, diminuindo o potencial do QOF de contribuir para reduções em desigualdades na saúde.⁷ A multimorbidade tornou-se um aspecto central na atenção primária, está fortemente presente na 5YFV e ainda é pouco abordada pela resposta atual de incentivar metas referentes a condições únicas, o que pode promover o sobretreamento e a polifarmácia em pacientes idosos frágeis com multimorbidade.

Metade da lacuna na expectativa de vida entre os quintis mais elevados e mais baixos é atribuível ao tabagismo.⁸ Atualmente o QOF incentiva o registro da situação de tabagismo e 'uma oferta de apoio e tratamento' para todos os fumantes, com incentivos adicionais para pacientes com condições de saúde de longa duração. Não houve estímulo a um enfoque mais vigoroso que incluísse a oferta de clínicas de cessação do tabagismo para pacientes com as maiores necessidades de saúde (por exemplo, pacientes com DPOC, insuficiência cardíaca ou esquizofrenia).

O QOF incentivava uma abordagem populacional à prevenção primária e secundária, particularmente da doença cardiovascular, com o grande potencial de aumentar o alcance de intervenções comprovadas em atenção à saúde, resultando tanto em redução da desigualdade como em avanços em saúde pública. Sempre pareceu anômalo que outras intervenções em atenção à saúde oferecidas pelo NHS como imunizações, diversos tipos de rastreamento, avaliação periódica de saúde em indivíduos assintomáticos e redução de danos pelo consumo de álcool, para mencionar apenas algumas, não estivessem incluídas em um sistema mais holístico de métrica da qualidade.

Necessidade de mais financiamento

A resposta simples à pergunta referente ao financiamento da medicina de família na próxima década é que ela precisa de mais recursos financeiros. O financiamento está em uma espiral descendente desde os maravilhosos dias de uma década atrás, quando o QOF foi implementado. O financiamento do NHS foi redistribuído, tendo diminuído a parcela alocada para a atenção primária; nos 8 anos após 2005/2006, houve uma queda de 6% nos gastos em termos reais em atenção primária.⁹ Isto ocorreu em um cenário de mudança demográfica substancial, maior demanda de pacientes e mudança do atendimento hospitalar para a comunidade, sendo que todos estes fatores desafiam a atenção primária. Independente da nova proposta de sistema de saúde que está sendo planejada para a atenção primária, é provável que esteja fadado ao fracasso, a menos que sejam acompanhados de financiamento adequado.

Uma força de trabalho de Médicos de Família assalariados

A defesa de uma força de trabalho assalariada e de alternativas ao assalariamento para associados de clínicas de MFs vem se fortalecendo. A contratação formal de MFs pode se tornar um componente integral de diversos modelos novos de atenção, inclusive os novos esquemas MCP/PACS, sendo os contratos mantidos por CCGs, consórcios ou autoridades locais. Com isto, é provável que os antigos incentivos de pagamento por desempenho irão operar de maneira diferente se uma minoria da força de trabalho for

¹¹ N. T.: O QOF *exception report* aplica-se quando o serviço de saúde não atinge os indicadores clínicos esperados em função do não comparecimento do paciente ou quando a medicação não pode ser prescrita devido a contraindicação ou efeito colateral (<http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB02057/qual-outc-fram-exce-rep-09-10-apx.pdf>).

composta por contratados autônomos independentes. No seu lugar, é provável que surjam maneiras mais empresariais de remuneração por desempenho, em troca de prestação de serviços alinhados com as prioridades organizacionais, dos pacientes e de saúde pública do novo empregador. A incerteza em relação ao emprego tem seu preço. Até que haja maior clareza ou concordância com medidas provisórias, como incentivo ao adiamento da aposentadoria, a falta de uma estrutura de carreira e de cláusulas empregatícias claras pode constituir um obstáculo ao recrutamento de MFs.

Financiamento da Medicina de Família

Então, onde nos encontramos? Precisamos de um sistema promotor da qualidade que conserve alguns dos pontos fortes do QOF e que apoie a gestão de alguns de nossos pacientes com multimorbidades mais desafiadoras. Deve ser explicitamente centrado no paciente e almejar reduzir as desigualdades em saúde negligenciadas pelo QOF. O novo sistema deveria funcionar tanto com uma força de trabalho autônoma como assalariada. Também precisa ser baseada em evidências e aprender com os três experimentos atuais ocorrendo na Escócia, em Manchester e nos esquemas *English Vanguard* [www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/11/new_care_models.pdf]. A retórica em torno do fim da era do QOF tem sido muito positiva, porém a vinculação proposta em um novo contrato de médicos de família envolvendo recompensas financeiras e reduções em internações hospitalares por condições agudas pode ser um retrocesso. As evidências atuais são de que a atenção integrada^{III} na comunidade não reduz significativamente as internações por condições agudas.¹⁰ O futuro financiamento deveria ser vinculado com maior clareza com aqueles aspectos da atenção primária que demonstraram ser mais eficazes.

Referências

1. NHS England. Five year forward view. 2014. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/10/5yfv-web.pdf> (accessed 5 Dec 2016).
2. King's Fund. Briefing. Devolution: what it means for health and social care in England. https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/devolution-briefing-nov15.pdf (accessed 5 Dec 2016).
3. RCGP Scotland. Setting the strategy for quality in Scotland's general practices. 2016. <http://www.rcgp.org.uk/-/media/Files/RCGP-Faculties-and-Devolved-Nations/Scotland/RCGP-Scotland/Setting-the-Strategy-for-Quality-for-Scotlands-general-practices--Final.ashx?la=en> (accessed 5 Dec 2016).
4. Ryan A, Krinsky S, Kontopantelis E, Doran T. Long-term evidence for the effect of pay-for-performance in primary care on mortality in the UK: a population study. *Lancet* 2016; 388(10041): 268-274.
5. Ashworth M, Medina J, Morgan M. Effect of social deprivation on blood pressure monitoring and control in England: a survey of data from the 'quality and outcomes framework'. *BMJ* 2008; 337: a2030.
6. Doran T, Fullwood C, Kontopantelis E, Reeves D. Effect of financial incentives on inequalities in the delivery of primary clinical care in England: analysis of clinical activity indicators for the quality and outcomes framework. *Lancet* 2008; 372(9640): 728-736.
7. Roland M. Should doctors be able to exclude patients from pay-for-performance schemes? *BMJ Qual Saf* 2015; DOI:10.1136/bmjqs-2015-005003.
8. Leon D. Trends in European life expectancy: a salutary view. *Int J Epidemiol* 2011; 40(2): 271-277.
9. Appleby J. Is general practice in trouble? *BMJ* 2014; 349: g6814.
10. Wallace E, Smith SM, Fahey T, Roland M. Reducing emergency admissions through community based interventions. *BMJ* 2016; 352:h6817.

^{III} Conforme o WHO European Office for Integrated Health Care Services, *Integrated care* é "um conceito que reúne insumos, prestação, gestão e organização de serviços relacionados a diagnóstico, tratamento, atenção, reabilitação e promoção de saúde. A integração é um meio para aprimorar os serviços em relação a acesso, qualidade, satisfação do usuário e eficiência." (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525335/pdf/ijic2001-200121.pdf>).

Comentários

Refletindo sobre a realidade acima apresentada, gostaríamos de desencadear junto aos leitores as reflexões que seguem.

O *Quality and Outcomes Framework* é um bônus anual e um programa de incentivo ao médico de família ao conseguir atingir resultados. No Brasil, o PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) seria uma estratégia semelhante a esta? Qual seria sua efetividade?

A Escócia, por sua vez, está desenvolvendo uma nova estratégia, denominada 'qualidade baseada em valores'. Você acha esta discussão apropriada para o contexto brasileiro?

Finalmente, a atenção integrada (*integrated care*) não reduziu a internação por problemas agudos no Reino Unido. Quais as justificativas que você considera mais relevantes para que isto tenha ocorrido naquele contexto e como deve ocorrer no Brasil?

Airton Tetelbom Stein - Médico de Família e Comunidade, Doutor em Clínica Médica, Professor da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Coordenador do Núcleo e Avaliação de Tecnologias do Grupo Hospitalar Conceição (NATS/GHC) e Docente Permanente do Mestrado Profissional Avaliação e Produção de Tecnologias em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (AT SUS GHC)

Ananyr Porto Fajardo - Odontóloga, Doutora em Educação, Coordenadora Adjunta e Docente Permanente do Mestrado Profissional Avaliação e Produção de Tecnologias em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (AT SUS GHC), Tradutora Inglês/Português

^a Reader in Primary Care, Department of Primary Care and Public Health Sciences, King's College London. London. mark.ashworth@kcl.ac.uk (*Autor correspondente*)

^b Professor of Public Health, Department of Primary Care and Public Health Sciences, King's College London. London. martin@naotem.com.br

Artigo Traduzido

Inovação e avanços em atenção primária no Brasil: novos desafios

Airton Tetelbom Stein^a; Cleusa Pinheiro Ferri^b
Traduzido por Ananyr Porto Fajardo

O Brasil ocupa metade do território da América do Sul e é o quinto maior país do mundo. Atualmente, a população estimada é de 207 milhões de pessoas.¹ Mudanças demográficas e epidemiológicas, além da transição nutricional, têm afetado a mortalidade e a morbidade no país. As principais causas de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALYs) em 2010 eram doença cardíaca isquêmica, violência interpessoal, lombalgia, acidente vascular cerebral e lesões causadas pelo trânsito.²

Empoderamento e cobertura da comunidade

Os princípios centrais do Sistema Único de Saúde (SUS) são acesso universal, integralidade da atenção e equidade das ações. O modelo do SUS reforçou o rápido incremento da atenção comunitária com a finalidade de oferecer atenção primária à saúde (APS) em caráter integral. Entre diversas iniciativas importantes realizadas para desenvolver esta abordagem, encontram-se a introdução de agentes comunitários de saúde e um crescente foco no empoderamento comunitário. Ambos são exemplos de inovações importantes no sistema de saúde pública.

AAPS aumentou sua cobertura em todo o país, inicialmente por intermédio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e, subsequentemente, pela Estratégia Saúde da Família (ESF), introduzida na década de 1990. Está embasada na reorganização da atenção prestada às famílias e comunidades em territórios específicos e a integração da saúde da família ao sistema para promover ações em saúde pública e prestar atendimento médico.³

Como citar: Stein AT, Ferri CP. Inovação e avanços em atenção primária no Brasil: novos desafios. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-4. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1586](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1586)

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.

“Artigo traduzido do BJGP, publicado pela RBMFC”

Fonte original: Stein AT, Ferri CP. Innovation and achievement for primary care in Brazil: new challenges. Br J Gen Pract, 1(2):BJGP-2017-0857, April 2017. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgpopen17X100857>

Existem 41.000 equipes de APS no país todo, cobrindo 64% de toda a população brasileira e oferecendo atendimento a mais de 120 milhões de habitantes.³ Cada equipe é formada por médicos de família, enfermeiras, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, concentrando-se em uma robusta abordagem interdisciplinar para prestar atenção primária a uma população definida. Existe uma quantidade crescente de evidências acerca de seu papel na melhoria do acesso e nos desfechos em saúde para a população brasileira. Dois estudos mostraram melhoria do acesso, uso ampliado e maior satisfação com a ESF.^{4,5} Outro estudo demonstrou melhoria da equidade na utilização do atendimento à saúde,⁶ sendo que também há estudos mostrando melhores desfechos em saúde entre os brasileiros cobertos pela ESF.^{7,8}

Outro programa introduzido em nível nacional é o Programa Mais Médicos, apoiado pelo governo federal com o objetivo de fortalecer a APS no país. Este programa fornece mais profissionais médicos para as regiões com menos recursos, tendo impulsionado o desenvolvimento de faculdades de medicina em áreas onde não existiam anteriormente e aumentado o treinamento profissional em medicina de família.

Tecnologia

Diversas iniciativas públicas de telessaúde foram implementadas para oferecer melhor acesso a uma atenção de melhor qualidade e permitir que os encaminhamentos sejam feitos com maior facilidade dentro do sistema.^{9,10} A tecnologia de informação como um meio para apoiar e melhorar o diagnóstico e o manejo de condições que podem ser tratadas em nível de atenção primária é fundamental para alcançar um sistema de saúde mais efetivo, sendo um dos maiores desafios em termos de inovação para a APS em todo o país. Existe necessidade de estudos de sua efetividade empregando metodologia robusta para assegurar que seja utilizada da melhor maneira possível. Recentemente, o Ministério da Saúde brasileiro produziu orientações para avaliação de tecnologias em saúde para APS, com a finalidade de identificar os tipos e as características de estudos que deveriam ser desenvolvidos para melhorar a tomada de decisão neste nível de atenção, como a avaliação rápida de novas tecnologias, o uso de revisões sistemáticas e a avaliação de impacto orçamentário. Estas orientações estão no prelo e serão publicadas em 2017.¹¹

Desafios

O sistema de saúde enfrenta o desafio de implementar APS de qualidade em um país grande com muitas diferenças socioeconômicas e sérias desigualdades no acesso à atenção à saúde. O número de profissionais de saúde, inclusive médicos de família, com qualificação adequada não é suficiente para oferecer cobertura universal em cada localidade do país. O desafio também inclui a prestação de intervenções efetivas em áreas remotas, que são cultural e socialmente sensíveis, e a coordenação da atenção em longo prazo entre os setores de atenção primária e especializada, um desafio que é maior devido ao rápido envelhecimento da população brasileira. Houve um aumento do investimento em APS, porém ainda é insuficiente. Programas como ESF parecem ser custo-efetivos; no entanto, devido à atual situação econômica e política no país, os avanços em APS e a notável reforma do sistema de saúde no Brasil durante as últimas duas décadas estão sob ameaça. É fundamental fortalecer a APS no Brasil por meio destas e de outras iniciativas para garantir os princípios do SUS de acesso universal, atenção integral e equidade na atenção à saúde.

Origem

Solicitado; sem revisão por pares.

Referências

1. Brazilian Institute of Geography and Statistics. Population projection. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/> Acessado: 14 fev. 2017.
2. GBD profile: Brazil. Institute for Health Metrics and Evaluation. Disponível em: http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/country_profiles/GBD/ihme_gbd_country_report_brazil.pdf. Acessado: 14 fev. 2017.
3. Paim J, Travassos C, Almeida C, et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377(9779):1778-1797. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8
4. Macinko J, de Oliveira VB, Turci MA, et al. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. *Am J Public Health* 2011; 101(10):1963-1970. doi: 10.2105/AJPH.2010.198887
5. Tomasi E, Facchini LA, Thumé E, et al. Characteristics of primary healthcare service use in the Southern and Northeastern regions of Brazil: differences by care model]. *Ciênc Saúde Colet* 2011; 16(11):4395-4404.
6. Macinko J, Lima-Costa MF. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. *Trop Med Int Health* 2012; 17(1):36-42. doi: 10.1111/j.1365-3156.2011.02866.x
7. Macinko J, Lima-Costa MF. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. *Int J Equity Health* 2012; 11:33. doi: 10.1186/1475-9276-11-33
8. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, et al. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ* 2014; 349:g4014. doi:10.1136/bmj.g4014
9. Harzheim E, Gonçalves MR, Umpierre RN, et al. Telehealth in Rio Grande do Sul, Brazil: bridging the gaps. *Telemed J E Health* 2016; 22(11):938-944. doi: 10.1089/tmj.2015.0210
10. Soriano Marcolino M, Minelli Figueira R, Pereira Afonso dos Santos J, et al. The experience of a sustainable large scale Brazilian telehealth network. *Telemed J E Health* 2016; 22(11):899-908. doi: 10.1089/tmj.2015.0234
11. Stein AT, Elias FTS, Toma TS, Venâncio SI, Ferri CP. 2017. Guia de Avaliação de Tecnologias em Saúde na Atenção Básica. Ministério da Saúde (no prelo).

Comentário por Thiago Dias Sarti

Este texto de Stein e Ferri publicado no BJGP chama nossa atenção para a necessária defesa da Atenção Primária à Saúde como pilar essencial do Sistema Único de Saúde e para a importância de permanentemente inovarmos no cuidado prestado à população pelas equipes de saúde de todo o país, já que as evidências sobre a relevância e impacto da APS para a saúde da população são fortes e inequívocas.

Como bem frisa o texto, em um contexto político e econômico desfavorável no Brasil e em boa parte do mundo, garantir o acesso universal e facilitado a uma APS com carteira de serviços abrangente e resolutiva e com base comunitária torna-se um enorme desafio.

Stein, ator histórico da Medicina de Família e Comunidade brasileira, e Ferri frisam como a APS brasileira pode ser um importante laboratório de experiências ao citarem o fortalecimento da abordagem comunitária via Agentes Comunitários de Saúde, o desenvolvimento de tecnologias de informação e comunicação para a APS via ações de telessaúde e o enfrentamento da escassez de médicos de família em regiões vulneráveis via ações estatais de provisão médica estrangeira e reorientação da formação profissional.

Ainda incipiente mas promissora, poderíamos somar a isto todo um conjunto de reflexões e experiências em torno da gestão da prática clínica em um contexto de multiprofissionalidade e interdisciplinaridade que extrapolam o sistema público de saúde e que incorporam elementos exitosos da atenção à saúde de outros países, iluminando todo um campo de inovações de processos de trabalho que agregam valor aos cuidados primários, contribuindo decisivamente para uma maior legitimidade social da APS.

Tais elementos, contudo, precisam ser continuamente refletidos a partir da produção de evidências sobre sua efetividade e eficiência, evitando-se posições cristalizadas e reacionárias que impedem o avanço das práticas na APS.

A RBMFC configura-se, neste sentido, como importante canal de divulgação científica no âmbito da MFC e da APS brasileira e a publicação deste texto que sintetiza, problematiza e provoca a necessária defesa dos avanços sanitários alcançados com muito esforço pelo país é muito bem-vinda neste momento.

Ananyr Porto Fajardo - Odontóloga, Doutora em Educação, Coordenadora Adjunta e Docente Permanente do Mestrado Profissional Avaliação e Produção de Tecnologias em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (AT SUS GHC) e Tradutora Inglês/Português

Thiago Dias Sarti - Editor da RBMFC. Departamento de Medicina Social - Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Vitória, ES, Brasil. tdsarti@gmail.com

^a Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA); Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Porto Alegre, RS, Brasil. airton.stein@gmail.com (*Autor correspondente*)

^b Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Instituto de Educação e Ciências da Saúde, Hospital Alemão Oswaldo Cruz. São Paulo, SP, Brasil. ferri@naotem.com.br

Agradecimento aos Revisores da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC)

Gustavo Diniz Ferreira Gusso, Thiago Dias Sarti

A Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC) agradece aos Avaliadores listados abaixo que atuaram como revisores *ad hoc* durante o ano de 2017, dedicando horas voluntariamente para a emissão de pareceres técnicos sobre manuscritos submetidos a esta revista.

1. Adhemar Dias Figueiredo/Hospital Municipal de Governador Valadares
2. Airton Tetelbom Stein/Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)
3. Alessandro da Silva Scholze/Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI)
4. Alessandro Leite Cavalcanti/Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)
5. Aline Guerra Aquilante/Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)
6. Amaury Lelis Dal-Fabbro/Universidade de São Paulo (USP)
7. Ana Lucia Soares Camargo/Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC)
8. Andréa Silvia de Walter/Universidade Federal do Ceará (UFC)
9. Angela Helena Marin/Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)
10. Antônio Augusto Dall’Agnol Modesto/Universidade de São Paulo (USP)
11. Bruno José Barcellos Fontanella/Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)
12. Carlos André Aita Schmitz/Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
13. Carlos Eduardo Aguilera Campos/Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
14. Cesar Augusto Orazem Favoreto/Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)
15. Charles Dalcanale Tesser/Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)
16. Daniel Almeida Gonçalves/Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
17. Daniel Knupp Augusto/UNIMED, Belo Horizonte-MG
18. Deise Fernanda Peixoto Oliveira/UNIMED Sergipe

Como citar: Gusso GDF, Sarti TD. Agradecimento aos Revisores da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC). Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-3. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1708](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1708)

19. Deoclecio Avigo/Universidade de São Paulo (USP)
20. Diego José Brandão/Universidade de Vila Velha (UVV)
21. Donovan Casas Patiño/Universidad Autónoma del Estado de México
22. Eduardo Bertol/Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, PR
23. Elson Romeu Farias/Universidade Luterana do Brasil (ULBRA)
24. Fabio Vieira/Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná (FEPAR)
25. Francisco Rogerlândio de Martins/Universidade Federal do Ceará (UFC)
26. Gabriel Hahn Monteiro Lufchitz/Clinica Nova Oncologia, Florianópolis, SC
27. Gabriela dos Santos Buccini/Universidade de São Paulo (USP)
28. Giannina do Espírito-Santo/Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM)
29. Hamilton Lima Wagner/Prefeitura Municipal de Curitiba, PR
30. Hernâni Pombas Caniço/Assistente Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
31. Isanete Geraldini Costa Bieski/Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)
32. János Valery Gyuricza/Fundação Faculdade de Medicina (FFM). UBS Jardim Boa Vista
33. João Werner Falk/Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
34. Josenaide Engracia dos Santos/Universidade de Brasília (UNB), Campus Ceilândia. Brasília, DF
35. Juan Gérvas/Equipo CESCO, Madrid
36. Juliany Luz/Prefeitura Municipal de Biguaçu, Biguaçu, SC
37. Leonardo Cançado Monteiro Savassi/Universidade Federal de Ouro Preto - UFOP e Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG
38. Leonardo Ferreira Fontenelle/Universidade Vila Velha
39. Leonardo Graever/Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ)
40. Leonardo Silva Borges Roever/Universidade Federal de Uberlândia (UFU)
41. Leonardo Vieira Targa/Universidade de Caxias do Sul (UCS)
42. Lourdes Luzón Oliver/PRMFC do Municipio do Rio de Janeiro
43. Luciane Loures dos Santos/Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Ribeirão Preto, SP
44. Luis Pisco/Instituto de Ciências Sociais e Políticas (ISCSP)
45. Luiz Miguel Santiago/Universidade da Beira Interior (UBI)
46. Magda Moura Almeida Porto/Universidade de Fortaleza (UNIFOR)
47. Marcello Dala Bernardina Dalla/Universidade Vila Velha (UVV)

48. Marcos Adams Goldraich/Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - Rio de Janeiro, SMSDC-RJ,
49. Margarita Silva Diercks/Grupo Hospitalar Conceição (GHC)
50. Maria Eugênia Bresolin Pinto/Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)
51. Maria Inez Padula Anderson/Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)
52. Maria Luciene Feitosa Rocha/Universidade Federal do Piauí. Floriano, PI
53. Mario Maia Bracco/Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein (IIEPAE). São Paulo, SP
54. Maristela Carbol/Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)
55. Melanie Noël Maia/Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ)
56. Mellina Marques Vieira Izecksohn/Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF). Rio de Janeiro, RJ, Brasil
57. Nelson Robson Mendes/Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)
58. Nilson Massakazu Ando/Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA)
59. Patricia Sampaio Chueiri/Ministério da Saúde (MS), Departamento de Atenção Básica (DAB)
60. Rafael Nicolau de Carvalho/Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
61. Roberto Henrique Amorim/Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
62. Rodolfo de Carvalho Pacagnella/Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Campinas, SP
63. Rogério Dias Renovato/Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UFMS)
64. Rogerio Luz Coelho/Residência em MFC - UFPR/SMS Curitiba/Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná (FEPAR)
65. Rosana Pimentel Correia Moysés/Universidade Federal do Amazonas (UFAM)
66. Rosangela Ziggotti Oliveira/Universidade Estadual de Maringá (UEM)
67. Ruth Borges Dias/Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS)
68. Sandra Maria Spedo/Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
69. Yuji Magalhães Ikuta/Universidade do Estado do Pará (UEPA)